

# Sykepleiers erfaringer og oppfatninger om samarbeid med tolk i sykehushverdag

En kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer og oppfatninger om bruk av tolk til fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus.

**Elahe Taheri**

**Veileder**

Berit Johannessen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2016

Fakultet for helse- og idrettsfag

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Master i helsefag/Klinisk sykepleievitenskap

Antall ord: 19 188

## **FORORD**

Når jeg begynte på studiet master i klinisk helsevitenskap høsten 2009 på Uia, hadde jeg en brennende interesse for å finne ut om hvordan sykepleiere på et stort sykehus løste utfordringen, kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter ved bruk av tolk.

Selv om det var mye forskjellige og spennende emner i det 2 årig masterprogrammet, har ikke noe etter så lang tid kunnet erstatte lidenskapen for dette temaet. Med min utenlandske bakgrunn og som sykepleier i det norske helsevesenet, klarer jeg å se saken ifra både pasienten og sykepleieren sin side. I denne studien har jeg valgt å kun se og beskrive det fra sykepleieperspektivet.

Jeg vil takke til de seks dyktige informantene som stilte opp og var engasjert i temaet. Uten dere hadde ikke dette vært mulig. Stor takk til min fabelaktige veileder Berit Johannessen, som har vært tilgjengelig for meg både i helger og sene kvelder. Sist men ikke minst stor takk til mine fantastiske foreldre som hadde tro på meg og støttet meg med oppturer og nedturer underveis, og ikke minst stilt opp som barnevakt. Til min datter Atena....Hurra....mamma er ferdig med å sitte foran pc'n.

Elahe Taheri

2. mai 2016

## **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** Når fremmedspråklige pasienter blir sykehusinnlagt og ikke kan kommunisere er sykepleiere avhengig av å samarbeide med tolk. Det er lite kunnskap om erfaringer sykepleiere har med å samarbeide med tolk.

**Hensikt og problemstilling:** Hensikten med studien er å få innsikt i de erfaringer og oppfatninger sykepleiere har om samarbeidet med tolk. Studien fokuserer på samarbeidet med bruk av tolk fra et sykepleiefaglig perspektiv og besvarer påfølgende problemstilling: *Hvilke erfaringer og oppfatninger har sykepleiere med bruk av tolk til fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus?*

**Metode:** Seks kvalitative semistrukturerte intervjuer av sykepleiere ble utført på to forskjellige sengeposter. Tre sykepleiere fra gynekologisk sengepost og tre fra infeksjonsposten. Data blir analysert ved systematisk tekstkondensering.

**Resultater:** Resultatene presenteres i fire hovedkategorier:

- Faktorer som har innvirkning på kommunikasjonen mellom sykepleier og tolk
- Oppfatninger om kompetanse
- Oppfatninger om forbedringsmuligheter
- Ulike metoder for å få frem budskapet

**Konklusjon:** Funnene i studien viser at sykepleiere erfarer at tolkere er ulike, noen er profesjonelle og andre er mindre profesjonelle. Egne sykehustolker bør tas til vurdering.

**Nøkkelord:** Sykepleier, tolk, kvalitativ forskning, kommunikasjon, tillit

## **ABSTRACT**

**Background:** When foreign language patients are hospitalized and unable to communicate, the nurses are dependent on working with interpreters. There is little knowledge about the experiences nurses have had when working with an interpreter.

**Aim and objectives:** The purpose of this thesis is to gain insight into the experiences and perceptions nurses have about working with an interpreter. The study focuses on cooperation with the use of interpreters from a nursing perspective and answers the following question: *What experiences do nurses have with the use of interpreters for foreign language patients who are hospitalized?*

**Method:** Six qualitative semi-structured interviews of nurses were carried out in two different wards: Three nurses from the gynaecological ward and three from the infection ward. Data was analyzed by systematic text condensation.

**Results:** The results are presented in four main categories:

- Factors that affect the communication between the nurse and the interpreter
- Perceptions of competence
- Perceptions about possible improvements
- Different methods to get the message across

**Conclusion:** These findings show that nurses are finding that interpreters are different, some are very professional and others are less professional. Employing specific hospital interpreters should be taken into consideration.

**Keywords:** nurse, interpreter, qualitative research, communication, trust

# Innhold

<b>1.0 INTRODUKSJON/BAKGRUNN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Fremmedspråklige pasienter på sykehusavdelinger .....	1
1.2 Egne erfaringer .....	1
1.3 Problemstilling og hensikt .....	2
<b>2.0 TEORETISK REFERANSERAMME</b> .....	<b>3</b>
2.1 Migrasjon og globalisering .....	3
2.2 Kultur og kultursensivitet .....	4
2.3 Tverrkulturell og sensitiv kommunikasjon .....	6
2.4 Taushetsplikt i helsevesenet .....	7
2.5 Tolk og tolking .....	8
2.5.1 Tolkenes egenskaper og oppgaver .....	8
2.5.2 Ulike former for tolking .....	9
2.6 Tidligere forskning .....	11
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>15</b>
3.1 Kvalitativt design .....	15
3.2 Individuelle kvalitativ forskningsintervju .....	15
3.3 Intervjuguide og pilotintervju.....	16
3.4 Rekruttering.....	17
3.5 Utvalg.....	17
3.6 Gjennomføringen .....	18
3.7 Analyse .....	19
3.8 Forskningsetiske retningslinjer.....	22
3.8.1 Informert samtykke .....	22
3.8.2 Oppbevaring av data .....	23
<b>4.0 RESULTAT</b> .....	<b>24</b>
4.1 Faktorer som har innvirkning på kommunikasjonen mellom sykepleier og tolk .....	24
4.1.1 Fremmøte eller telefontolk .....	25
4.1.2 Tillit og trygghet.....	25
4.1.3 Språkferdigheter.....	27
4.1.4 Erfaring hos begge parter .....	27

4.2 Oppfatninger om kompetanse .....	28
4.2.1 Medisinsk fagterminologi og sykdomslære.....	28
4.2.2 Empatisk medmenneske .....	29
4.2.3 Presisering av taushetsplikt.....	29
4.2.4 Snakke og ha direkte blikkontakt med pasienten .....	30
4.3 Oppfatninger om forbedringsmuligheter.....	31
4.3.1 Gi tilbakemelding til tolketjenesten .....	31
4.3.2 Kjennskap til begge kulturer.....	32
4.3.3 Få samme kjønn.....	33
4.4 Ulike metoder for å få frem budskapet.....	34
4.4.1 Sykepleier stiller kontrollspørsmål .....	34
4.4.2 Bruk av korte setninger .....	35
4.4.3 Kroppsspråk og sensing.....	35
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>37</b>
5.1 Faktorer som har innvirkning på kommunikasjon mellom sykepleier og tolk .....	37
5.2 Oppfatninger om kompetanse og forbedrings muligheter .....	42
5.3 Bruk av ulike metoder for å få frem budskapet .....	45
<b>6.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>48</b>
6.1 Oppsummering.....	48
<b>LITTERATUR .....</b>	<b>50</b>
<b>VEDLEGG 1 – SVAR FRA FEK .....</b>	<b>1</b>
<b>VEDLEGG 2 – FORESPØRSEL OM GJENNOMFØRING .....</b>	<b>3</b>
<b>VEDLEGG 3 – HENSIKT .....</b>	<b>5</b>
<b>VEDLEGG 4 – INFORMASJON OG SAMTYKKEERKLÆRING .....</b>	<b>6</b>
<b>VEDLEGG 5 – INTERVJUGUIDE.....</b>	<b>10</b>
<b>VEDLEGG 6 – SVAR FRA NSD .....</b>	<b>12</b>
<b>VEDLEGG 7 – FARGEKODER.....</b>	<b>16</b>

# 1.0 INTRODUKSJON/BAKGRUNN

## 1.1 Fremmedspråklige pasienter på sykehusavdelinger

Tall fra statistisk sentralbyrå datert 05.11.15 viser at det er i alt 669 378 innvandrere i Norge. Mange av disse pasientene er ikke norsktalende og har behov for tolk. Dette er et aktuelt tema med tanke på blant annet innvandringen av syriske flyktninger til Norge. I en forskningsartikkel om *tolking i helsesektoren* skrevet av Sagli (2015) kommer det frem at fagmyndigheter som Helsedirektoratet og profesjonsorganisasjoner som Den norske legeforening har utviklet veiledere for god praksis når det gjelder tolkebruk (Arbeids- og inkluderingsdepartementet 2009, Den norske legeforening 2008, Helsedirektoratet 2011). Helsepersonellens ansvar for å vurdere om det er nødvendig å tilkalle tolk, eventuelt bestille og betale for tolkingen, er fastslått i alle disse veilederne.

## 1.2 Egne erfaringer

Mens jeg var student tidlig på 2000 tallet, var det mye som skulle til og ganske høy terskel for innleie av tolk til pasientene. Det førte ofte til lengre sykehusopphold. Det var vanskelig å kommunisere for alle parter. Etter innstramming av sykehusbudsjettet skulle pasientene ha færrest mulig liggedøgn på sykehus. Min opplevelse er at dette førte til raskere og hyppigere innleie av tolk enn tidligere. For å nevne et eksempel, i min studietid husker jeg at det var et tilfelle der pasienten hadde noe forhøyet infeksjonsverdier og ble liggende i 14 døgn pga at vi ikke kunne kommunisere med pasienten. I dag skjer slike tilfeller poliklinisk med tolk tilstede på mye kortere tid. Jeg har selv hatt flere tolkeoppdrag på sykehuset, både mens jeg var sykepleierstudent og også etter at jeg ble ferdigutdannet på et av landets universitetssykehus. Derfor har jeg sett litt av hverdagsrealiteten som jeg vil beskrive. Lidenskapen for temaet kom etter å ha sett hvor forskjellig det gjøres fra gang til gang. Og hvor store konsekvenser misforståelser kan ha for alle parter.

## 1.3 Problemstilling og hensikt

Hensikten med studien er å få innsikt i erfaringer og oppfatninger sykepleiere har om samarbeidet med tolk. Det er tidligere skrevet og forsket mye på hvor frustrerende og hvilke fatale konsekvenser det har for pasientene når de ikke er norsktalende. I denne studien vil jeg derfor fokusere på bruk av tolk fra et sykepleiefaglig perspektiv.

Selve problemstillingen lyder slik: *hvilke erfaringer og oppfatninger har sykepleiere med bruk av tolk til fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus?*

Aktuelle forskningsspørsmål:

Hvordan erfarer sykepleiere bruk av tolk?

Hvilke oppfatninger har sykepleiere om tolketilbudet som gis?

Samtidig ønsker jeg å få tak i sykepleieres oppfatninger om tolketjenesten og hva de kunne ønske seg av endringer eller forbedringer. Det vil fokuseres både på erfaringer, opplevelser og oppfatninger.



## 2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Dette kapittelet omhandler begreper og teori som blir brukt i studien. Det første avsnittet omhandler migrasjon og globalisering og hvorfor det har blitt en del av vår hverdag. Der er det nevnt hendelser i verdensammenheng som tydeliggjør eksempler på hvorfor folk immigrerer. Deretter skriver jeg om kultur, kultursensivitet og de ulike kulturene pasientene har, fra et sykepleiersperspektiv. Et lite avsnitt er skrevet om globalisering og kultur som forklarer at ved hjelp av teknologien er vi i dag mindre stedbundne i forhold til før informasjonsteknologi. Det er mulighet å finne ut mer om ulike kulturer, før man flytter fra landet sitt. Avsnittet tverrkulturell kommunikasjon omhandler hva kommunikasjon og ordet "kulturfilter" innebærer. I og med at kommunikasjon er et svært omfattende begrep er det gått inn i dybden på betydningen av kommunikasjon i sykepleien. Dette er gjort for å utdype hva som er viktig i begrepet kommunikasjon i forhold til denne studien som er sett ifra sykepleiersperspektivet. Helt til slutt i det kapittelet står det om tolk og tolketjenester. Både forklaring av disse to begrepene og hva defineres som tolk og hvilke ansvarsområder og retningslinjer har tolketjenesten.

### 2.1 Migrasjon og globalisering

Ca. 214 millioner mennesker er bosatt i et annet land enn de var født i ved inngangen av 2010 (ca. 3,1 % av verdens befolkning, derav 7,5 % flyktninger). (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2011). Ulike forhold i verden, som krig, forfølgelse og fattigdom har ført til at mennesker har søkt seg til Norge for å få beskyttelse, familiegjengenforening eller arbeid. Årsakene er mange. Personer flytter på grunn av arbeid, utdanning, for å få beskyttelse eller for å leve sammen med familiemedlemmer.

Økonomisk nedgang etter 2008 har dempet migrasjonsstrømmene, men har hatt lite påvirkning på antall migranter i verden (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet 2011). Antall norskfødte med innvandrerforeldre vil øke fra 93 000 til mellom 3-500 000. Disse vil i 2060 samlet utgjøre 1,3 – 2,3 millioner personer (22-28 % av befolkningen) (Statistisk sentralbyrå 2010). Det mest aktuelle er den Syriske flyktningstrømmen. Det er mennesker i alle aldre og forskjellige situasjoner som flykter ifra krigen. Samtidig har vi også eksempler på terrorangrepene i New York 11.september 2001, i Madrid 11.mars 2004 og

Paris 07. januar og 13. november 2015, er håndfaste påminnelser om at globalisering også innebærer sårbarhet. Vi er en del av den store verden og derfor er globalisering en del av vår hverdag om vi vil det eller ei (Hylland Eriksen 2011).

## 2.2 Kultur og kultursensivitet

I følge Hylland (2011) er kultur et av språkets vanskeligste ord, selv om eller kanskje nettopp fordi vi tror vi vet hva det betyr. Ordet stammer fra det latinske *colere*, som opprinnelig betød å dyrke. Denne betydningen er fremdeles levende i det norske verbet å *kultivere* og i ord som *kulturlandskap*, som er ensbetydende med oppdyrket mark. I dagligtalen bruker vi imidlertid kultur i andre betydninger enn dette. Ordet dukker opp oftere og oftere i aviser, på fjernsyn, i lunsjpausen og ellers i dagligtalen. Det snakkes stadig oftere om bedriftskultur, ungdomskultur, politisk kultur, fremmede kulturer, innvandrerkultur, finkultur, subkulturer, kvinnekultur, studentkultur etc. Problemet er at et ord som kan brukes til å beskrive så mange forskjellige fenomener også må bety forskjellige ting (Hylland 2011).

Når vi snakker om *fremmede kulturer*, kulturforskjeller og kulturkonflikt, bruker vi ordet kultur på en helt annen måte, og det er viktig å holde dette begrepet adskilt fra det andre kulturbegrepet. Ut fra denne definisjonen pleier vi for eksempel å si at pakistanere går i moskeen fordi de har en annen kultur enn oss, eller at Trobrianderne utenfor Ny-Guinea ofrer til forfedreåndene fordi det er en del av deres kultur. Finner er kalde og ugjestfrie, blir det ofte sagt, fordi det er en del av deres kultur, og den italienske kulturen har angivelig et temperamentsfullt lynne. Det kan være mye riktig og nyttig i en slik måte å snakke om kultur på, men dette kulturbegrepet kan lett misbrukes. Det kan også være overforenkende og til tider ødeleggende og ikke minst i kontakt mellom nordmenn og innvandrere, fordi det kan gi et inntrykk av at kulturkløftene er dypere enn de faktisk er. Det kan for eksempel være fristende å gi «kulturforskjellene» skylden for alt som går galt i forholdet mellom nordmenn og minoriteter, selv om det ofte er andre årsaker til konfliktene. Kultur kan være et mystifiserende begrep, som tilslører like mye som det forklarer – derfor skal vi behandle det med varsomhet (Hylland Erikssen 2011). Kulturen vi lever i preger vår virkelighetsoppfatning og hverdagsliv, noe som igjen uttrykkes gjennom kommunikasjon.

Kultur eller sivilisasjon. Er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn (Hylland Eriksen, 2011, s. 35).

Denne definisjonen av kultur ble foreslått av den engelske antropologen Edward Tylor i 1871, men er fremdeles nyttig, selv om det i over hundre år har vært ført lange og til dels spissfindige diskusjoner om hva kulturbegrepet bør inkludere. Et viktig poeng hos Tylor var at forskjellene mellom folkeslagene ikke var medfødte, men at de skyldtes at mennesker som levde i forskjellige samfunn hadde skaffet seg forskjellige ferdigheter og kunnskaper fordi samfunn og naturmiljø krevde det. På generelt plan kan vi si *alt som er lært er kulturelt, men alt som er medfødt er naturlig* (Hylland Eriksen 2011). Hvis sykepleieren har manglende kunnskaper om andre kulturer kan det være lett å la egen referanseramme bli det styrende i samhandling med den fremmedspråklige pasient. Kumar og Viken (2010) hevder at helsepersonell bør unngå å bruke egen kultur som standard (etnosentrisk) som andre vurderes ut fra. Kulturrelativisme går ut på å forstå den andre ut fra den andres perspektiv. Hanssen (2005) sier at man gjennom en kulturrelativ holdning betrakter alle kulturer som likeverdige samtidig som man også ser at alle kulturer har sine negative ytringer som ikke kan aksepteres.

Etnosentrisme kan defineres som *det å forstå og "måle" de andre ut fra våre egne premisser og vår egen virkelighetsoppfatning* (Magelssen 2002, s. 22).

I følge Magelssen (2002) er det å forstå og "måle" andre ut ifra våre egne premisser allmennmenneskelig, og alle gjør det. Både etniske nordmenn og innvandrere. Men i den grad det er mulig, er det en fordel om vi prøver å fjerne oss noe fra vår egen virkelighetsoppfatning når vi ønsker å komme i dialog med mennesker med en annen kulturell bakgrunn (Magelssen 2002).

Sykepleieren må inneha kulturell kompetanse for å kunne møte fremmedkulturelle pasienter på en kulturrelativistisk måte. Madeleine Leininger (2002) trekker fram tre kategorier som er vesentlige for å guide sykepleieren i forhold til avgjørelser, bestemmelser som skal tas og handlinger slik at kulturell kongruent omsorg ivaretas. Kulturell omsorg relatert til bevaring eller vedlikehold av helse, kulturell omsorg relatert til avtaler og forhandlinger med pasient og kulturell omsorg relatert til balansering og restrukturering av helse. De tre kategoriene er alle omsorgssentrert og baserer seg på bruk av en tilnærming som tar hensyn til hvordan pasienten oppfatter verden, hva som har betydning for pasienten og hvordan de forestiller og forklarer årsaker til hendelser relatert til helse. Ved bruk av en etisk fundamentert tilnærming fokuserer

sykepleier på det som er viktig i møtet med andre kulturer og forankrer sin omsorg for pasienten i et kulturperspektiv slik at pasienten blir ivaretatt på en helhetlig måte (Hylland Eriksen 2011).

Kjønnsroller kan være avhengig av hvilke kulturbakgrunn en har. Ayonrinde (2003) skriver i sin artikkel at kjønnsroller spiller en viktig rolle i ulike kulturer. I noen kulturer som fremdeles er tradisjonelle, kan terapeuten sitt kjønn være avgjørende ved behandlingen. Eksempler på dette som Ayonrinde har nevnt er amming i noen afrikanske kulturer, der kjønn spiller en viktig rolle. Han nevner også menstruering til muslimske og jødiske kvinner. Noen av disse kvinnene har svært store blødninger som kan oppleves traumatisk for dem. På grunn av at menstruasjon er et tabuprosjekt i deres kultur, er det vanskelig for dem å oppsøke hjelp for slik problematikk. Denne type problemstilling kan være relevant i hverdagen på gynekologisk sengepost.

## 2.3 Tverrkulturell og sensitiv kommunikasjon

Begrepet «kommunikasjon» kommer fra det latinske *communicare* som betyr å gjøre felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide og Eide 2007). Selve ordet kommunikasjon kan defineres som «*utveksling av mening eller betydningsinnhold mellom individer og grupper ved hjelp av et felles system av symboler*» (Hanssen 2005 s. 43). Kommunikasjon innebærer muligheter for felles forståelse men også misforståelser og kommunikasjonssvikt og et felles symbolsystem er nødvendig for å unngå misforståelser. Språk og kultur kan ikke atskilles (ibid). I følge Hanssen (2005) har vår kulturelle bakgrunn stor betydning for vår persepsjon og tolkning av verden også i samhandlingssituasjoner. Kommunikasjon kan aldri sees løsrevet fra den sosiale, historiske og kulturelle kontekst som samhandlingen foregår i og som utgjør de rammer de kommuniserende parter fortolker budskapet sin betydningsinnhold innenfor (Lewis 2000) i (Hanssen 2005 s. 44).

Dahl (2001) har valgt å kalle måten hver og en ser verden på for våre personlige "brillepar". Disse brillene blir kalt for et "kulturfilter". De utgjør også et høyst personlig "filter", ettersom vår personlighet, evner, kunnskaper og erfaringer påvirker hvordan vi oppfatter det som blir kommunisert. I følge Dahl (2001) er det gjennom dette filteret vi oppfatter verden.

I følge Martinsen (2000) mener hun at det å bruke sin sensitivitet vil si å bruke både sin affektive og sin kognitive dimensjon, både våre følelser og vår fornuft. Når vi kommuniserer sensitivt, henger vi oss ikke bare opp i de konkrete ordene som uttales, men prøver å høre, se og føle mer enn det konkrete, og fange opp intensjonen bak (Magelssen 2002). Mulig noen pasienter som er sårbare mens de er sykehusinnlagte gjenkjenner seg her. Magelssen (2002, s. 18) skriver at begrepet sensitiv kommunikasjon vekker assosiasjoner til andre uttrykk, for eksempel til Freuds ide om "frittflytende oppmerksomhet", forstått som en fordomsfri, aksepterende og lyttende innstilling til den andre. Freud mente at ikke bare pasientene skulle tilstrebe og la assosiasjonene flyte fritt når de var hos terapeuten. Også terapeuten skulle tilstrebe en "frittflytende oppmerksomhet" Magelssen (2002). I dette tilfelle rettet mot denne studien vil jeg si at terapeuten blir sykepleieren. Altså da blir det sykepleieren som må tilstrebe en "frittflytende oppmerksomhet". I følge Eide (2004) kan nonverbal kommunikasjon bidra til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Det er derfor viktig å trene opp denne ferdigheten. Nonverbale tegn og signaler kan være forskjellig og formidles på ulike måter gjennom en rekke ulike kanaler. De deles inn i 7 forskjellige grupper:

1. Ansikt (ansiktsuttrykk)
2. Blikk (øyekontakt, uttrykk)
3. Kropp (kroppsholdning, kroppsspråk)
4. Stemme (klang, styrke, intensitet)
5. Berøring
6. Stillhet og ikke-ord
7. Tempo (langsomt, hurtighet) (Eide 2004).

## 2.4 Taushetsplikt i helsevesenet

På sykehus vil tolker få innsikt i helseopplysninger som er taushetsbelagte. I følge Ohnstad (2003) representerer taushetsplikten en lovmessig innskrenkning i ytringsfriheten og offentlighetsprinsippet. Taushetsplikt innebærer en plikt til å bevare taushet om bestemte forhold, og den retter seg mot den som i sin yrkesutøvelse har mottatt, eller på andre måter blitt kjent med, opplysninger om personlige forhold vedrørende pasienten. Fagpersonells plikt til å iakttå taushet motsvares av en rett for pasienten til konfidensialitet. Undertiden karakteriseres denne retten som en pasientrettighet. I pasientrettighetsloven er denne retten omtalt som "rett til vern mot spredning av opplysninger". Pasientrettighetsloven § 3-6 lyder:

## § 3-6. Rett til vern mot spredning av opplysninger

*Opplysninger om legems og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder:*

*Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.*

*Dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den opplysningene gjelder, så langt forholdene tilsier det informeres om at opplysningene er gitt og hvilke opplysninger det dreier seg om.*

Taushetsplikten sikrer individer mot at opplysninger blir brukt i andre sammenhenger enn de som opplysningene er gitt for. Ved overtredelse av taushetsplikten er det avgiver av opplysningene som eventuelt har straffeansvaret. Derfor er det ikke forbudt å motta opplysninger. Den som leser en pasientjournal som er forlagt på et venteværelse og eventuelt bringer opplysningene videre, har brutt taushetsplikten. Det er derimot den som har ansvaret for at journalen er blitt forlagt der (Ohnstad 2003).

Ohnstad (2003) nevner at i begrepet taushetsplikt ligger både en passiv plikt til å tie, og en aktiv plikt til å hindre at andre får kjennskap til taushetsbelagte opplysninger. Taushetsplikten omfatter ikke bare det som strengt tatt er betrodd gjennom pasientens meddelelse, men også opplysninger som fremgår av dokumenter og journaler, opplysninger fra samarbeidende personell (Ohnstad 2003).

## 2.5 Tolk og tolking

En definisjon på tolking er *en mest mulig trofast overføring av budskapet mellom mennesker som mangler et felles språk* (Apeland 2002, s. 2). En definisjon på hva tolkens oppgave er ifølge Ozolins: *en tolk gjengir muntlig og på et annet språk, en persons tale dro andre lyttere på det tidspunktet ytringen blir gjort* (Ozolins 1991, s. 39).

### 2.5.1 Tolkens egenskaper og oppgaver

Det å gjengi det en annen person sier, kan tilsynelatende virke som en enkel oppgave. Men å tolke er en krevende oppgave, som forutsetter visse ferdigheter hos tolkeren. Først og fremst må tolken ha særdeles gode ferdigheter i to språk. Tolken vet ikke hva som kommer i neste ytring og har ofte bare få sekunder på seg til å formulere budskapet på det andre språket.

Tolken må derfor i tillegg til språkferdighetene også ha opparbeidet evne til å kunne umiddelbart gjengi innholdet på et annet språk. Dette innebærer at tolken har god konsentrasjonsevne, klarer å holde fast på fokuset, stresstoleranse og utholdenhet. Samtidig å ha opparbeidet seg evne til å analysere raskt innkommende informasjon og forstå ytringens innhold (Skaaden 2013).

Jareg og Pettersen (2006) hevder at tolkens personlige egenskaper er like viktige som formell opplæring når det gjelder kvaliteten på tolkingen fordi tolken også må vise toleranse og respekt overfor de menneskene han tolker for. De har laget en samarbeidsmodell for tolk og tolkebruker der de deler opp samarbeidet i forarbeid, førsamtale og ettersamtale. Hensikten med forarbeidet er å forberede tolken på samtalen og avklare hvilken instans tolken skal tolke for. I førsamtalen avklares forventninger og rammer for samarbeidet. Hensikten med ettersamtalen er blant annet å avklare problemer i samarbeidet for på den måten å skape bedre samarbeid ved senere tolking Jareg og Pettersen (2006).

Kale og Syed (2010) har gjort studie på tverrkulturell kommunikasjon i helsevesenet, som har implikasjoner for lik tilgang til helsetjenester. De studerte hvor ofte helsepersonell opplever et behov for tolk og hva de gjør i slike situasjoner, hvilke forventninger de har til tolker og deres vurdering av kompetansebehov. Det er en kvantitativ undersøkelse av helsepersonell i Oslo og undersøkelsen ble gjennomført 2004-2005.

### **2.5.2 Ulike former for tolking**

Det finnes ulike måter for tolking. I følge Jareg og Pettersen (2006) kan tolking deles inn i konsekutiv- og simultantolking. Konsekutiv tolking går ut på at tolken gjengir innholdet i en ytring etter at den er uttalt mens simultan tolking går ut på at tolken gjengir uttalelsen et par sekunder etter at ytringen er sagt. En form for konsekutiv tolking er dialogtolking som karakteriseres ved at det tolkes fram og tilbake mellom to språk, som regel noen setninger om gangen.

Tolking kan foregå på forskjellige måter. Det mest brukte er frammøtetolking det innebærer at tolken møter opp personlig. Tolking via skjerm som kalles fjerntolking og telefontolking er metoder som blir brukt (Integrerings- og mangfoldighetsdirektoratet 2011). Tolkebruk kan være avgjørende for om forsvarlig og riktig helsehjelp gis (Helsedirektoratet 2011). Tolken er

et nødvendig mellomledd når to som ikke snakker samme språk skal kunne kommunisere (Utlendingsdirektoratet 2003).

Jareg og Pettersen (2006) påpeker at man kan innta to perspektiver når tolkingen ikke skjer optimalt. Det ene er å innta et normativt perspektiv der det ses på om tolken handler riktig relatert til deres tolkereglene. Det andre er et deskriptivt perspektiv som tar utgangspunkt i tolkens perspektiv for å forklare de avgjørelsene tolken tar. For å unngå eller minske misforståelser vil ettersamtalen mellom tolk og tolkebruker ha betydning.

God kvalitet på tolking avhenger av tolkens tolkefaglige kompetanse og tolkebrukerens kunnskaper i bruk av tolk og er avgjørende for ivaretagelse av fremmedspråklige pasienter. Integrasjon og mangfoldsdirektoratet (IMDI) har i samarbeid med tolkere laget nasjonalt tolkeregister. Det er et verktøy for tolkere og tolkebrukere i landet som gir oversikt over tolkers formelle kompetanse i tolking mellom norsk og andre språk ([www.tolkeportalen.no](http://www.tolkeportalen.no)). Nasjonalt tolkeregister ble opprettet i 2005 for å motivere praktiserende tolker til å dokumentere og heve sin kompetanse, og for å øke tilgjengeligheten til kvalifiserte tolker. Oppføring i registeret er frivillig og inneholder per mars 2016, 1338 tolker i 73 språk fordelt på fem kvalifikasjonskategorier:

Kategori 1: Tolker med statsautorisasjon og utdanning.

Kategori 2: Tolker med statsautorisasjon.

Kategori 3: Tolker med tolkeutdanning (minimum 30 studiepoeng).

Kategori 4: Oversettere med dokumentert kompetanse i skriftlig oversettelse, som også praktiserer som tolk.

Kategori 5: Personer som har fullført kurs i tolkens ansvarsområde (TAO) og avlagt en tospråklig ordforrådstest (ToSPot). (Tolkeportalen, 2016 og Skaaden, 2013).

Tolkeportalen definerer tolkerollen i Norge ut fra retningslinjer for god tolkeskikk der det blant annet presiseres at tolken ikke skal påta seg oppdrag uten å ha de nødvendige kvalifikasjoner. I tolkeportalen er det skrevet retningslinjer for hva god tolkeskikk er. I følge tolkeportalen er begrepet god tolkeskikk en norm som forteller hvordan tolken skal oppføre seg og utføre sitt arbeid. I Forskrifter om bevilling som statsautorisert tolk og tolkeprøven av 6. juni 1997, § 5 pålegges statsautoriserte tolker å utføre sin virksomhet i samsvar med god



tolkeskikk. Det er retningslinjer som er utarbeidet i 1997 av en arbeidsgruppe oppnevnt av (KAD) og Norsk tolkeforbund, Uio og (UDI).

Hovedpunkter i retningslinjene (Tolkeportalen, 17.04.16):

- § 1. Tolken skal ikke påta seg oppdrag uten å ha de nødvendige kvalifikasjoner
- § 2. Tolken skal ikke påta seg oppdrag hvor han/hun er inhabil.
- § 3. Tolken skal være upartisk og ikke tillate at egne holdninger eller meninger påvirker arbeidet.
- § 4. Tolken skal tolke innholdet i alt som sies, intet fortie, intet tillegge, intet endre.
- § 5. Tolken har taushetsplikt.
- § 6. Tolken må ikke i vinnings eller annen hensikt misbruke informasjon som han/hun har fått kjennskap til gjennom tolking.
- § 7. Tolken skal ikke utføre andre oppgaver enn å tolke under tolkeoppdraget.
- § 8. Tolken skal si fra når tolking ikke kan skje på en forsvarlig måte.
- § 9. En statsautorisert tolk som utfører skriftlige oversettelser har ikke adgang til å bruke betegnelsen i forbindelse med bekreftelse av riktigheten av en oversettelse av et dokument, verken på selve oversettelsen eller i et dokument med referanse til oversettelsen.

## 2.6 Tidligere forskning

Ordene jeg brukte når jeg skulle søkte internasjonalt om tidligere forskning var “interpreter”, “interpreter norwegian healthcare”, “interpreter healthcare Norway”, “ interpreter healthcare”, “communication through interpreter” i Pubmed og Cinahl uten å finne noen gode artikler som gav svar på forholdene rundt bruken av tolk i det norske helsevesenet. Søket ble gjort 15. august 2015. Jeg har brukt internasjonale artikler skrevet av Ayonrinde (2003), Kale og Hammad Raza (2010) og Flores (2005). Deretter søkte jeg norske forskningsartikler med søkeordene: «Tolkebruk i helsevesenet», «sykepleiere og tolk», «kommunikasjon med fremmedspråklige» der jeg fant nyere forskning som var relevant for studiens problemstilling. Selv om dette ikke var artikler om sykepleierens erfaring med tolk, valgte jeg å ha med disse artiklene fordi dem tok for seg mye av tematikken og området rundt det.

Sagli (2015) beskriver at selv om mange fremmedspråklige kan gjøre seg forstått og klare seg med et enkelt språk i hverdagen, er de totalt avhengig av tolk på sykehus. Fordi språket blir mer avansert med ord og faguttrykk. I artikkelen om *tolking i helsesektoren* skrevet av Sagli (2015) viser det seg at behovet for tolk øker med alderen, mens i aldersgruppen 16–24 år bare er det fem prosent som har behov for tolk. Tall fra BLD viser at i aldersgruppen 55–77 år er det 48% økt behov for helsetjenester. Økt behov for tolketjenester er sammenfallende for den eldre del av befolkningen med innvandrerbakgrunn (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD, 2014, s. 58).

En masteroppgave skrevet av Gjermundsen (2014 Høgskolen i Gjøvik), beskriver bruk av telefontolk i forbindelse med fremmedspråklige pasienter som er i en akutt situasjon på akutt medisinsksentral. Det hun fant ut i dette studiet er at mangelfull kommunikasjon mellom sykepleier og tolk kan medføre forsinkelser i behandlingen. Sykepleier er avhengig av at tolken kan gi informasjon raskt mellom sykepleier og pasient. Videre viser den at det er ønske om opplæring om kommunikasjon på tvers av kulturer.

Høye og Severinsson i artikkel (2010) har sammen skrevet forskningsartikler om *kulturkollisjon ved sykesengen*. De tar også for seg kommunikasjon i den akutte fasen. De viser til utfordringene sykepleieren har når det er fremmedspråklige som er sykehusinnlagt. Utfordringene som sykepleieren har er som følgende: mangelfull kunnskap om den ukjente kulturen, ikke kunne kommunisere direkte med pasienten, sykepleiere føler de mister styring over situasjoner som kan føre til mistillit hos pasientene.

Det er forsket på behovet for nasjonal tolketjeneste innenfor sykehus avdelinger i England der det konkluderes med at det er et stort behov for heldøgns tolketjeneste innenfor akuttmedisin (Leman og Williams 1999). Studien viser også at pasienter er like fornøyd med telefontolk som fremmøtetolk, og at manglende bruk av tolk påvirker behandlingen pasienten mottar (Crossman m.fl. 2010). I sin studie om bruk av tolk i helsevesenet sier Hadziabdic (2011) at tolkning ved bruk av telefon ble opprettet for å forbedre den direkte kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient og at tolken da bare ble et kommunikasjonshjelpemiddel.

Flores (2005) skriver i sin artikkel om kvaliteten på medisinsk tolketjeneste i helsevesenet i Amerika. Artikkelen konkluderer med at utdannede profesjonelle tolker og tospråklige helsepersonell har positiv innvirking på pasientenes tilfredshet og kvalitet på omsorg. Det oppstår færrest tolkefeil når pasientene har tilgang til kvalifiserte profesjonelle tolkere. Flere studier dokumenterer at kvaliteten på helsetjenester svekkes når pasienter trenger tolk, men ikke blir tilbydd dette. Kvaliteten på omsorg blir dårligere, og flere tolkefeil oppstår med utrente tolkere. Mangelfull tolketjeneste kan ha alvorlige konsekvenser for pasienter med psykiske lidelser Flores (2005).

Til tross for lovfestet rett til tolk blir likevel ikke tolk brukt i tilstrekkelig grad (Baker m.fl. 1996, Ginde, Clark og Camargo 2009, Ginde m.fl. 2010). Studier viser også at det ofte ikke

brukes tolk innen helsetjenesten, noe som medfører at pasienten ikke får den hjelpen han trenger (Atkin 2008, Baker m. fl. 1996, Garrett m.fl. 2008, Wlodarczyk 1998).

I boken *helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* skrevet av Hanssen (2005) beskriver hun kommunikasjon med fremmedspråklige i helsevesenet med tolk tilstede. Den ulike kulturbakgrunnen og dens rolle i kommunikasjonen blir tatt opp. Hun skriver også om betydningen av den ulike kulturbakgrunnen til de forskjellige pasientene.

Alpers og Hanssen (2008) har utført en kvantitativ studie blant 145 sykepleiere på Lovisenberg Diakonale Sykehus som viser at halvparten av sykepleierne opplever kommunikasjon gjennom tolk som vanskelig. Det viser seg at sykepleiere med lengst erfaring synes at det er mest problematisk. Studien viser også at selve systemet for bestilling av tolk fungerer dårlig og må forbedres. Studerer man svarene ut fra respondentenes arbeidserfaring, ser man at skepsisen vokser i noen grad med erfaring. Flere av sykepleierne hadde erfart situasjoner der tolken ikke klarte å stå ved pasientens side å tolke mens det ble utført prøver og undersøkelser. Noen snudde seg bort, andre forlot rommet. I noen situasjoner kan sykepleierne være usikre på om den profesjonelle tolken forstår det helsepersonellet sier. De prøver å skrive i bestillingen hva det skal snakkes om, men noe kan ikke nevnes pga taushetsplikten, og andre ganger kan man ikke forutsi hvordan samtalen vil utvikle seg og hva som blir tatt opp. Selv om sykepleierne mener at sykehustolker bør være kjent med de mest sentrale medisinske uttrykk og at tolken bør forstå at det vil bli brukt medisinske uttrykk når man skriver "legesamtale" i bestillingen, erfarer de at så ofte ikke er tilfelle. Sett fra tolketjenesten sin side inneholder ofte bestillingsskjemaet for lite opplysninger om hva samtalen skal inneholde. De mener at tolken ville ha mulighet til å forberede seg bedre dersom feltet "samtaletema" inneholdt tilstrekkelig informasjon. Studien nevner noen utfordringer sykepleiere har med fremmedspråklige pasienter i forbindelse med kommunikasjon og samhandling. Noen punkter av Alpers og Hanssen (2008) sine funn er nevnt nedenfor:

- Det er annerledes å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn enn etnisk norske pasienter.
- Jeg unngår helst å arbeide med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.
- Det er vanskelig å bedømme smertenivået til mange pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn fordi de uttrykker smerter annerledes enn norske pasienter.

- Jeg prøver alltid å etterkomme ønskene til pasienter/ pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.
- Jeg gruer meg til å gå inn og stelle pasienter når det er mange besøkende på rommet Alpers og Hanssen (2008).

Videre viser tall fra Alpers og Hanssen (2008) sin rapport følgende:

- 31% mente at tolkebruk vanskeliggjorde kommunikasjon med pasienten.
- 29% av sykepleierne stolte på tolkere.
- 56% av sykepleierne hadde besvart at tolken sier ifra om det skulle oppstå misforståelser under samtalen Alpers og Hanssen (2008).

## 3.0 METODE

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for valg av design og beskrive hvordan jeg har planlagt og gjennomført kvalitative individuelle intervju. Jeg vil også beskrive analyseprosessen og gjøre rede for de etiske sidene ved studien.

### 3.1 Kvalitativt design

Til denne studien er det valgt en kvalitativ beskrivende design med bakgrunn i hensikten i å beskrive sykepleiers erfaringer og oppfatninger med tolkebruk i kommunikasjon med fremmedspråklige voksne sykehusinnlagte pasienter. Når det søkes å utvikle ny kunnskap og dypere forståelse av et fenomen egner kvalitative tilnærminger seg godt da de er åpne og fleksible. Dette i motsetning til kvantitative undersøkelser som er mer strukturert og best egner seg til å beskrive omfanget av et fenomen (Jacobsen 2003). Gjennom kvalitative metoder kan vi gå i dybden på temaet hos informanten og få del i opplevelser og erfaringer, tanker og holdninger de har til et fenomen sett ut i fra deres syn på livsverden. Fenomenologi er teorier om menneskelig erfaring og hermeneutikk er fortolkning (Malterud 2011, Kvale og Brinkmann 2009). Denne studien har fenomenologisk/ hermenutisk tilnærming, det vil si å få innsikt i sykepleierens erfaringer og oppfatninger, og tolke disse ved hjelp av forskerens egen forforståelse i en hermeneutisk sirkulerende prosess mellom del og helhet, helhet og del osv. Felles mål i en kvalitativ studie er å komme nærmere en forståelse av et bestemt fenomen slik de som opplever fenomenet beskriver det for så å vurdere hvilken metode som best kan gi svar på forskningsspørsmålet. I denne studien velges individuelle kvalitative forskningsintervju.

### 3.2 Individuelle kvalitative forskningsintervju

I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det i kvalitativ forskningsintervju en søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side, ved å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden. Forskningsintervjuer tar utgangspunkt i dagliglivet og er en profesjonell samtale. Det er en samtale der det konstrueres kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den intervjuende. Et kvalitativt intervju er bokstavelig talt et *interview* (fra fransk *entrevue*), en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale om et tema som opptar dem begge (Kvale og Brinkmann 2009).

Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at forskningsintervju går dypere enn den spontane meningsutvekslingen som skjer i hverdagen. I kvalitativ forskningsintervju er tilnærmingen å still spørsmål varsomt og lytte på svarene med stor fokus. Hensikten er å nyttiggjøre seg av kunnskapen som sykepleierne har opparbeidet seg. Kvalitativt intervju er ikke en konversasjon mellom likeverdige deltakere, ettersom det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen. Temaet for intervjuet gis av intervjueren, som også kritisk følger opp intervjupersonens svar på spørsmålene. En form for forskningsintervju – det semistrukturerte livsverdenintervjuet – vil framheves. Målet er å innhente beskrivelser om den interjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen (Kvale og Brinkmann 2009).

Informantene i studien har over lang tid samarbeidet med tolkere i forbindelse med fremmedspråklige pasienter som er innlagt. I et kvalitativt forskningsintervju blir kunnskap produsert i fellesskap mellom meg og informanten. Kompetanse og kunnskap som anskaffes etter intervjuet er sentralt for kunnskapen som produseres. Eksempler på avgjørelser som tas underveis er hvem som skal intervjues, hvor mange som skal intervjues og hvor lenge intervjuene skal pågå (Kvale og Brinkmann 2009).

### 3.3 Intervjuguide og pilotintervju

Intervjuguide og pilotintervju er utviklet (Vedlegg 5) som mal for å sikre at jeg får svar på det som ønskes belyst (Vedlegg 3). Spørsmålene er rettet ut ifra den erfaringen og utfordringene jeg selv møtte når jeg hadde tolkeoppdrag, også på bakgrunn av tidligere forskning og det jeg har lest.

Før rekrutteringsprosessen startet ble en sykepleier på en annen avdeling intervjuet av meg, i form av pilotintervju. Hensikten var å teste ut spørsmålene, og få erfaring i å spørre spørsmålene. Hvilke spørsmål en kan få utdypende svar på og hvilke spørsmål det går an å svare kort på (Kvale og Brinkmann 2009). Noe revidert ble intervjuguiden etter dette pilotintervjuet. Det ble noe endret på spørsmålene slik at det ble enklere for informanten å svare mer utdypende (Kvale og Brinkmann 2009). Det ble tilføyd noen små men viktige tilleggsspørsmål. Jeg ville ha få spørsmål, men det skulle være spørsmål det var enkelt å svare utfyllende på. Pilotintervjuet gjorde at jeg ble mer bevisst på mitt eget kroppsspråk. Det å ha blikkontakt og full konsentrasjon hele tiden var svært viktig. Å holde rundt en kaffekopp mens det ble tatt opp på lydbånd, gjorde at det ble mindre formelt.

### 3.4 Rekruttering

Det ble tatt kontakt med klinikklederne og sendt informasjonsskriv (Vedlegg 4) der de videreformidlet og tilrettela for de utvalgte informantene. Det ble tatt utgangspunkt i sykepleiere som har mer enn 2 års erfaring med innlagte fremmedspråklige pasienter og samarbeidet med tolk mer enn en gang på sengepost.

Det ble gjort et utvalg knyttet til problemstillingen for å sikre at informantene har riktig fokus og for å ha mangfold og variasjon i datamaterialet (Malterud 2011). Utvalget må være på en måte slik at det gir tilstrekkelig informasjon om det studien har som mål å studere (ibid). Det ble gjort et utvalg knyttet til problemstillingen og tema. Informantene er seks kvinnelige sykepleiere ved et av Norges universitetssykehus. Det er også tatt utgangspunkt i to avdelinger som bruker tolk mest. De to avdelingene er gynekologisk sengepost og infeksjonsposten.

Rekrutteringen av informanter tok tid da det var misforståelser i kommunikasjonen mellom ledelse og de ansatte på en av postene. Ledelsen hadde ikke informert sykepleiere om studien, derfor ville de ikke stille opp når jeg ankom til avtalt tid. Når kommunikasjonen gikk som planlagt med ledelsen på de to andre avdelingene, gikk rekruttering av informantene raskt.

### 3.5 Utvalg

Tabell 1. Alder og bakgrunnsdata

Kjønn	Alder	Ansenitet sykepleier (år)	Erfaring fra avd	Tilleggsutdanning	Kurs om kulturforskjeller
Kvinne	56	16	10 Gynekologi	Klinisk fagstige	Ja
Kvinne	53	15	9 Gynekologi	Nei	Nei
Kvinne	54	25	20 Gynekologi	Kreft	Nei
Kvinne	48	23	22 Infeksjon	Klinisk fagstige	Nei
Kvinne	43	18	16 Infeksjon	Infeksjon, smittevern	Nei
Kvinne	54	30	2 Infeksjon	Master i Public Health, intensiv og hygiene sykepleier	Nei

Gjennomsnittsalderen på informantene er 51 år og de har gjennomsnittlig 21 års erfaring som sykepleier.

I snitt har de tre på gynekologisk sengepost jobbet der i 13 år. En av de har alle trinn på *klinisk fagstige som er et dokumentasjonsprogram som både formaliserer kompetanse opparbeidet i yrkeslivet og teoretisk opplæring som blir gitt i tilknytning til arbeidsplassen eller av andre kurstilbydere* (Fagforbundet, seksjon helse og sosial 12. januar 2016). Hun har også videreutdanning i kulturforståelse og tverrkulturell kommunikasjon. Informant nr 3 har videreutdanning i kreftsykepleie og gestalt veiledning som er et årig videreutdanning.

På infeksjonsposten har i snitt de tre informantene hatt sin faste arbeidsplass der i 13 år. Informant nr 4 har alle trinn på klinisk fagstige. Informant nr 5 har videreutdanning i infeksjon og smittevern og er i tillegg assisterende avdelingsleder på avdelingen. Informant nr 6 har en mastergrad i publichealth og er intensiv og hygienesykepleier.

### 3.6 Gjennomføringen

Det ble tatt direkte kontakt med infeksjonsposten. I løpet av noen dager fikk vi avtalt tid om når jeg kunne komme og utføre to intervjuer. Den tredje informanten tok kontakt selv, da avdelingssykepleieren hadde videresendt min forespørsel. Alle tre intervjuene ble utført i løpet av to uker.

På gynekologisk avdeling gikk det effektivt. Jeg tok kontakt med fagutviklingssykepleieren som nettopp hadde sluttet i den stillingen. Fagutviklingssykepleieren videreformidlet og gav meg kontakt informasjon til en informant som ville være med på den studien. Vi avtalte og fikk utført intervjuet. Samme informant var svært behjelpelig og fikk tak i to andre informanter til meg etter intervjuet. Informantene fikk kort informasjon om studien, og det ble redegjort for tema i intervjuet. Dermed ble alle tre intervjuene utført på samme dag.

Det ble informert om frivillig deltakelse i studien og at intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og at det er kun meg som har tilgang og som kommer til å lytte til intervjuene. Før gjennomføringen ble informasjonsskriv (Vedlegg 4) og samtykkeerklæring (Vedlegg 4) lagt frem, for gjennomlesing. Alle informantene tok kun en rask titt og ville heller at jeg gikk



gjennom det muntlig. Jeg presiserte at det er frivillig, og at informanten kan helt frem til publisering trekke seg og få datamaterialet slettet. Alt vil bli anonymisert og det sikres full konfidensialitet. Alle informantene var svært interessert i å få resultatet presentert på sin arbeidsplass til slutt. Det er tatt til vurdering ved studiens slutt om å presentere det for tolketjenesten, noe som ikke var planlagt på forhånd men som lar seg gjøre.

Jeg hilste innledningsvis på informanten og presenterte meg. Deretter fortalte jeg en liten bakgrunn om meg selv. Om hvor mange års arbeidserfaring jeg har, nåværende jobb, og hva som var årsaken til at jeg ville forske nærmere i dette feltet. Det skapes trygghet og blir mindre formelt og rolig stemning når vi småprater litt først. Fra min side ble det lagt vekt på å skape en god atmosfære i intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann 2009). I intervjuene ble innledningsspørsmålet stilt helt likt på alle intervjuene. I og med at det var så åpne spørsmål var det informanten som styrte intervjuet med de utdypende svarene. Noen få svarte litt kortere enn de andre de stilte jeg tilleggsspørsmål som «kan du si litt mer om» og «istad nevnte du at» for å få et mer utdypende svar på spørsmålet og for å holde oss inne på det som er fokuset til forskeren. Tilleggsspørsmålene som nevnt ovenfor ble også stilt for å sikre at informantene hadde forstått det som ble svart riktig. Det ble både en oppsummering og en kontroll på at vi holder oss innenfor temaområdet (Kvale og Brinkmann 2009). Det siste punktet på intervjuguiden står informanten åpen om det er noe de vil tilføye om temaet. Noen hadde mer på hjertet enn andre. Intervjuene ble gjort 02.01.15 tre intervjuer, 15.01.16 et intervju og 20.01.16 to intervjuer. Intervjuene hadde varighet på mellom 24 og 74 minutter.

### 3.7 Analyse

Jeg utførte transkriberingsarbeidet rett etter intervjuene. Intervjuene er transkribert ordrett, men enkelte ord som hmm, ehh, liksom og ikke sant er bevisst slettet. Dersom informanten har halve setninger og gjentar seg selv med hel setning etterpå har den halve blitt slettet. Enkelte like ord som blir brukt to ganger etter hverandre blir slettet. For eksempel: ”På, på vår avdeling..” har blitt transkribert som ”På vår avdeling..”. Sluttproduktet av transkriberingen ble 26 tettskrivende A4 sider.

I følge Malterud (2011) skal analyse bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Formålet med analysen er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer og opplevelser knyttet til samarbeid med en tolk i kommunikasjon

med fremmedspråklige pasienter som er sykehusinnlagt. Analysemetoden systematisk tekstkondensering egner seg for å utvikle nye beskrivelser eller teorier. Analysemetoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og er modifisert av (Malterud 2011).

I følge Malterud (2011) sin analyseprosess som jeg har valgt å bruke, deler hun gjennomføringen i fire trinn. Jeg beskriver kort nedenfor de fire trinnene. Først hvordan Malterud (2011) beskriver trinnene deretter i forhold til hvordan det er gjort i denne studien.

Trinn 1: Få helhetsinntrykk av materialet og definere 4-8 temaer med midlertidige navn. Etter gjennomlesing av ferdig transkriberte intervjuer var det flere enn 4-8 temaer som vekket interesse og relevanse i forhold til studien. Det var temaer: *taushetsplikt, profesjonell tolk, etiske dilemmaer, roller, kommunikasjon, konkret, kontroll, kultur, misforståelser, samarbeid, tolketjenesten*. Som var sentrale tema som alle hadde uttalt seg om.

Trinn 2: Identifisering og organisering av tekstbiter og koding. Jeg har funnet meningsbærende enheter som temaene er vist på første trinnet. Malterud (2011) sin versjon innebærer å velge ut deler av teksten som utgangspunkt for meningsbærende enheter. Jeg trakk ut det som var signifikante utsagn fra transkriberingene og knyttet dette opp igjen mot temaene fra første trinnet. Et eksempel er ”*liksom... på en måte var både tolken og jeg liksom...på en måte....fornøyde til slutt- sykepleier og tolk er tilfreds med sluttresultatet*. Men det var flere av temaene som gikk igjen og omhandlet samme sak. Setning for setning er gjennomgått og meningsenhetene er markert og gitt koder (Vedlegg 7). I følge Malterud (2011) skal det i 2. trinnet se om noen av kodene representerer fenomener av samme sak. Det er mye som går igjen i flere intervjuer. Sårbarhet og mistillit er noe av det følelsesmessige som går igjen. Samtidig som trygghet og tillit også går igjen.

Trinn 3: Abstrahering og kondensering av innholdet fra kodegruppene, de meningsbærende enhetene i 2. trinn. Jeg har flere kodegrupper enn det Malterud (2011) beskriver enn bør ha. Derfor skal det kondenseres med tekst. Hensikten med å gruppere dataene er å redusere antall kategorier og i prosessen ses det på likheter og forskjeller som da blir ulike subkategorier. Subkategoriene grupperes så sammen til kategorier som samles i hovedkategorier. Hensikten med å skape kategorier er å bestemme betydningen av beskrivelsen av fenomenet, for å øke forståelsen og for å generere kunnskap (Malterud 2011).

Jeg valgte å trekke ut både de positive fenomenene og de negative, satt de opp mot hverandre. Jeg delte materialet inn igjen og kalte den for subgrupper. Det ble tatt 18 ulike

koder. Flere av disse kodene kunne knyttes opp mot overordnede kategorier. I og med at jeg hadde flere kategorier enn det Malterud (2011) beskriver har jeg ikke gått veien direkte fra kode til subkategorier. Grunnen til at jeg hadde flere enn det hun anbefalte var at jeg ikke ville ”miste” vesentlig materiale. Ettersom temaene gikk inn i hverandre ble den noe endret underveis. Den vesentlige teksten etter min tolkning ble trukket ut og knyttet opp mot problemstillingen. Eksempel: *tolken er skeptisk og vil ikke være nær pasienten– tolken har smittefrykt*. Alle de kodene som er nevnt i trinn 1. ble knyttet til kategorier med tilhørende subkategorier.

Tabell 1: viser fremgangsmåten fra koder til kategori

KODE	SUBKATEGORI	KATEGORI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trygghet/Tillit</li> <li>• Taushetsplikt</li> <li>• Kontroll</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trygghet/Tillit</li> <li>• Presisering</li> <li>• Kontrollspørsmål</li> </ul>	Sykepleiere hadde sine bekymringer under samtalen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesjonell faglighet</li> <li>• Oppfølging</li> <li>• Empatisk/medmenneske</li> <li>• Medisinsk fagterminologi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faglig kompetanse (Språk og medisinske termer)</li> <li>• Oppfølging av samme tolk</li> <li>• Gi tilbakemeldinger</li> </ul>	Sykepleiere mente resultatet varierte fra ulike tolkere
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kultur</li> <li>• Etske dilemma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulturforståelse</li> </ul>	Tolkeres kjennskap til begge kulturene var ulik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtalestyring</li> <li>• Pasient/sykehusetikk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolker og stiller spørsmål</li> <li>• Pasientens sårbarhet</li> </ul>	Sykepleiere har et krav om tolken har tolket på sykehus før
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miste styring</li> <li>• Usikker</li> <li>• Kunnskapsrik i begge språk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usikker på riktig tolkning</li> <li>• Kom budskapet frem</li> </ul>	Sykepleiere valgte å bruke korte setninger
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidsbruk</li> <li>• Ikke mulig å forhaste</li> <li>• Forsvarlig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidsklemme</li> <li>• Tolkes på begge språkene</li> </ul>	Sykepleiere måtte bruke lang tid med et tredje ledd (tolken)

Noen av kodegruppene hadde flere meningsbærende enheter. Etter at det ble delt inn i kategorier og subkategorier ble meningsenhetene kondensert til mer forklarende og færre stikkord under hver kategori.

Trinn 4: Rekontekstualisere og sammenfatte betydningen av kodegruppene (Malterud 2011 s, 108) I denne studien går de to siste trinnene inn i hverandre. Det er gjort på grunn av at jeg

hadde mange koder å forholde meg til. I følge Malterud går det an å slå sammen de to siste trinnene. Detaljene er tatt med for å gi nybegynneren et startsted, og prosedyrene og metaforene gir eksempler på hvordan prinsippene kan omsettes i praksis. Så går det an å finne sine egne modifikasjoner etter hvert (Malterud 2011, s. 111). Gjennom hele prosessen har jeg stilt spørsmål til teksten: hva kan dette fortelle meg om sykepleieres oppfatninger og erfaringer i samarbeid med tolk.

Etter at analysen er gjennomført oppdager jeg at de ulike kategoriene går inn under hverandre. Eksempel på det kan være at sykepleieres følelsesmessige oppfatninger er avhengig av tolkens kunnskap, erfaring og profesjonalitet. For sykepleiere oppleves tolkesituasjon ulikt avhengig av tolken. Jeg vil understreke at presentasjonen av funnene er en forenkling i sammenfatning av virkeligheten som sykepleiere beskrev. En god opplevelse med bruk av tolk beskrevet av sykepleiere avhenger av ulike faktorer. Men faktorer som ikke kan sees som separert fra hverandre.

## **3.8 Forskningsetiske retningslinjer**

Det ble søkt Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) med søknadsnummer 45328. Søknaden gikk ut på tillatelse til å ta opp og oppbevare lydfiler av intervjuene, i påvente av transkribering. For sikkerhets skyld ønsket NSD (Vedlegg 6) at jeg også søkte nasjonal forskningsetisk komite (FEK), som også ble gjort (Vedlegg 1). Begge godkjente denne studien. Forskingen følger forskningsetiske prinsipper fra Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013).

### **3.8.1 Informert samtykke**

Fagutviklingssykepleiere på begge avdelingene har fått informasjonsskriv og forespørsel om deres ansatte vil være med i forskningsstudien (Vedlegg 4). Der ble det beskrevet hva bakgrunnen og hensikten med denne studien er, og hvilke konsekvenser det vil ha for sykepleiere som deltar i studien. Det ble tydeliggjort at det er frivillig deltakelse, både skriftlig og muntlig. Informert samtykke ble forklart og signert før intervjuene ble gjennomført (Kvale og Brinkman, 2009).

### **3.8.2 Oppbevaring av data**

Samtlige sykepleiere som deltok ble sikret anonymitet ved at de transkriberte intervjuene ikke inneholdt sensitiv informasjon som personidentifiserende opplysninger og fullt navn. Ferdig signert informert samtykke har blitt oppbevart i låsbart skap som kun jeg har tilgang til.

Lydbåndene som intervjuene har blitt tatt opp på har også blitt oppbevart i låsbart skap, som også kun jeg har hatt tilgang til. De ferdig transkriberte intervjuene har vært oppbevart på pc med passord. Det er kun min veileder som har fått de ferdig transkriberte intervjuene. Dette er forklart muntlig og skriftlig til alle informantene som har deltatt.

## 4.0 RESULTAT

Resultatene er tatt ut ifra de svarene informantene hadde som var relevant i forhold til problemstillingen. Samtidig er resultatet tatt ut ifra de temaene som samtlige sykepleiere har besvart. Nedenfor i tabellen blir resultatene presentert. De blir presentert i 4 hovedkategorier med 3-4 underkategorier.

<b>Faktorer som har innvirkning på kommunikasjonen mellom sykepleier og tolk</b>	<b>Oppfatninger om kompetanse</b>	<b>Oppfatninger om forbedrings muligheter</b>	<b>Ulike metoder for å få frem budskapet</b>
Fremmøte eller telefontolk	Medisinsk fagterminologi og sykdomslære	Gi tilbakemelding til tolketjenesten	Sykepleier stille kontrollspørsmål
Tillit og trygghet	Empatisk medmenneske	Kjennskap til begge kulturer	Bruk av korte setninger
Språkferdigheter	Presisering av taushetsplikt	Få samme kjønn	Kroppsspråk og sensing
Erfaring hos begge parter	Snakke og ha direkte blikkontakt med pasienten		

Resultat oppgitt som hovedkategori og subkategori

### 4.1 Faktorer som har innvirkning på kommunikasjonen mellom sykepleier og tolk

I en god kommunikasjon mellom sykepleier og tolk er det mange faktorer som spiller inn. Sykepleier og tolken har kanskje ikke samme oppfatning av samarbeidet. Men begge deres felles mål er pasienten. Jeg ser det kun ifra sykepleieperspektivet i denne studien. Det går an å skrive om viktige faktorer under kommunikasjon mellom disse to partene. Men for å begrense studien har jeg nedenfor gått litt mer i dybden på begreper som ble gjentatt i de fleste intervjuene, begrepene går inn under hverandre. På noen punkt er det nevnt sitat og noen få eksempler.

#### 4.1.1 Fremmøte eller telefontolk

Tidligere er det nevnt at det finnes to måter å anvende tolk på, personlig fremmøte eller telefontolk. De fleste sykepleiere foretrakk personlig fremmøte fremfor telefontolk bortsett fra en. Hun ene som foretrakk telefontolk begrunnet det med at pasientene var mer åpne om sykdommen sin da de ikke trengte å møte tolken ansikt til ansikt. Sykepleierne sin oppfatning var at pasientene var mer åpne og stilte flere spørsmål om tabubelagte temaer som dem vanligvis ikke ville ha gjort hvis tolken hadde fysisk vært tilstede. En sykepleier beskriver:

Vi bruker en del telefontolk på grunn av at pasientene syns det er vanskelig å snakke med tolk tilstede.

En annen sykepleier beskriver det slik.

Jeg blir veldig glad når tolkesamtalene fungerer. Det hender jeg har telefonsamtaler med tolker som fungerer og det er bare helt fantastisk, for som regel så sitter jeg og river meg i håret, og ser det hele vanskelig. Det er ennå vanskeligere i telefon for da ser du ikke form for uttrykk.

De andre sykepleierne som foretrakk personlig fremmøte begrunnet det med at de kunne lese signalene til pasienten og tolken bedre. De kunne se kroppsspråket til pasienten og sykepleiere følte seg tryggere ved overleveringen av informasjon, når dette ble gjort når alle tre ”leddene” var fysisk tilstede. For å forklare mer detaljert og gjøre det mer forståelig for pasienten var det noen som tegnet enkelt og forklarte ut ifra tegningen. Dette er en mulighet sykepleiere ”mister” når det er telefontolking.

En av sykepleierne argumenterte med at hun hadde erfart noen ganger at tolker var mindre fokuserte og konsentrerte når tolkingen foregikk over telefon. Hun hadde blant annet hørt støy i bakgrunn som var forstyrrende og at tolken hadde flere ganger spurt sykepleieren om hun kunne gjenta det som hadde blitt sagt.

#### 4.1.2 Tillit og trygghet

Sykepleierne sin oppfatning var at det tok lang tid før pasientene hadde tillit til sykepleiere og tolken. Spesielt var dette en større utfordring blant pasientene på infeksjonsposten og tok lenger tid. For pasientene som jevnlig kom dit for oppfølging kunne det ta over et helt år før pasientene hadde sykepleiere og tolkere sin tillit. En av årsakene til at de var mindre tillitsfulle ovenfor tolkere var det at det var ofte en ny tolk til hver samtale. Det mente sykepleierne mente at det førte til at pasienten ikke ble godt kjent med tolkere. Det var også en av årsakene til at sykepleierne hadde ønske om at samme tolken kunne følge opp pasienten. En sykepleier forteller:

Syns pasientene har veldig liten tillit til tolkere. Men jeg ser at hvis vi greier å ha de samme tolkene så går det så mye lettere. Du skaper liksom tillitsforhold. Jeg tror at vi må være flinkere til å få samme tolkene om igjen.

Når tilliten var mangelfull fra pasientens side, gjorde dette sykepleierne og tolkere sin jobb vanskeligere. På den måten at pasientene ikke hadde noen spørsmål eller var åpne om sykdommen sin. Slik som flere sykepleiere beskrev ville pasientene bli raskest ferdig med samtalen. Noen av pasientene hadde såpass lite tillit at de valgte og ikke møte opp på oppfølgingssamtalene. Det var først når pasientene stilte spørsmål om sykdommen sin, sykepleiere følte at de begynte å skape et tillitsforhold. En sykepleier forteller:

Det er alltid en fordel når du blir kjent med pasienten, så går alt så mye bedre når du har greid å skape litt tillitt, det jobber vi mye med. At folk skal tørre å komme hit og oppleve det som greit, tar lang tid. Det er veldig utfordrende og veldig spennende med bruk av tolk syns jeg. Det er jo en ekstra dimensjon.

Alle sykepleiere bortsett fra en foretrakk personlig fremmøte tolk. Det de begrunnet det med var at sykepleierne hadde mer styring over samtalen. De kunne ha blikkontakt med pasienten under samtalen og mye av kroppsspråket som sykepleiere fanget opp gjorde det enklere å få løst opp i misforståelser. Sykepleierne mente at selv om de ikke forstår det andre språket hadde de mer mulighet til å se om informasjon ble oppfattet rett.

Gjennom alle intervjuene påpeker sykepleierne at det å skape trygge omgivelser for pasienten spiller en viktig rolle. Trygghet er på en måte den røde tråden under hele forløpet. Alle sykepleiere var inne på temaet trygghet ved flere anledninger under intervjuene. Viktigheten av å skape trygge omgivelser for pasienten ble nevnt av flere sykepleiere. Flere nevnte at det tar tid for pasientene å føle seg trygge. Det kan være at den ”nye diagnosen” gjør at pasientene blir utrygge som noen beskriver at det kan føre til at de ikke stiller spørsmål om sykdommen. Derfor blir det vanskelig for sykepleiere å hjelpe pasientene med akkurat det de trenger hjelp til. Noen pasienter blir så utrygge når tolken er til stede at de må gå over til telefontolk, slik at pasienten ikke møter tolken personlig. Noen ganger gjør det situasjonen tryggere for pasienten å gå over til telefontolking.

En sykepleier beskriver trygghet slik:

Utryggheten er årsaken til at en del ikke vil ha oppmøtetolk. Da er det fornuftig å bruke telefontolk.

Sykepleierne nevner at det er veldig individuelt og situasjonsavhengig.



### 4.1.3 Språkferdigheter

Samtlige sykepleiere påpekte at språkferdighetene i begge språkene er svært viktig og må være et minimumskrav. Det nytter ikke at tolken er kjempegod i et språk og veldig lite dyktig i det andre språket. Sykepleierne mente at i en tolkesituasjon er det viktig å være god i både norsk og det andre språket det skal tolkes på. Flere nevnte at kjennskap til de forskjellige dialektene er en fordel. Sitat fra en sykepleier:

I noen land er det store områder med forskjellige dialekter. Det er en stor fordel om tolken har kjennskap til de ulike dialektene i det landet, for å kunne tolke mest mulig riktig.

Når en tolk har gode språkferdigheter i begge språk, er det lettere for dem å finne riktige ord, slik at tolkingen blir mest mulig riktig ord for ord, en sykepleier forteller:

Vi har et språk som kanskje kan være vanskelig. Det er ikke alltid dem har ord, for det vi har ord for.

### 4.1.4 Erfaring hos begge parter

Sykepleiere sin erfaring er at det har en del å si om tolken har vært og tolket på sykehus før. Og at du som sykepleier har kommunisert med pasient ved bruk av tolk. En sykepleier forteller:

Det er veldig ”øvelse gjør mester”. Noen er det plankekjøring, det er så lett. Mens andre ganger er det mye mer krevende. Så jeg tar det litt underveis.

De nevnte at de merket stor forskjell på om tolken hadde tolket på dette sykehuset før eller ikke. Der det var mangel på erfaring hos tolkere, gjorde det mer krevende for sykepleiere mens hadde tolkere erfaring med dette ble det mye enklere og bedre resultat. Samtidig påpekte noen av sykepleierne at det er helt akseptabelt å være ny i dette yrket som er så krevende. De håpet på at det ble et veldig godt samarbeid mellom dem ettersom de fikk skaffet seg nok erfaring.

Når det var gode tolkere med erfaring var det ofte veldig gode tolkesituasjoner mente sykepleiere. Eksempel fra en sykepleier:

Det var en Somalisk dame som var her og hadde fremmøtetolk og vi kommuniserte veldig greit det var veldig sånn uformell og en god situasjon og masse humor også. Det var en kvinnelig pasient og en kvinnelig fremmøte tolk og en veldig god situasjon for alle, det sa også tolken etterpå.

I eksempelet er det en erfaren tolk og sykepleier.

## 4.2 Oppfatninger om kompetanse

Ideelt sett ønsket sykepleiere at de hadde egne sykehus tolkere i og med at det er et stort sykehus og stor etterspørsel og behov for tolkere. Sykepleiere oppfattet at kompetanse hos tolkere som skal tolke på sykehus er viktig. Her var det noen felles begrep som flere nevnte i intervjuene som jeg vil gå litt mer i dybden på nedenfor.

### 4.2.1 Medisinsk fagterminologi og sykdomslære

Alle sykepleiere nevnte at de savnet at tolkere hadde kjennskap til medisinsk fagterminologi. Det var også en grunn til at de ønsket egne sykehustolker. Når at tolkere ikke hadde kjennskap til basis medisinsk fagterminologi og sykdomslære vanskeliggjorde dette samarbeidet deres. En sykepleier forteller:

Et enkelt språk kan ofte komme til kort, når en skal forklare ting i detaljer. Nivået på tolkere må opp, det må bli bedre.

En sykepleier nevnte at hun godt kunne kurset tolkere i medisinsk fagterminologi og sykdomslære. Fordi det ofte var de samme ord og uttrykkene som ble brukt under samtalene. Dette mente hun hadde lettet hverdagen deres betraktelig. En sykepleier forteller:

Vi sykepleiere hadde vunnet på dette i det lange løp.

De påpekte at det hadde vært mer tidsbesparende. I stedet for å måtte bruke ekstra lang tid for å forklare alle ukjente medisinske ord og uttrykk. Og deretter skal tolken tolke det på det andre språket til pasienten. Sykepleiere påpekte at det hadde vært veldig tidsbesparende om de hadde hatt kjennskap til medisinsk fagterminologi og diagnoser. En sykepleier forteller:

Jeg merker de gangene med flinke tolker så går det så utrolig mye lettere. Når de forstår hva vi snakker om. Det betegner jeg som flinke tolker når de forstår hva jeg snakker om. Har hatt med ei som er ifra Eritrea og er sykepleier på noen tolkesamtaler som snakker bra tigrini og bra norsk og er sykepleier så det er en helt annen situasjon, det er veldig mye lettere. Jeg syns ikke nivået på tolkene alltid er så bra. Det merkes selv om jeg ikke forstår det språket.

En annen sykepleier beskriver mangelen på medisinske termer slik:

De som tolker på sykehus skulle ha hatt noe medisinsk tilleggs kurs (fagterminologi) eller et eller annet. Det er så spesialisert, det er ikke lenger hus, mat og hjem. Jeg tror det hadde vært bedre for tolkere selv også. Fordi dem opplever det sikkert vanskelig dem også.

Sykepleiere beskrev at hvis medisinsk basiskunnskap til tolkere kunne heves, hadde det gjort det enklere for tolkere å forstå pasientens situasjon og hva det innebærer å ha den sykdommen, eller hatt det inngrepet.

Medisinsk terminologi er ønskelig. Har opplevd at tolker har spurt etter informasjonsmateriell, og som jeg sa tidligere det at de skriver ned ting som blir sagt også spør senere rundt det.

#### 4.2.2 Empatisk medmenneske

Sykepleiere nevnte at selv om tolkere ikke er helsearbeidere er det viktig at dem er medmennesker og empatiske ovenfor pasientene. Fordi pasientene kan være svært sårbare når de er sykehusinnlagte. Og det kan være flere ting som vanskeliggjør situasjonen deres. Derfor er det viktig at tolken oppfører seg empatisk. En case nevnt fra en sykepleier:

På vei hit fikk jeg er telefon fra et legesenter om en av våre pasienter som er blitt gravid fra Etiopia og har fire barn fra før som bor i Etiopia hos noen slektninger og mannen er i Yemen. Hun greier ikke å ta vare på seg selv, følger ikke medisiner, er full av virus, veier 40 kg og er blodfattig. Da er det ikke selve sykdommen som er problemet men det er «hele pakken». Hun snakker veldig dårlig norsk og er veldig skeptisk til tolkere.

Sykepleiere opplevde nesten alle tolker var høflige og ydmyke når du kom til tolkeoppdrag og samarbeidet med sykepleiere. Men sykepleiere mente at det er svært viktig å møte pasientene med respekt uansett bakgrunn. En av sykepleiere nevnte at hun kunne oppleve at noen tolkere hadde smittefrykt. Dette var noe som var veldig tydelig at tolken hadde under møte.

Sykepleieren syns dette gjorde situasjonen vanskeligere for pasienten og sykepleieren. Noe som flere sykepleiere påpekte er tolker skal kunne se bort ifra sykdommer og diagnoser som pasientene har. Noen av dem kan være mer empatiske ovenfor pasientenes diagnoser og situasjon. Som nevnt i eksempelet er det pasienter som er i svært, svært vanskelige livssituasjoner og kriser. Derfor spiller tolken også en viktig rolle i pasientenes behandlingsforløp, mente sykepleiere.

Sykepleiere erfarte at det også var forskjell på tolkere. Noen av dem gjorde en fabelaktig jobb med å være empatisk og medmenneske. De viste stor forståelse ovenfor pasientene og utførte oppdraget svært profesjonelt. Etter et slikt møte opplevde sykepleiere at det ”gikk som en drøm” som de beskrev det, og følte at de jobbet med tolker som et godt team.

#### 4.2.3 Presisering av taushetsplikt

Pasientgruppene på infeksjonsposten og gynekologisk avdeling som er avhengig av tolk har vanligvis ikke bodd i Norge så lenge. Derfor syns sykepleiere at tolkere gjerne kunne presisere at både de og sykepleieren har taushetsplikt ovenfor pasienten. Sykepleiere erfarte at pasientene var redd for at tolkere ikke hadde eller ikke overholdt taushetsplikten. Sykepleiere nevnte at hvis alle pasientene var inneforstått med at tolkere har taushetsplikt hadde de klart å

være mye mer åpen om sykdommen sin og forhåpentligvis stilt spørsmål som de lurte på. En sykepleier forteller:

Mange er redde når det gjelder taushetsplikt. I byen her er miljøet lite, en vet av hverandre og en snakker om veldig følsomme tema. Det er klart hvis noen ufrivillig slipper ut nyheten om HIV så kanskje de mister alle vennene de har, alt av nettverk. Dem står helt aleine. Dem har ennå ikke oppholdstillatelse i Norge og det er en ekstremt dramatisk situasjon i komme i, hvis det kommer ut. Og i små miljøer vet vi at det er veldig lett å legge sammen to og to. Det er bare en liten glipp som skal til.

En sykepleier nevnte:

Når pasientene er åpne om sykdommen og stiller spørsmål, er det enklere for meg å gjøre jobben min.

Igjen er sykepleiere inne på hvor viktig det er med taushetsplikt og ikke minst hvor viktig det er å overholde den. En sykepleier beskriver det med taushetsplikten slik:

Jeg vet at tillitten er ikke helt der i forhold til taushetsplikten og tolketjenesten. Det har kommet ut. Det med taushetsplikt hos helsepersonell sitter kjempe dypt, det er bare en liten glipp så får jo jeg sparken. Selv om tolkere har taushetsplikt vet ikke jeg om det er like alvorlig som helsepersonell sin. Eller om det er like stort fokus på det som helsepersonell, det vet ikke jeg.

#### **4.2.4 Snakke og ha direkte blikkontakt med pasienten**

*Sensitiv kommunikasjon er preget av det vi kan kalle en ”følende fornuft”* Martinsen (2000).

Alle sykepleiere mente at de opplevde det forskjellig fra tolk til tolk. Noen kunne være profesjonelle mens andre var ikke det. Noen var bevisste på å ha fokus på pasienten hele veien, med for eksempel blikkontakt og forklaringer. Sykepleiere var ikke like trygge på alle tolkere, derfor kunne de si at det var ulikt fra tolk til tolk. En sykepleier beskriver en god tolkesamtale på den måten:

Det er veldig forskjellig. Når jeg kommer ut av en samtale av og til tenker jeg det var en proff tolk. Da er tolken som er der passet på meg også på en måte. Hvis vi går for fort fram, så stopper han og sier at jeg må først fortelle om taushetsplikten min, presentere meg. Det er noen jeg virkelig ser og hvis dem da i tillegg sitter og noterer underveis, så spør meg for å sikre at dem har forstått det riktig. Så føler jeg meg trygg på at det her blir sagt riktig.

Samtlige sykepleiere beskrev at det var flere faktorer hos tolken som gjorde at de følte seg trygge. I eksempelet er det beskrevet noen faktorer som flere nevnte som gjorde at sykepleiere ble mer betrygget.

Sykepleiere fortalte at det var like viktig at de også hadde fokus og blikkontakt med pasienten. Årsaken var at hvis det var noe som ikke stemte som tolken ikke fanget opp, var det mulig at sykepleiere fanget opp mens tolken og pasienten kommuniserte sammen. Eksempel på det kunne være hvordan pasienten reagerte på ny informasjon som ble gitt om sykdommen deres.

## 4.3 Oppfatninger om forbedringsmuligheter

Sykepleiere hadde egne oppfatninger på hva som kunne forbedres ved bruk av tolk. Og hvilke endringer som kunne gjøres for å heve nivået og bedre resultatet. Eller som de valgte å si ”lette vår hverdag”. Her var det også flere temaer og begreper som ble gjentatt i alle intervjuene. Har valgt ut de fire viktigste temaene som alle hadde nevnt og gått i dybden på dem nedenfor.

### 4.3.1 Gi tilbakemelding til tolketjenesten

Noen av sykepleierne nevnte at de selv følte de måtte bli flinkere til å gi tilbakemelding om hvilke tolker som fungerte bra og hvilke tolker som fungerte mindre bra. De mente at kanskje på den måten kan vi sammen med tolketjenesten filtrere ut de som er mindre gode tolkere. En sykepleier forteller:

Jeg tror at vi må være flinkere til å sørge for å få samme tolkene om igjen, med å gi tilbakemelding. At vi bruker dem som fungerer, og vi må være litt mer selektiv på en måte. At vi bestiller den og den personen og ikke bare tolk ifra Noricom og Semantix. At vi er flinkere til å fange opp hvem som er gode og hvem som ikke er gode. Selv om ikke det skal være vår (sykepleierens) jobb. Og vi gir tilbakemelding når tolkene ikke fungerer.

Ut ifra det sykepleiere beskrev hadde de et godt samarbeid med tolketjenesten og så langt det gikk følte de at tolketjenesten tok tilbakemeldingene til etterretning. Men sykepleiere hadde forståelse for at på noen språk hadde tolketjenesten færre å velge mellom enn andre språk. Derfor måtte de prøve å få til et best mulig samarbeid og resultat med de tolkere som kom. En sykepleier beskrev det slik:

Men jeg hadde kanskje forventet meg mer hvis jeg hadde bodd i Oslo der miljøet er større. Det er klart det er et begrenset miljø i denne byen. Noen språk har vi få tolker av å ta av. Og tolkere har kanskje et bredt område, ikke bare sykehus men andre ting også.

Noen av sykepleiere skulle prøve å gi oftere tilbakemeldinger til tolketjenesten etter at de ble intervjuet for å se om det kunne gjøre endringer. Sykepleiere foretrakk å ha samme tolken til samme pasienten. Noen nevnte at det hender det er tolkere som er profesjonelle som følger opp pasienten. Altså at det er samme tolken til samme pasienten, der blir resultatet best. Fordi da har tolken, sykepleieren og pasienten et tidligere kjennskap til hverandre og kanskje om sykdommen som dem sammen kan bygge videre på. Flere nevnte at det hadde blitt det idealet for alle tre parter. De gangene de klarer å få dette til som hender det lar seg gjøre, oppnår de best resultat.

Noen ganger kan det hende at pasientene ikke er fornøyd med tolken. Det er like viktig å gi tilbakemelding på det til tolketjenesten også. En sykepleier forteller:

Pasienter har sagt at den tolken kan jeg ikke ha, så gir vi tilbakemelding på det.

#### 4.3.2 Kjennskap til begge kulturer

Selv om språk og kultur er to adskilte tema, er de ganske knyttet opp mot hverandre mente sykepleiere. Det at en tolk og sykepleierne har kjennskap til både den norske kulturen og den fremmede kulturen har veldig mye å si. En sykepleier beskriver det slik:

Det er mange kulturer innad i samme land. Så hadde jeg hatt økt kunnskap her hadde det vært lettere for meg.

Det kan være veldig konfliktfylt mellom to kulturer. Det kan prege det hele, fordi om språket er likt.

En av sykepleierne var inne på det at de fleste av pasientene er ny tilkommende i landet. Derfor kjenner de ikke den ”nye” norske kulturen så godt. Men noen av pasientene er kronikere og må gå til behandling og oppfølging i flere år eller livet ut. Derfor er det en fordel for den som har kjennskap til begge kulturer om det er tolken, pasienten eller sykepleieren. Sykepleierne nevnte at noe kjennskap til ulike kulturer hadde de skaffet seg av erfaring gjennom å jobbe med pasienter med samme nasjonalitet, men dette var langt ifra tilstrekkelig mente de.

Selve oppholdet på sykehus kan også oppfattes forskjellig fra kultur til kultur, en sykepleier beskriver det slik:

Erfaringsmessig og det jeg har lest meg til viser det seg i forskjellige kulturer så er det veldig forskjellig hva dem forventer at vi skal gjøre. Så det er i hvert fall en bit som jeg for min del syns er veldig viktig å få vite hva dem kan forvente å få hjelp til. Jeg vet jo det at i noen kulturer så må familien være tilstede og gjøre alt, mens pasienten er på sykehuset. Mens i andre kulturer så er det helt omvendt at mens de er på sykehus for ikke familien å være tilstede i det hele tatt.

For om pasienten og tolken snakker samme språk, kan det der også være en kulturkrasj.

Mer kjennskap til kulturene fører til bedre resultat. Det kan være ting som forventningene pasientene har av sykepleiere eller av selve sykehusoppholdet. Når krav og forventninger fra både pasient og sykepleier blir avklart på første møte slik som det beskrives av sykepleieren i eksempelet er det kanskje enklere å møtes på halvveien. Fordi det ikke er tolk tilstede for

pasientene til alle døgnets tider, derfor må det benyttes og ting må avklares når tolken er til stede. En sykepleier nevner:

Så konkretisering og avklaring er viktig.

Konkretisering av forventningene og avklaring av ting er viktig å snakke om på det første møte. Slik at sykepleiere og pasienten skal kunne klare seg lengst mulig sammen uten tolk. En annen sykepleier nevner at den ulike kulturen spiller en viktig rolle ved utskrivelse av kronikere. Der har pasientene ulike krav om hva sykehuset klargjør for dem ved utreise ut ifra den kulturen de har. Her kan mangel på kjennskap til kulturene vanskeliggjøre situasjoner for både pasient og sykepleier. Men hvis tolken har god kjennskap kan tolken forklare det enkelt både for sykepleieren og pasienten. Noen sykepleiere nevner at nettopp derfor har tolkere en viktig rolle de kan avklare misforståelser på, hvis de selv har nok kjennskap til begge kulturer. En sykepleier forteller:

Det er jo mange kulturer innad i samme land. Så hadde jeg hatt økt kunnskap her hadde det vært lettere for meg.

Her nevner også sykepleieren at det hadde hjulpet med økt kunnskap om ulike kulturer.

#### **4.3.3 Få samme kjønn**

Alle sykepleierne nevner at kjønn på tolken kan være avgjørende for å få til et godt samarbeid. I og med at begge avdelingene har pasienter med tabubelagte sykdommer og seksualitet, spiller kanskje kjønn på tolken ekstra stor rolle på disse to avdelingene. Sykepleiere opplevde at kvinnelige pasienter synes det til tider kunne være ubehagelig med mannlig tolk. Da ville pasientene bli raskest ferdig med hele tolkesituasjonen å få tolken raskest mulig ut. En sykepleier forteller:

Jeg tror kjønn kan være vanskelig noen ganger. Da spesielt hvis det er snakk om seksualitet så klart. Kjønn kan spille en rolle.

Noen sykepleiere sier at når de føler det blir ubehagelig for pasienten på grunn av kjønn til tolken, velger sykepleierne å gå over til telefontolk. I slike tilfeller mente de det fungerer bedre. Pasienten synes det blir mindre ubehagelig og det virker som de klarte å ta imot mer informasjon når det foregår på telefon. Igjen nevner de at kulturen spiller inn her. I noen kulturer spiller kjønn større rolle enn andre kulturer. Noen ganger kan kjønn være veldig avgjørende. En sykepleier nevner et eksempel:

Det var en periode vi brukte en av renholdere som vasket her, ei thai dame som tolk. Som er veldig oppegående og har vært i Norge lenge. Det fungerte veldig bra.

Sykepleiere fant en egen løsning på den avdelingen som de syns fungerte både for dem og pasienten.

## 4.4 Ulike metoder for å få frem budskapet

Sykepleierne brukte ulike metoder for og frem budskapet sitt på. De beskrev det som de hadde funnet ut den løsningen de brukte på egenhånd, men som fungerte greit i en hektisk sykehushverdag. Sykepleiere brukte alt ifra renholder som kunne tolke på begge språk, til sending av sms slik at pasienten kunne spørre andre folk som kunne begge språk om betydningen av tekstmeldingen. Dette forklarte sykepleiere at de hadde funnet ut med erfaring og var en grei løsning for dem.

Alle sykepleierne hadde også egne løsninger for å gjøre samarbeidet med tolken så ”feilfri” som mulig som de beskrev det. Det var fire løsninger som alle sykepleierne brukte når de samarbeidet med tolkere. De fire er beskrevet nedenfor og gått litt i dybden på.

### 4.4.1 Sykepleier stiller kontrollspørsmål

For å være sikker på om pasienten hadde oppfattet informasjon riktig var det vanlig at sykepleiere stilte kontrollspørsmål til pasienten. Dette beskrev sykepleierne som en dobbelsjekking for å være sikker på om tolken også forstod det riktig første gangen det ble sagt. Denne prosessen fortalte sykepleierne var tidkrevende men de valgte å gjøre det for å være sikker. En sykepleier beskrev det slik:

Så det blir jo en del dobbel.... altså det blir i grunn mangedoblet har kontrollspørsmål som jeg stiller, og dem må fortelle meg hva de kan gjøre. Sånn at dem er helt sikker på det.

Det å stille kontrollspørsmål er en god sikkerhet for sykepleiere, som dem fortalte at de ofte bruker. Både som en kontroll om tolken har oppfattet informasjonen riktig og om pasienten har oppfattet riktig informasjon.



#### 4.4.2 Bruk av korte setninger

Sykepleiere fortalte at de velger å bruke korte setninger når de har en tolk tilstede. Det er fordi de følte det oppstod færre misforståelser når det ble tolken setning for setning. En sykepleier beskrev det slik:

Jeg bruker korte setninger, i stedet for å ha lange avhandlinger som skal tolkes.

De fortalte også at det er mer tidkrevende å bruke korte setninger, som skal tolkes for hver gang. Men på grunn av at det oppstår mindre ”feil” og misforståelser velger de å gjøre det på den måte. En annen grunn som de beskrev var fordi at sykepleiere hadde mer styring og kontroll over samtalen når de brukte korte setninger. Når det var lange avhandlinger kunne det bli lettere for at tolken overtok samtalen. Det hadde noen ganger resultert i at tolken kanskje utelot noe informasjon. En sykepleier beskriver dette slik:

Noen ganger føler jeg at når jeg har lange svar. Så forklarer tolken lenge med mange setninger, da kan jeg føle at tolken tar over samtalen. Tolker utvida forstand og tolker utover det jeg sier, og ikke oversetter ordrett.

Derfor har sykepleiere valgt å ikke bruke lange svar eller mye informasjon uten å stoppe opp og kontrollere om det er oppfattet riktig. En sykepleier forteller:

Det avhenger litt hvor flink tolken er, men jeg sier bare en og en setning av gangen.

Fleste sykepleiere brukte korte setninger for at tolker ikke skulle ha egne tolkninger om informasjonen som ble gitt. En sykepleier beskrev det slik:

Prøver å snakke med korte setninger. Da blir det lettere for tolken å gjengi og ikke gjøre egne tolkninger hvis det blir for lange avhandlinger, som man skal gjengi.

#### 4.4.3 Kroppsspråk og sensing

En årsak til at alle sykepleiere bortsett ifra en foretrakk personlig fremmøte tolk var for at de kunne lese kroppsspråket til pasienten og sense (føle seg frem) underveis i en samtale. Det gjelder å lese både tolken og pasienten sitt kroppsspråk. Grunnen til at sykepleiere leser kroppsspråket til tolken beskriver en av sykepleiere:

Jeg tror jeg senser at tolken ikke har godt nok språkkunnskaper. Som regel er det godt nok men ikke alltid. Spesielt når det er litt komplisert så krever det at språk nummer to er veldig godt. At det er flytende. Men jeg tror jeg senser det hvis det ikke er det.

Sykepleiere påpekte at det var viktig at tolken forstår informasjon riktig. Slik at de tolker riktig til pasienten. Når det er telefontolk er det å lese av kroppsspråket og sense både pasient

og tolk en mulighet sykepleiere mister, som de aller helst ikke vil. For å unngå misforståelser, selv om sykepleiere ikke forstår det andre språket sa de at det var mye de kunne sense og lese av kroppsspråk for det. En sykepleier beskriver det slik:

Når jeg ikke forstår språket så er jeg mer obs og prøver å lese av ansiktsuttrykk.

Sykepleiere sa også at hvis de opplevde at det var noe som ikke stemte, selv om de ikke kunne det andre språket sense de at det var noe som var misforstått og prøvde å løse det på best mulig måte. En sykepleier beskriver det slik:

Jeg synes at når jeg ikke forstår hva pasienten sier blir jeg automatisk mer obs på kroppsspråk og tolker det.

Samme sykepleier beskrev at når det foregikk kommunikasjon mellom tolk og pasient på det språket som sykepleieren ikke forstod, hadde sykepleieren mulighet til å lese kroppsspråket og sense om det er riktig reaksjon fra pasienten på informasjon som ble gitt.

## 5.0 DISKUSJON

Hovedhensikten med masteroppgaven var å få innsikt i erfaringer sykepleiere har samarbeidet med tolk, samt deres oppfatninger om det tolketilbudet som gis og deres ønsker i forhold til kvalitet på tolketjenesten.

Funnene i studien viser at sykepleiere har både positive og negative oppfatninger og erfaringer knyttet opp mot samarbeidet med tolkene. I studien kommer det frem at sykepleiere gjør sitt ytterste for at kommunikasjonen og resultatet skal bli så optimal som mulig. De beskriver at enhver tolkesituasjon oppleves ulik fra tolk til tolk og at noen tolker opptrer svært profesjonelt mens andre kan være mindre profesjonelle. Videre ble det avdekket manglende språkkunnskap rundt medisinske ord og uttrykk og lite kjennskap til ulike kulturer. Sykepleiere erfarte videre at noen tolker hadde manglende empatiske evner og at noen hadde smittefrykt. Det fremkommer også i studien at sykepleiere kunne være usikre på om riktig informasjon blir tolket til pasienten.

Disse tre sentrale temaene som er blitt slått sammen vil bli diskutert:

1. Faktorer som har innvirkning på kommunikasjon mellom sykepleier og tolk
2. Oppfatninger om kompetanse og forbedrings muligheter
3. Bruk av ulike metoder for å få frem budskapet

### 5.1 Faktorer som har innvirkning på kommunikasjon mellom sykepleier og tolk

Funnene viser at alle sykepleierne har nevnt flere ganger at resultatet på samarbeidet, er svært ulikt fra tolk til tolk. Noen tolkere opptrer profesjonelt som fører til et godt samarbeid. Mens andre kan være mindre profesjonelle og samarbeidet blir ikke godt nok. Kale og Syed (2010) har gjort studie på tverrkulturell kommunikasjon i helsevesenet, som har implikasjoner for lik tilgang til helsetjenester. De studerte hvor ofte helsepersonell opplever et behov for tolk og hva de gjør i slike situasjoner, hvilke forventninger de har til tolker og deres vurdering av kompetansebehov. Det er en kvantitativ undersøkelse helsepersonell i Oslo og undersøkelsen ble gjennomført 2004-2005. Svarprosenten var 35,1%. Den største kategorien av deltakerne (51,1%) besto av sykepleiere, etterfulgt av den nest største kategorien (26,6%) av leger. Deres resultater viste en for dårlig bruk av tolketjenester i det offentlige helsevesenet. Bruk av tolk

synes å være personavhengig i helsevesenet. Mange deltakerne i undersøkelsen uttrykte misnøye med både sine egne metoder for å arbeide med tolker og med tolke kvalifikasjoner. Område for ytterligere forbedring er, prosessen med å øke bevisstheten blant helsepersonell og institusjoner om det juridiske ansvaret de har for å sikre tilstrekkelig grad av kommunikasjon med sine pasienter (Kale og Syed 2010).

I min studie var samtlige sykepleiere svært opptatt av at de måtte skape en trygg ramme for pasienten. Slik at sykepleieren og pasienten kunne etter hvert utvikle et tillitsfullt forhold. De nevnte at dette var noe som ble skapt over lengre tid. En sykepleier forteller:

I mange tilfeller er det ikke bare språket men "hele pakken" som gjør det vanskelig.

Med "hele pakken" opplever sykepleieren at det er hele livssituasjonen til pasientene som noen ganger kan være tøff. Noen er nytilkommende i landet og har nylig fått diagnosen TUB, HIV eller hepatitt. Mye kan være kaotisk i hjemmesituasjonen og mange pasienter føler seg utrygge, fortalte sykepleieren. Derfor tar det naturligvis lenger tid for disse pasientene å føle seg trygge og være tillitsfulle ovenfor sykepleiere og tolker. I følge Eide (2004) er den første oppgaven å skape en trygg base for klienten, det vil si en god og tillitsfull relasjon som kan være utgangspunkt når klienten skal utforske det som føles smertefullt i nåtid og fortid. For mange klienter vil mye i livet være vondt å tenke på og nesten umulig å utforske. Når dette er tilfellet, trenger man en person man er trygg på, har tillit til og vet ikke vil forsvinne, en som vil forstå og gi støtte, oppmuntring og hjelp når det blir for vanskelig, eventuelt også veiledning når dette trengs. Hjelperen kan være en slik person (Eide 2004).

Tidligere har jeg nevnt at det ikke er mulighet for pasienten å få samme tolk kontinuerlig. Derfor er det sykepleierne som blir hjelperne og klienten blir pasienten. Det er de som må bygge et tillitsforhold. Tolker er mange, og hver og en har sine personlige egenskaper. Om tillitsforholdet hadde raskere blitt skapt med bruk av samme tolk hver gang er interessant, men som jeg på grunn av studiet sine begrensninger ikke skal gå inn på.

De fleste sykepleierne fortalte at de foretrakk fremmøte tolk. Dette på grunn av at de hadde mulighet til å observere den nonverbale kommunikasjonsdelen på både tolken og pasienten. Sykepleierne påpekte, når tolken og pasienten kommuniserte sammen og sykepleieren ikke snakket det språket, var sykepleieren mer observant på den nonverbale kommunikasjonen. Fordi mens de kommuniserte hadde sykepleieren mulighet til å konsentrere seg kun på den

nonverbale kommunikasjonen mellom dem. Sykepleiere påpekte at det var flere misforståelser de hadde klart å løse på den måten.

Burgoon og Bacue (2003) skriver, nonverbal kommunikasjon en grunnleggende profesjonell ferdighet som hjelperen anvender gjennom hele hjelpeprosessen. I følge Eide (2004) er den viktigste funksjonen å møte den andre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, og gjennom det skape den trygghet og tillit som den andre trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. Slik kan nonverbal kommunikasjon være et viktig hjelpemiddel til å bygge opp en relasjon, skape motivasjon og stimulere den andre til å bruke sine ressurser så godt som mulig. Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er viktig i arbeid med klienter som har redusert evne til å forstå. Da vil det nonverbale være særlig viktig fordi det vil kunne ha forholdsvis sterkere gjennomslag enn det verbale. Nonverbal kommunikasjon bidrar til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Det er derfor viktig å trene opp denne ferdigheten. Nonverbale tegn og signaler kan være forskjellig og formidles på ulike måter gjennom en rekke ulike kanaler.

Årsaken til at sykepleiere foretrakk fremmøtetolk var fordi de opplevde at pasientene var mer åpne og mottakelige for informasjon om sykdommen sin. Sykepleiere begrunnet dette med at da slapp pasientene å se tolken i øyne og føle skam og ubehag gjorde at de klarte å være mer åpne rundt den tabubelagte sykdommen. Sykepleiere oppfattet ikke at alle pasientene stolte helt på taushetsplikten til tolkere, det var også en årsak til at pasientene var mer åpne ved bruk av telefontolk. Pasientene har dårlig erfaring rundt overholdelse av taushetsbelagt informasjon som har tidligere lekket ut i pasientens sosiale krets og har og vil føre til misstillit til tolken og hemmer kommunikasjon rundt pasientens symptomer og sykdoms beskrivelse. Utdrag fra yrkesetiske regler for tolker i [www.tolke-tjenesten.no](http://www.tolke-tjenesten.no) (datert 17.05.16) §5 om tolkens taushetsplikt står det:

*Når tolken bistår helsepersonell, psykologer o l i deres kommunikasjon med fremmedspråklige klienter, er tolken dessuten i lovens forstand deres "medhjelper". Tolken er da undergitt den samme yrkesmessige taushetsplikt som gjelder for den enkelte yrkesgruppe som tolken bistår i deres profesjon.*

Sykepleiere fortalte at de oppfattet språkferdighetene til tolker var forskjellige. Det at tolker er gode i norsk og det språket de skal tolke i bør være en forutsetning for å være tolk mente de. De oppfattet at selv om noen pasienter kan klare seg med enkel norsk i hverdagen er de avhengig av tolk under sykehusopphold fordi språket blir mer avansert.

Alle sykepleierne som deltok i min studie hadde samarbeidet med tolk i flere år. Sykepleiere nevnte at erfaring hos begge parter, tolken og sykepleiere var en fordel. Noe som sykepleierne hadde sett gjentatte ganger spesielt ved sykdommer som er tabubelagte, var at pasientene ikke ønsket tolk. Noen pasienter mente at språket deres var tilstrekkelig. Disse pasientene ville klare seg selv og til nød kunne de bruke et familiemedlem, altså en familietolk. En sykepleier forteller:

Når det kommer til stykke ser vi at det enkle språket kommer til kort.

I følge Hanssen (2005) blir noen pasienter og deres familie fornærmet når de blir tilbudt profesjonell tolk. De vil håndtere situasjonen selv og ikke involvere noen utenifra. Pasienten og familien kan se det som på at deres beherskelse av det norske språket ikke anses som god nok. Det er mange tilfeller der familietolkens språkferdigheter er utilstrekkelig. Den viktigste grunnen til at familiemedlemmer benyttes som tolk oppfattes fra sykepleiere som den enkleste og mest lettvinne løsningen. Kvaliteten på familietolker varierer sterkt. Enkelte er tydelig ikke kompetente til å ta på seg en slik oppgave fordi de mangler de nødvendige vokabular eller samfunnsmessige forståelse (Hanssen 2005).

I følge Andenæs m.fl. (2000) er det viktig å være klar over at tolkning ikke bare handler om å overføre et sett av ord fra ett språk til et annet. Det handler like mye om å fortolke et budskap i en gitt kontekst og å overføre dette til et annet språk på en slik måte at budskapet får samme meningsinnhold for budskapets mottaker som for dets avsender (Andenæs m.fl. 2000).

Tolking er ingen enkel oppgave. En studie av minoritetsspråklige tolker i det norske rettsvesen viser at til og med enkelte av de profesjonelle tolkene ikke har tilstrekkelige språklige ferdigheter og sosial kunnskap til å utføre arbeidet sitt på en god måte (Andenæs m.fl. 2000). Flere av tolkene som var med i studien, kunne ”bedre karakteriseres som tospråklige hjelpere med varierende språklige ferdigheter og ikke som profesjonelle tolker” (Andenæs m.fl. 2000 s. 13).

På det universitetssykehuset jeg gjennomførte min studie, var det ikke egne sykehustolker. Det blir tilkalt vanlig profesjonelle tolker fra tolketjenesten som har omfattende ansvarsområde. Selv om den nevnte undersøkelsen er gjort blant tolker i rettsvesenet er det på dette sykehuset samme tolker som blir brukt på sengeposten. Ut ifra det Andenæs m.fl. (2000) beskriver og samtlige sykepleiere jeg intervjuet opplever, er det noen av tolkerne som kan gå under det å være ”tospråklige hjelpere”.

I følge Hanssen (2005) lærer profesjonelle tolker å oversette det angjeldende budskap ord for ord. Dette kan i mange sykehussituasjoner ikke være tilstrekkelig. Ofte blir budskap misforstått på grunn av de to partenes gjensidig manglende forståelse. Partenes ulike kulturbakgrunn gjør at norske sykepleiere ikke forstår det pasient eller pårørende har på hjertet, selv om de tilsynelatende forstår de ytringene til snever forstand. Pasienten forstår ikke hva de norske sykepleiere mener på grunn av manglende forståelse av det norske samfunnet Hanssen (2005). Samtlige sykepleiere i studien nevnte viktigheten av at tolker har kjennskap til begge kulturer. Altså både den norske kulturen og den kulturen som tilhører pasienten. En av sykepleierne forteller:

Noen ganger er det forskjellig kultur innad i samme land.

Det vil si at tolken bør også ha kjennskap til de ulike kulturene innad i landet i det språket som tolkes. Dahl (2001) påpeker at tolken ikke bare må ha kjennskap til begge de aktuelle språkene, men bør også

...ha oppholdt seg i vedkommendes kulturelle sammenhenger slik at han eller hun også kjenner nonverbale kommunikasjonsmåter, kommunikativ stil, pragmatikk og kulturell kontekst. En god tolk er ikke bare tospråklig, men tokulturell (2001, s. 183).

I følge Dahl (2001) stammer kommunikasjonsproblemer ofte fra manglende felles sosial forståelse og ulik bruk av verbal symbolikk. Selv om tolken kan norsk, kan disse to faktorene føre til feiltolkninger. Det er en av flere grunner til at størst mulig grad skal benytte seg av *profesjonelle tolker*. Om det er mulig å få tak i slik tolk i den aktuelle situasjonen er et problem. En sykepleier forteller:

Hadde jeg vært i Oslo hadde jeg stilt tøffere krav til tolkere.

Sykepleiere opplevde at de måtte stille realistiske krav til tolketjenesten. Fordi at noen språk var det flere tolkere å velge mellom enn andre språk. Sykepleiere nevnte i noen få språk hadde tolketjenesten vanskeligheter med å anskaffe tolk. Derfor opplevde sykepleiere at de måtte klare seg med den tolken de fikk fordi det ikke var noen andre tolkere på det språket. Både Dahl (2001) og sykepleiere i min studie påpekte at det kan oppstå misforståelser under kommunikasjonen. En av årsakene til at de fleste sykepleiere foretrakk fremmøtetolk var at de hadde mulighet til å observere både pasienten og tolken sitt kroppsspråk. De opplevde at de kunne "fange opp mer" slik at det oppstod færre misforståelser.

Sykepleiere fortalte når de erfarte tolkesituasjoner der de var usikre om resultatet ble godt nok, kunne oppfattes som et vanskelig dilemma for dem. De hadde begrensede muligheter til kvalitetssikring.

I følge Hanssen (2005) kjenner sykepleiere verken tolkens språklige kvalifikasjoner eller tolkens forståelse av vestlig medisinsk tenkning. Når man verken kan kontrollere tolkens eller pasientens språklige forståelse, eller om ordene i og for seg er forstått, vet man ikke om innholdet i informasjonen gir mening verken for tolken eller pasienten. Sykepleiere som ble intervjuet beskrev slike situasjoner som om de "suset" at noe var galt. De beskrev det som de merket at for eksempel denne tolkesituasjonen ble ikke helt som sykepleieren ønsket. Men de hadde ikke flere muligheter til å kvalitetssikre det bedre. Løsningen de brukte var å gi tilbakemelding til tolketjenesten om den tolken.

Hanssen (2005) påpeker i den norske pasientrettighetsloven § 3-5 er det helsearbeidernes ansvar så langt som mulig å sikre at den informasjonen som mottas av pasienten, stemmer overens med informasjonen som blir gitt. Denne informasjonen skal dessuten være "tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, erfaringer og kultur og språkbakgrunn" samtidig som helsearbeiderne "så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av den informasjonen som gis" (§ 3-5). Når ingenting blir gjort for å sikre en tilstrekkelig og god nok oversettelse, blir ikke denne plikten overholdt (Hanssen 2005).

## 5.2 Oppfatninger om kompetanse og forbedringsmuligheter

Samtlige sykepleiere nevnte at kjennskap til medisinsk fagterminologi og sykdomslære hos tolkere var mangelfullt. En sykepleier forteller:

På et så stort sykehus som dette bør det være egne sykehustolker.

Dette begrunnet sykepleiere med at når kjennskap til medisinske termer og sykdomslære mangler, må språket forenkles. Noen ganger må medisinske ord og uttrykk erstattes med forenklete ord som muligens ikke har presis samme betydning, som det opprinnelige ordet. Men må gjøres fordi det blir forståelig for tolken. I kompliserte situasjoner opplevde sykepleiere at det noen ganger ikke ble forklarende nok. Sykepleiere opplevde at mangelfull kjennskap til sykdomslære hos tolkere vanskeliggjorde forståelse for pasientens situasjon.



Mange av pasientene er unge kronikere som må klare seg i hverdagen med den sykdommen de har fått. Sykepleiere opplevde at hvis tolken hadde hatt kjennskap til sykdommene, hadde de muligens hatt mer forståelse for pasienten. En sykepleier forteller:

Det hender jeg møter tolkere som har smittefrykt

I noen tilfeller kan det være mangel på sykdomslære som gjør at tolkere har smittefrykt. Muligens hadde tolkere også følt seg tryggere hvis de hadde kjennskap til sykdomslære. I følge Eide (2004) kan fagkunnskap være viktig for ens evne til å leve seg inn i den andre. Man har lettere for å oppfatte hva den andre føler og tenker når man har presis kunnskap om den andres tilstand og situasjon og er faglig skolert på området. Hvis man har med en klient i krise å gjøre, vil kunnskap om krisereaksjoner være avgjørende for ens evne til å leve seg inn i den andre. Med slik kunnskap vil også ens evne til innlevelse normalt øke betydelig Eide (2004). Her nevnes viktighet av fagkunnskap for å oppnå et godt resultat.

Samtlige sykepleiere nevnte at hver av tolkerne hadde sine personlige egenskaper. Men de erfarte at for å tolke på et sykehus burde tolkere være empatiske og medmenneskelige. De nevnte at noen var det i stor grad og andre mindre, her var det ulikt fra tolk til tolk. I følge Nerdrum (2002) innebærer profesjonell empati at man både innstiller seg på den andre med sin faglige kunnskap i bakhodet, og at man lytter aktivt og henvendt til den andre. Samtidig vil profesjonell empati innebære at man bearbeider den andres følelser og tanker ut fra sin faglige kompetanse, at man som hjelper konsekvent opprettholder sin innlevende holdning til den, og at man underveis også er seg bevisst hvordan den empatiske prosessen foregår og fungerer (Nerdrum 2002).

I følge Eide (2004) er profesjonell empati en faglig ferdighet som krever både fagkunnskap, vilje til å være rettet mot den andre og evne til selvrefleksjon. Hvis klienten for eksempel er i krise uten å si noe om det som er vanskelig, kan det være viktig å lytte "bak" det den andre sier, opprettholde sin empati, og kjenne etter hvordan ens forsøk på å leve seg inn i den andre fungerer og eventuelt justere sin måte å forholde seg på (Eide 2004).

I funnene viser jeg at sykepleierne ikke kan få presisert godt nok at både tolken og sykepleiere har taushetsplikt. Jeg viser også at det er svært avgjørende for pasienten å være trygg på at tolken har i like stor grad taushetsplikt som sykepleiere. Årsaken til at presisering av taushetsplikten er viktig er for å skape tillit og trygghet for pasientene. Ayonrinde (2003) skriver i sin artikkel at selv om jeg har sett på og nevnt at tolkene har taushetsplikt, oppleves

det fremdeles forskjellig for pasientene. På den måten at når vi sykepleiere utgir sensitiv informasjon er det kun den personen som er oppgitt som pårørende som får den informasjonen. Mens for fremmedspråklige pasienter kan taushetsplikt oppleves forskjellig. Et eksempel som kanskje flere sykepleiere gjenkjenner er at for noen fremmedspråklige pasienter har det ikke noe å si om vi utgir sensitiv informasjon ut til hele pasientrommet som er full av familie og bekjente. Fordi pasienten selv vil fortelle dem hva den sensitive informasjonen går ut på. Ayonrinde (2003) nevner også at fremmedspråklige pasienter velger ofte en "talsperson" som kan det ukjente språket best. Da er det den utvalgte personen som veksler sensitiv informasjon med helsepersonell, og dette opplever pasienten som en grei løsning. En etnisk norsk pasient opplever taushetsplikt annerledes og ville kanskje ikke sett på utlevering av sensitiv informasjon på den måten som en god løsning (Ayonrinde 2003).

Ikke bare i min studie men i flere forskningsartikler gjort av NAKMI (nasjonal kompetanseenhet for migrasjon og minoritetshelse) er det stilt spørsmål om hvor streng taushetsplikten til tolker er. Selv sykepleierne som var med i min studie var usikker på dette. Under kapittel 2.6.3 *ulike former for tolking* og 4.1.4 *erfaring hos begge parter* har jeg nevnt ut ifra tolkers yrkesetiske retningslinjer § 5 at tolken har taushetsplikt og det presiseres i retningslinjene at *Tolken er undergitt den samme yrkesmessige taushetsplikt som gjelder for den enkelte yrkesgruppe som tolken bistår i deres profesjon*. Altså tolkers taushetsplikt er på lik linje med sykepleieres eller andre yrkesgrupper sin taushetsplikt som tolker bistår i. I *kapittel 2.4 taushetsplikt i helsevesenet*, understreker Ohnstad (2003) hvordan andre faggrupper skal forholde seg til konfidensiell informasjon på sykehus.

Noen sykepleiere erfarte at enkelte pasienter valgte å ikke bruke tolk, fordi dem var skeptiske til tolkens taushetsplikt. Dette kunne forekomme med pasienter som hadde tabulagte diagnoser som HIV, TUB og hepatitt. Det har skjedd at pasientens diagnose har lekket ut til det miljøet dem tilhører. Noen pasienter har blitt helt utfrysnet fra det miljøet på grunn av sykdommen sin. Det har ført til at noen pasienter ikke har tillit til sykepleiere og tolker, og velger å ikke møte opp til oppfølging på sykehuset. Eller at de møter opp men ikke vil ha tolk tilstede. I slike tilfeller valgte sykepleiere å bruke telefontolk, fordi det fungerte bedre. En sykepleier nevnte at, mange av pasientene er nytilkommende til landet og ikke kjenner til tolker og helsepersonell sin taushetsplikt. Noen tilfeller kan det være ren uvitenhet og mangel på kjennskap til taushetsplikt hos pasientene som gjør at de takker nei til behandling. Sykepleiere påpekte at det var svært viktig å presisere og forklare taushetsplikten til pasientene.

I følge Alpers og Hanssen (2008) prøver sykepleiere å skrive i bestillingen hva det skal snakkes om, men noe kan ikke nevnes pga taushetsplikten, og andre ganger kan man ikke forutsi hvordan samtalen vil utvikle seg og hva som blir tatt opp.

### 5.3 Bruk av ulike metoder for å få frem budskapet

Sykepleiere fortalte, i og med at de ikke forstår språket pasienten og tolken snakker sammen, var den eneste måten å kunne kommunisere med pasienten på, blikkontakt. Det kan jo kanskje tenkes at siden fremmedspråklige pasienter er sårbare når de er sykehusinnlagt og i tillegg ikke kan snakke språket, øker viktigheten av blikkontakt. I følge Eide (2004) er det å bli sett og speilet, både i bokstavelig og overført betydning et grunnleggende og allmenneskelig behov. Uttrykk som ”å bli oversett” og ”å se bort fra” dekker lite hyggelige erfaringer. Kanskje er det å bli oversett noe av det mest sårende man kan bli utsatt for i samvær med andre. Og om man blir sett, er måten man blir sett på avgjørende for hvordan man føler seg. Hvis ikke øynene er henvendt mot den man snakker med eller kommuniserer med på andre måter, vil den andre lett kunne føle seg oversett (Eide 2004). En sykepleier forteller:

Når det er profesjonell tolk er det tolken som foreslår hvor jeg som sykepleier skal sitte i forhold til å kunne holde blikkontakt med pasienten under hele samtalen.

Blikkontakt kan oppfattes forskjellig fra kultur til kultur. I følge Ivey og Ivey (1999) er det i USAs middelklasse direkte blikkontakt mer vanlig enn i Europa, hvor tilsvarende blikkontakt kan føles noe intenst, kanskje litt påtrengende. I enkelte asiatiske kulturer vil direkte og vedvarende blikkontakt bli oppfattet som direkte uhøflig og frekt. Dette er et moment å ha med seg når man møter klienter fra andre kulturer (Ivey og Ivey 1999). Mye kommer til uttrykk gjennom blikk, Argyle og Cook (1976) skriver at gjennom blikket uttrykker man holdninger, følelser og oppmerksomhet for den andre. Og blikket kan vekke følelser og reaksjoner, berolige den andre eller vekke engstelse (Argyle og Cook 1976).

I følge Burgoon mfl. (1996) kan det å bli bevisst på sitt eget blikk bidra til at man kommuniserer nonverbalt mer i overensstemmelse med det man ønsker. Blikkontakt kan bidra til å fremme relasjonen, mens det å overdrive slik at det nærmer seg stirring, kan gi den andre en følelse av å bli overvåket, gransket og vurdert (Burgoon mfl. 1996). Holte (2000) påpeker at klienter og brukere er ofte i en usikker situasjon, føler seg sårbare og har behov for å beskytte seg. For intens øyekontakt kan forsterke slike følelser. En studie av leger og

pasienter viser at direkte øyekontakt kan føles utrygt for pasienten, og at det kan føles bedre om legen ser litt til siden. Har man et ”skarpt” blikk, bør man være litt varsom med å bore det inn i pasienten, og heller fokusere litt mildt og vennlig når man har øyekontakt (Holte 2000).

Sykepleierne fortalte at så langt det lar seg gjøre tar tolketjenesten tilbakemeldingene på alvor. Det vil si at hvis sykepleieren gir tilbakemelding på at de ønsker samme tolken igjen prøver tolketjenesten å sende den samme tolken, så langt det lar seg gjøre og at de ikke er opptatt med andre oppdrag. Samme er det motsatt hvis sykepleiere gir tilbakemelding på at de ikke ønsker denne tolken tilbake igjen, prøver tolketjenesten å sende en annen tolk tilbake på oppdrag. Men det er hvis de har såpass mange tolker i det språket, der det lar seg gjøre. En av sykepleiere nevnte at her i byen er det to språk der tolketjenesten sliter med å finne tolk til, derfor må vi ta til takke med de få tolkene vi kan få på de to språkene. En sykepleier forteller:

Jeg skal bli bedre i å gi tilbakemelding, det vil tolketjenesten gjerne ha. Jeg bruker å skrive tilbake til de når jeg vil ha samme tolk neste gang også jeg, når det fungerer. Du har noen som ikke fungerer, skal du si ifra om det med en gang? Dem blir bedre når de har fått prøvd seg litt. Men de må jo feile. Helst en annen plass før de kommer hit på sykehus.

Sykepleiere viste forståelse for at mange tolker kunne bli flinke med tid og erfaring, men de foretrakk tolkere med erfaring på sykehusoppdrag. De hadde også forståelse for at i enkelte språk var det færre tolker å velge mellom enn andre språk. Men sykepleiere opplevde at så langt det var gjennomførbart hadde de godt samarbeid med tolketjenesten.

Sykepleiere påpekte at de var viktig at tolken har kjennskap til begge kulturer i tillegg til at de snakker begge språkene. Av og til kan det være ulik kultur innad i samme land og det er fordel at tolken har kjennskap til den kulturen. I sykehussammenheng opplevde sykepleiere at det er såpass avanserte og spesifikke temaer som tas opp og som må tolkes på begge språkene, at det ikke lenger er nok med å kunne språkene men må ha kjennskap til kulturene for å være en profesjonell tolk.

I følge Hanssen (2004) er det kommunikasjonsferdigheter som kan generaliseres uavhengig av hvilke spesifikke kulturer som er involvert. Det kan for eksempel dreie seg om faktorer som empati, respekt, fordomsfrihet også videre, faktorer som er viktige i alle former for samhandling. Alle mennesker har dessuten et forhold til plikt, rettferdighet, takknemlighet, hevn, hat og kjærlighet. De har imidlertid sin unike forståelse av disse begrepene. Japansk plikt er ikke identisk med norsk plikt, romantisk kjærlighet er forskjellig i Kenya og Finland, og en skandinav forståelse av hevn kan ha lite til felles med en korsikaners. Hvordan

situasjoner oppleves og følelser kommer til uttrykt, varierer altså fra en kultur til en annen (Hanssen 2004).

Sykepleiere erfarte at det var stor forskjell på hvor åpne pasientene var om sykdommen eller inngrepet etter kjønnet på tolken. Ofte hvis det var mannlig tolk ville de kvinnelige pasientene bli fortest ferdig med tolkemøtet. Men hvis de hadde en kvinnelig tolk var de mer åpne og stilte flere spørsmål. Når det var slike tilfeller og pasientene stilte spørsmål opplevde sykepleiere at det var enklere for dem å gjøre ”jobben sin” som de beskrev. Det gjaldt motsatt også når det var mannlige pasienter som hadde tabubelagte sykdommer som HIV for eksempel var de mer åpne om sykdommen hos en mannlig tolk. Viser til kapittel 2.2 *kultur og kultursensivitet* der jeg viser til Ayonrinde (2003) som skriver i sin artikkel om kjønnsroller og at det spiller en viktig rolle i ulike kulturer. I noen kulturer som fremdeles er tradisjonelle, kan terapeuten sitt kjønn være avgjørende ved behandlingen (ibid).

Samtlige sykepleiere hadde egne kvalitetssikringsmetoder som de selv hadde kommet frem til fungerte som de brukte under tolkesamtaler. Dette hadde de funnet ut med erfaring som de hadde opparbeidet seg gjennom tolkesamtalene med forskjellige tolkere. Tre av metodene ble brukt av flere sykepleiere. De stilte kontrollspørsmål for å sikre at tolken hadde forstått informasjonen riktig. De stilte også pasienten kontrollspørsmål for å kontrollere om pasienten har forstått riktig. Det var en metode som ble brukt veldig ofte, der mange misforståelser har blitt oppklart. I følge Magelssen (2002) skal tolken være med på å kvalitetssikre den verbale delen av kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient.

Sykepleiere valgte å bruke korte setninger under tolkesamtaler. Slik at tolken tolket en og en setning av gangen. Noen sykepleiere opplevde at når de hadde lange avhandlinger ble det bare tolket en setning til pasienten. Eller så overtok tolken styringen over møtet og sykepleiere mistet kontroll over samtalen, når mye informasjon skulle tolkes av gangen.

Som nevnt tidligere foretrakk sykepleiere fremmøtetolk. Årsaken til det er fordi dem får sett kroppsspråket til både pasienten og tolken. Det er rom for å tydeliggjøre budskapet med kroppsspråk hvis det blir aktuelt. Dette er en mulighet sykepleiere nevnte en ikke har når pasienten og tolk ikke fysisk er tilstede. Da ”mister” de mulighetene til å observere den nonverbale kommunikasjonen som pågår. Har nevnt en del om nonverbal kommunikasjon i *kapittel 2.4 tverrkulturell og sensitiv kommunikasjon*, der Eide (2004) understreker viktigheten av nonverbal kommunikasjon der det kan bidra til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon.

## 6.0 KONKLUSJON

Min studie avdekker at det er mange faktorer som spiller inn for god kommunikasjon mellom sykepleier og tolk. Selv om mye er tilrettelagt tar det ofte lang tid før sykepleiere mener de klarer å oppnå et godt resultat. Årsaken til at det kan ta tid er fordi tilliten ikke er skapt ennå. Sykepleiere fortalte at ofte hos kronikere kunne det ta opp til nesten to år før pasientene hadde tillit til sykepleiere og tolken. Det at pasientene ikke fikk samme tolken var også en innvirkende faktor som gjorde at det tok så lang tid å skape tillit opplevde sykepleierne. Samtidig var det en faktor sykepleiere ikke kunne gjøre noe med, fordi dem ikke hadde mulighet til å styre hvem av tolkene som kom på oppdraget. Sykepleiere kunne ofte være bekymret og usikker på om pasienten hadde klart å motta all viktig informasjon. Dette kunne være tilfelle selv om de brukte profesjonelle tolker. Fordi hos mange av pasientene som er ny tilkommet til Norge, er det ikke bare sykdommen som er problemet, det er hele den vanskelige livssituasjonen. Dette uttrykte sykepleiere mye bekymring for. Trygghetsfølelsen og tilliten var noe som ble skapt ved samarbeid over lengre tid.

På dette sykehuset var mangelen på egne sykehustolker et stort savn. Samtlige sykepleiere mente at egne sykehustolker hadde vært til stor nytte for og nå et optimalt samarbeid med tolkerne. Alle sykepleierne understreket at tolkens kjennskap til medisinsk fagterminologi er nødvendig for å kunne tolke på et sykehus. Ønsket og behovet er om tolketjenesten kan legge til rette for at tolkerne for kjennskap til medisinsk fagterminologi og ord og uttrykk i sykdomslære.

### 6.1 Oppsummering

I masteroppgaven har jeg med kvalitativt design undersøkt erfaringer og oppfatninger sykepleiere har med bruk av tolk til fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus. Jeg har gjennomført seks semistrukturerte intervjuer, på to forskjellige sykehusavdelinger. Tre sykepleiere fra gynekologisk sengepost og tre sykepleiere fra infeksjonsposten. De to avdelingene har flest fremmedspråklige pasienter og samarbeider tett med tolk.

Sykepleiere erfarer det svært ulikt fra tolk til tolk. En tolk kan være profesjonell, der alt blir riktig gjennomført, mens en annen kan være mindre profesjonell og samarbeidet blir ikke profesjonelt utført. Intervjuene er transkribert og analysert med systematisk

tekstkondensering. Funnene presenteres i 4 hovedkategorier med 3-4 subkategorier. Funnene i studien viser at sykepleierne har ulike oppfatninger og erfaringer avhengig av tolken. Sykepleiere oppfatter ulike erfaringer rundt tolker sin profesjonelle utførelse.

I studien ser jeg ulike erfaringer og følelser knyttet til samarbeidet mellom sykepleiere og tolk. Sykepleieres erfaringer og oppfatninger kan ikke sees på som adskilte temaer, selv om det i studien blir presentert hovedkategorier og underkategorier eller subkategorier. På bakgrunn av hovedkategoriene har jeg diskutert de viktigste funnene for sykepleiere, og hvordan det er for sykepleiere å samarbeide med ulike tolker. Funnene diskuteres i lys av tidligere forskning, aktuelle lovverk og yrkesetiske retningslinjer for tolkere. Studien viser et innblikk i erfaringer sykepleiere har med tolker i en travel sykehushverdag.

# LITTERATUR

Apeland, A. E. (2002). *Noen betraktninger om etikk i sin alminnelighet – og tolkens etikk i særdeleshet*. Oslo: Institutt for lingvistiske fag ved Universitet i Oslo.

Alpers, Lise Merete og Hanssen, Ingrid (2008). *Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*. Rapport for Lovisenberg Diakonale Sykehus. Oslo

Argyle, M. og M. Cook (1976). *Gaze and Mutual Gaze*. Cambridge: Cambridge University Press.

Andenæs, Kristian, Gotaas, Nora, Nilsen, Anne Birgitta; Papendorf, Knut (2000): *Kommunikasjon og rettsikkerhet*. Oslo: Institutt for lingvistiske fag, UiO: Institutt for rettsosiologi, UiO og Norsk institutt for by og regionsforskning.

Ayonrinde, Oyedeji (2003). *Importance of Cultural Sensitivity in Therapeutic Transactions. Considerations for Healthcare Providers*: Dis Manage Health Outcomes 2003: 11 (4): 233-248

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). *Talking i offentlig sektor- et spørsmål om rettsikkerhet og likeverd* (NOU 2014: 8). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning.

Brinchmann, B. S.(2012) *Etikk i sykepleien*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Burgoon, Judee K., David B. Buller og W. Gill Woodall (1996). *Nonverbal Communication. The Unspoken Dialogue*. New York: McGraw-Hill.

Burgoon, Judee K. og Aaron E. Bacue (2003). *Nonverbal Communication Skills*. I: Greene og Burleson (red. 2003): 179-219



Dahl, Øyvind (2001): *Møter mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. og Eide, T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Elo S. og Kyngäs H. (2008) *The qualitative content analysis process*. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.

Eriksen, T.H. (1993) *Små steder - store spørsmål: innføring i sosialantropologi*, Oslo: Universitetsforlaget.

Flores, Glenn (2005). *The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review*. *Med Care Res Rev* June 2005 Vol: 62, no: 3, 255-299.

Gjermundsen Sidsel H. (2014) *Sykepleiers erfaring med bruk av tolk i kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter*. Masteroppgave, høyskolen i Gjøvik.

Hanssen, Ingrid. (2005) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Holte, Arne (2000). *Basal kommunikasjonsteori: Har psykoterapeuter noe å lære?* I: Arne Holte, Michael Helge Rønnestad og Geir Høstmark Nielsen (red.): *Psykoterapi og Psykoterapiveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 224-253.

Hylland, Eriksen og Sajjad, Arntsen (2006) *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Høye & Severinsson (2010) *Professional and cultural conflicts for intensive care nurses*. *Journal of Advanced Nursing* Volume 66 Issue 4, Pages 858-867 Hentet 15. August 2015

Ivey, Allen E. og Mary Bradford Ivey (1999). *International Interviewing and Counselling. Facilitating Client Development in a Multicultural Society*. 4. utgave. Pacific Grove: Brooks/Cole.

Jareg, K. og Pettersen, Z. (2006) *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*. Bokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Kale, Emine og Syed, Hammad Raza (2010). *Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire based survey*. Patient Education and Counseling Vol: 81, Issue 2, 187-191

Kvale, S. Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg) Oslo: Gyldendal akademisk

Lassen, Kjersti (2014). *Gir dårligere behandling til minoriteter. Sykepleiere mangler kunnskap om andre kulturer enn den norske. Og arbeidserfaring bidrar ikke nødvendigvis til å øke kompetansen*. Hentet 15. august 2015 fra: <http://forskning.no/helsepolitikk-etnisitet/2014/03/gir-darligere-behandling-til-minoriteter>

Lewis, Richard D. (2000) *When Cultures Collide. Managing Successfully Across Cultures*. London: Nicholas Brealey Publishing

Lov av 1999-07-02 nr 63. *Lov om pasient og brukerrettigheter*. (pasient og brukerrettighetsloven). Helse- og omsorgsdepartementet.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

Martinssen, Kari (2000) *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Magelssen, Ragnhild (2002) *Kultursensivitet*. Om å finne likhetene i forskjellene. Akribe Forlag Oslo

Nerdrum, Per (2002). ”*Om empati.*” I: Rønnestad og von der Lippe (red. 2002), s. 74-100.

Nerdrum, Per (2000). *Training Emphatic Communication for Helping Professionals*. Oslo: Høgskolen i Oslo (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo).

Ohnstad, B. (2003). *Taushetsplikt, personvern og informasjonssikkerhet i helse og sosialsektoren*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ozolins, U. (2000). *Communication needs and interpreting in multilingual settings*: The international spectrum of response. I: R. P. Roberts, S. E. Carr, D. Abraham, & A. Dufour (Eds.), *The Critical Link2: Interpreters in the community* (s. 21-33). Amsterdam: John Benjamins

Polit. D. F. Beck, C. T. (2010) *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7.utg). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins

Sagli. G. (2015) *Talking i helsesektoren*. Scandivavian of Intercultural Theory and Practice. Vol: 2 No: 1

Skaaden, H. (2013). *Den topartiske tolken*: Lærebok i tolking. Oslo: Universitetsforlaget.

SSB – Statistisk Sentralbyrå (2016). *Innvandring og innvandrere i Norge*. Hentet 27. januar, fra: <http://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>

Skålild. J. O (2010.20.04) *Kulturkollisjon ved sykesengen*. Hentet 15.08.15, fra: <http://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon-sykepleievitenskap-etnisitet/2010/04/kulturkollisjon-ved>

Tolkeportalen. *Retningslinjer for ”god tolkeskikk”* (1997) Utarbeidet av Kommunal- og arbeidsdepartementet, Norsk tolkeforbund, Universitetet i Oslo og Utlendingsdirektoratet (UDI) Hentet 01. mars 2016, fra <https://www.tolkeportalen.no/For-tolker/Tolkens-yrkesetikk/>

## VEDLEGG 1 – SVAR FRA FEK



### Skjema for vurdering i Fakultetets etikkomité (FEK)

Navn på masterstudiet som studenten er tilknyttet: Master i klinisk helsevitenskap  
(Universitetet i Agder)

Navn på masterstudent: Elahe Taheri

Navn på veileder: Berit Johanessen

Tittel på prosjektet: Tolkebruk ved inneliggende fremmedspråklige pasienter på sykehus

Prosjektets problemstilling/forskningsspørsmål: *Hvilke erfaringer og oppfatninger har sykepleiere med bruk av tolk til fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus?*

Utvalg: Totalt 6 sykepleiere som har samarbeidet med tolk på sykehusavdeling. 3 sykepleiere fra lunge avdelingen og 3 sykepleiere fra infeksjonsposten.

Metode for datainnsamling/analyse: Kvalitativ empirisk studie

Er det tidligere søkt FEK, med tilbakemelding om forbedringer (kryss)?

Ja:      evt dato:                      Nei: X

Er undersøkelsen meldt NSD (kryss)?

Ja: X                                      Nei:                                      Evt. godkjenningsdato:

Ved tvil om prosjektet bør søkes til REK, er det sendt spørsmål om fremleggsvurdering(kryss)?

Ja:

Nei: X

Er skjemaet utarbeidet i samråd med veileder (kryss)?

Ja: X

Nei:

Etisk vurdering hvor studenten svarer på følgende spørsmål. Max 2 sider, linjeavstand 1,5:

- 1) Evt. risikofaktorer ved gjennomføring av prosjektet spesielt med tanke på forsøkspersonene
- 2) Informasjon om hvordan data lagres / oppbevares og eventuelt brukes / slettes etter at masterprosjektet er ferdig
- 3) Nytte av prosjektet: nytte for forsøkspersonen(e), nytte for vitenskapen, nytte for samfunnet
- 4) Andre etiske problemstillinger i tilknytning til gjennomføring av masterprosjektet.

Sender ved aktuelle vedlegg.

FEK

Elahe Taheri Les kommentarer i besvarelsen din: [1Skjema FEK.doc](#) Kommentar: FEK behandlet 20.10.15. din søknad om etisk godkjenning av prosjektet "Tolkebruk ved inneliggende fremmedspråklige pasienter på sykehus" FEK har ingen etiske betenkeligheter med prosjektet under forutsetning av godkjenning fra NSD. Dette ser ut til å være en viktig studie, og vi ønsker deg lykke til! På vegne av FEK,

Tonje Holte Stea Karakter: Evaluering: Godkjent

## VEDLEGG 2 – FORESPØRSEL OM GJENNOMFØRING



Til avdelingsleder på infeksjonsposten/ gynekologisk sengepost

### **Forespørsel om å få gjennomføre forskningsintervju**

#### **Bakgrunn og hensikt**

Jeg er masterstudent i klinisk helsevitenskap ved Universitetet i Agder. I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave. Temaet er tolkebruk ved inneliggende fremmedspråklige pasienter på sykehus. På grunn av dette trenger jeg bistand av tre av sykepleiere på «din post» for å gjennomføre tre individuelle forskningsintervjuer. Problemstillingen min er: *Hvilke erfaringer og oppfatninger har sykepleiere med bruk av tolk til fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus?* Hensikten er å få økt kunnskap om sykepleiernes erfaringer for å bidra til bedring av praksis.

#### **Hva innebærer studien**

Intervjuene vil bestå av individuelle forskningsintervju med totalt 6 sykepleiere, hvor 3 av dem fra «din avdeling». Sykepleierne som skal delta må ha minst 2 års arbeidserfaring fra den aktuelle posten (infeksjonsposten/ gynekologisk sengepost). Sykepleierne skal ha erfaring med å ha samarbeidet med tolk i forbindelse med fremmedspråklige pasienter minst 2 ganger. Intervjuene vil foregå på sykehuset i nøytrale kontorer, vare i ca. 1 time og tatt opp på lydbånd. Jeg ber samtidig om tillatelse til å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden, til et tidspunkt som skulle passe avdelingen. Undertegnende ber deg som avdelingsleder om å være behjelpelig med å dele ut informasjonsskriv/samtykkeskjema til aktuelle informanter, og ta imot navn og telefonnummer på dem som er villige til å delta. Så vil jeg ta kontakt med dem via telefon.

#### **Hva skjer med informasjonen om informantene**

Intervjuene skal kun brukes som beskrevet i hensikten og intervjumaterialet kommer til å bli behandlet konfidensielt. Verken enkeltpersoner eller sykehus vil bli gjenkjent i prosjektet.

Lydbåndene vil bli oppbevart i låst skap av undertegnende og makuleres etter bestått masteroppgave. Sykepleierne kan når som helst trekke seg fra studien, og kreve at opplysningene om dem fjernes og at lydbånd slettes. Sluttproduktet vil bli tilgjengelig for avdelingen, og forhåpentligvis bli brukt av avdelingen som et verktøy.

### **Kontaktperson**

Mastergradstudent: Elahe Taheri (elahet@gmail.com). Institutt for helse og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder. Tlf: 98 81 77 71.

### **Samtykke til studien**

Jeg bekrefter etter gjennomlesning av informasjonsskrivet at jeg vil være behjelpelig med å formidle navn og telefonnummer på aktuelle informanter og dele ut informasjonsskriv til utvalgte sykepleiere.

Dato:

Avdelingsleder

.....

### **Formål**

Temaet er tolkebruk ved inneliggende fremmedspråklige pasienter på sykehus. På grunn av dette trenger jeg bistand av seks av sykepleiere på sengepost for å gjennomføre seks individuelle forskningsintervjuer. Problemstillingen min er: *Hvilke erfaringer og oppfatninger har sykepleiere med bruk av tolk til fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus?* Hensikten er å få økt kunnskap om sykepleiernes erfaringer for å bidra til bedring av praksis. Formålet er å bedre kvaliteten på samarbeidet mellom tolk og sykepleierne på en sykehusavdeling. Dette vil være til stor hjelp og fordel både for oss sykepleiere, pasienter og ikke minst tolken.

### **Hva innebærer studien**

Intervjuene vil bestå av individuelle forskningsintervju med totalt 6 sykepleiere, hvor 3 av dem fra «din avdeling». Sykepleierne som skal delta må ha minst enn 2 års arbeidserfaring fra den aktuelle posten (infeksjonsposten/ lungeavdelingen). Sykepleierne skal ha erfaring med å ha samarbeidet med tolk i forbindelse med fremmedspråklige pasienter minst 2 ganger. Intervjuene vil foregå på sykehuset i nøytrale kontorer, vare i ca. 1 time og tatt opp på lydbånd. Jeg ber samtidig om tillatelse til å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden, til et tidspunkt som skulle passe avdelingen. Undertegnende ber deg som avdelingsleder om å være behjelpelig med å dele ut informasjonsskriv/samtykkeskjema til aktuelle informanter, og ta imot navn og telefonnummer på dem som er villige til å delta. Så vil jeg ta kontakt med dem via telefon.

### **Hva skjer med informasjonen om informantene**

Intervjuene skal kun brukes som beskrevet i hensikten og intervjumaterialet kommer til å bli behandlet konfidensielt. Verken enkeltpersoner eller sykehus vil bli gjenkjent i prosjektet. Lydbåndene vil bli oppbevart i låst skap av undertegnende og makuleres etter bestått masteroppgave. Sykepleierne kan når som helst trekke seg fra studien, og kreve at opplysningene om dem fjernes og at lydbånd slettes. Sluttproduktet vil bli tilgjengelig for avdelingen, og forhåpentligvis bli brukt av avdelingen som et verktøy.



## VEDLEGG 4 – INFORMASJON OG SAMTYKKEERKLÆRING



### Informasjonsskriv

## Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjekt i forbindelse med masteroppgave

#### **Tema:**

**Kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter.**

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er en invitasjon om å delta i et forskningsprosjekt knyttet til en masteroppgave i klinisk helsevitenskap ved Universitetet i Agder. Hensikten med studien er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer i samtale med fremmedspråklige pasienter ved bruk av tolk. Denne kunnskapen vil videre kunne brukes til å styrke praksis på dette feltet.

Kriteriene for å delta i undersøkelsen er at du har vært sykepleier i minimum 2 år og har erfaring med bruk av tolk for fremmedspråklige pasienter minst 2 ganger.

#### **Hva innebærer studien**

Deltakelse innebærer et intervju på ca. 1 time. Intervjuet vil foregå på din arbeidsplass. Det sikres full konfidensialitet i hele prosessen.

#### **Fordeler og ulemper**

Deltagelse vil ikke ha noen direkte fordeler for deg som person, men resultatene kan få betydning for kompetanseutviklingen på dette feltet. Ulempen er at du må bruke noe av din tid for å delta i prosjektet.

#### **Taushetsbelagt**

Som deltaker i studien blir du ikke fritatt taushetsplikten. Ingen opplysninger som kan identifisere pasienter må fremkomme under studien. Hvis det ved et uhell skulle bli avgitt slik

informasjon må du gjøre forskeren oppmerksom på dette og kreve at de taushetsbelagte opplysningene slettes. Forskeren har plikt til å etterkomme et slikt krav umiddelbart.

### **Hva skjer med informasjonen om deg**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og direkte gjenkjennbare opplysninger. Det vil heller ikke fremgå informasjon som kan identifisere din arbeidsplass. Det benyttes lydopptak under intervjuet der hvert lydopptak blir identifisert med et nummer. Opptakene vil så skrives ut og analyseres for å inngå i prosjektet, og vil ikke bli brukt til andre formål. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun undertegnede som har liste som kan knytte nummer til person, og opplysningene vil ikke bli formidlet videre til andre. Det vil heller ikke være mulig å identifisere deg i resultatene når studien publiseres.

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert på deg, og få mulighet til å lese intervjuet. Du har også rett til å få korrigeret eventuelle feil i opplysningene. Dersom du trekker deg fra studien, skal innsamlede opplysninger fra deg, slettes. Datamaterialet vil anonymiseres ved prosjektets slutt. Du sikres konfidensialitet i hele prosessen. I hovedsak vil ingen kunne gjenkjenne deg i den ferdige publikasjonen.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Hvis du velger å delta kan du skrive under på samtykkeerklæringen under. Dersom du velger og ikke delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Det vil heller ikke få konsekvenser for deg i ditt arbeidsforhold ved sykehuset. Du kan når som helst og uten grunn trekke ditt samtykke uten at det får noen konsekvenser for deg, før prosjektets slutt.

### **Kontaktpersoner**

Mastergradstudent: Elahe Taheri (elahet@gmail.com). Institutt for helse og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder. Tlf: 98 81 77 71.

Veileder: Berit Johannessen ([Berit.Johannessen@uia.no](mailto:Berit.Johannessen@uia.no)) førsteamanuensis i helsefag.  
Institutt for helse og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder. tlf: 91380696

Under intervjuet vil kun Elahe Taheri være til stede.

Med vennlig hilsen

.....

.....  
Elahe Taheri  
Mastergradsstudent  
Agder

Berit Johannessen  
Førsteamanuensis, Universitetet i

### **Samtykkeerklæring**

Jag har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien

Jeg gir tillatelse til å bli intervjuet.

.....

....

(Dato)

(Signatur av informant)

Jeg gir tillatelse til behandling av personopplysninger  
som beskrevet i forskningsinformasjonen

.....

.....

(Dato)

(Signatur av informant)

Ta gjerne kontakt hvis du har spørsmål eller ønsker mer informasjon i etterkant av undersøkelsen.

Elahe Taheri (masterstudent/ kontaktperson for prosjektet)

Elahet@gmail.com

## VEDLEGG 5 – INTERVJUGUIDE



### Intervjuguide

1. Hvordan opplever du å kommunisere med tolk i forbindelse med fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus?

Beskriv situasjoner du har opplevd

Hvordan var kommunikasjonen?

Hva fungerer bra? Hva var vanskelig?

Hvilke kompetanse mener du at tolken bør ha ?

Har du opplevd bruk av tolk som ikke var autorisert ? Hvordan opplevde du det ?

### Fordypningsspørsmål 1

Kan du si litt mer om....

Opplever du det alltid slik....

Du nevnte isted at.....

Hva gjør det med deg.....

Hva kunne vært gjort bedre...?

### Fordypningsspørsmål 2

Opplever du at pasientens budskap kommer frem?

Hvor fornøyd er du med samarbeidet mellom deg og tolken?

Hva kan gjøres annerledes for at tolkebruken kan bli bedre?

Har du opplevd situasjoner der du er usikker på om tolken tolker det du sier?

Kan du beskrive hvordan du styrer samtalen?

Har det noen gang vært vanskelig å styre samtalen? Hva gjorde det vanskelig? Beskriv

Er det noe mer du kommer på nå, som du vil tilføye?

### Tilleggsopplysninger

Alder

Kjønn

Ansiennitet som sykepleier

Ca hvor mange ganger har du brukt tolk?

Hvor lenge jobbet på lunge eller infeksjonsposten?

Utdanning og videreutdanning

Har informantene spesielle kurs eller videreutdanning i innen feltet kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter.

## VEDLEGG 6 – SVAR FRA NSD

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Berit Johannessen  
Institutt for helse- og  
sykepleievitenskap Universitetet i  
Agder Postboks 422  
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 23.11.2015

Vår ref: 45328 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt  
24.10.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

*45328* *Tolkebruk ved inneliggende  
fremmedspråklige pasienter på sykehus Behandlingsansvarlig  
Universitetet i Agder, ved institusjonens*

*øverste leder*

*Daglig ansvarlig* *Berit Johannessen*

*Student* *Elahe Taheri*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger

kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine  
Utaaker  
Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand  
Schildmann tlf: 55 58 31 52 Vedlegg:  
Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)

*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)

*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)



**Personvernombudet for  
forskning**



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr:  
45328



Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet.

Det oppgis at personopplysninger skal publiseres. Personvernombudet legger til grunn at det foreligger eksplisitt samtykke fra den enkelte til dette. Vi anbefaler at deltakerne gis anledning til å lese igjennom egne opplysninger og godkjenne disse før publisering.

Forventet prosjektslutt er 20.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

## VEDLEGG 7 FARGEKODER

Informant nr: 4



UNIVERSITETET I AGDER

### Infeksjonsposten

- Kvinne
- 48 år
- Ansenitet som sykepleier 23 år
- Har klinisk fagstige.
- Har jobbet på infeksjonsposten siden 1994.
- Ingen som videreutdanning i kommunikasjon på avdelingen.

Hvordan opplever du å kommunisere med tolk i forbindelse med fremmedspråklige pasienter som er innlagt på sykehus?

*Jeg opplever det ofte som veldig vanskelig, fordi det blir en tredje person som gjør at pasienten synes det er vanskelig å snakke. Enkelte vil ikke snakke i det hele tatt. Enkelte vil ikke bruke tolk, å snakker veldig veldig dårlig norsk, med ting som er vanskelig å snakke om i utgangspunktet. Så det jeg opplever er stort sett generelt vanskelig. Men det er bedre med oppmøtetolk enn telefontolk. Mye bedre. Vi bruker en del telefontolk også på grunn av at pasienten synes det er vanskelig å snakke med tolk til stede. Folk er veldig redd for at taushetsplikten skal bli brutt. Det er så små samfunn i Trondheim og alle kjenner alle, de er redde for at diagnoser og sånn skal komme ut. Merker kjønnsforskjell, noen synes det er vanskelig med menn. Det er vanskelig å få samme tolk gang etter gang, det hadde hjulpet mye om vi hadde hatt faste tolker. Jeg synes sykehus skulle ha hatt egen tolketjeneste. Tror egentlig det hadde vært bedre. Tolker som hadde vært flinkere på medisinske begrep også. Hadde gjort det mye lettere.*

*Fordi jeg merker de gangene med flinke tolker så går det så utrolig mye lettere. Når de forstår hva vi snakker om. Det betegner jeg som flinke tolker når de forstår hva jeg snakker om. Har hatt med ei som er ifra Eritrea og er sykepleier på noen tolkesamtaler som snakker bra tigrini og bra norsk og er sykepleier så det er en helt annen situasjon, det er veldig mye lettere. Jeg synes ikke nivået på tolkene alltid er så bra. Det merkes selv om jeg ikke forstår det språket. Også kan det være at tolken og pasienten blir sittende å snakke masse så får ikke jeg noe tilbakemelding om hva som blir sagt. Jeg vet ikke om det er det jeg sier de bruker mange flere ord på, men det er vanskelig å vite hva som blir sagt når det er en samtale mellom dem, som jeg ikke får en del av. Får bare noen korte setninger med at «han sier det....» eller «hun sier det....».*

*De har mange vanskelige samtaler i utgangspunktet, det er diagnoser som folk synes det er vanskelig å forholde seg til. Vanskelig å snakke om, som HIV, hepatitt og tuberkulose. Det er verst med HIV alle synes det er vanskelig, det er veldig mye det jeg jobber med. Syns pasientene har veldig liten tillit til tolkene. Men jeg ser at hvis vi greier å ha de samme tolkene så går det så mye lettere. Du skaper liksom tillitsforhold. Jeg tror at vi må være flinkere til å sørge for å få samme tolkene om igjen. At vi bruker dem som fungerer, og vi må være litt mer selektiv på en måte. At vi bestiller den og den personen å ikke bare tolk ifra Noricom og Semantix. At vi er flinkere til å fange opp hvem som er gode og hvem som ikke er gode. Selv om ikke det skal være vår (sykepleierens) jobb. Og vi gir tilbakemelding når tolkene ikke fungerer. Men det er vanskelig det også fordi du får vondt, endelig har de fått seg jobb som tolk også er det ikke godt nok på en måte. Det er alltid et dilemma. For oss er det viktigste at informasjonen kommer frem, at det blir rett ovenfor pasienten. Jeg blir veldig glad når tolkesamtalene fungerer. Det hender jeg har telefonsamtaler med tolkerne som fungerer og det er bare helt fantastisk for som regel så sitter jeg og river meg i håret, og ser det hele vanskelig. Det er ennå vanskeligere i telefon for da ser du ikke noen form for uttrykk.*

Liker ikke telefontolk. Men det er bedre enn å ikke ha det i det hele tatt. Jeg skjønner at pasientene vil ha telefontolk hvis de er ifra en liten gruppe i Eritrea og kjenner alle som bor her på en måte. Så det er jo ikke noe greit det.

Beskriv situasjoner du har opplevd.

Jeg har opplevd situasjoner der alt har gått greit og at det går kjempefint. Andre ganger er det veldig frustrerende du er veldig usikker på om pasienten har forstått det du har sagt. Stort sett er det greit, men det er stor forskjell. Det er enkelte land det er vanskelig å få tolker ifra. Burma har vært kjempevanskelig. Tror det er veldig få derifra. Bengali har også vært vanskelig.

Hvordan var kommunikasjonen?

Det er så forskjellig. Kommunikasjon er vanskelig i utgangspunktet spesielt når det er vanskelige diagnoser, og folk har det vanskelig. Men det er jo alltid en fordel når du blir kjent med pasienten, så går jo alt så mye bedre. Når du har greid å skape litt tillit. Vi jobber veldig mye med det. At folk skal tørre å komme hit. Og oppleve det som greit, tar lang tid. Det er veldig spennende og veldig utfordrende med bruk av tolk syns jeg. Det er jo en ekstra dimensjon.

Hva fungerer bra? Hva var vanskelig?

Det som er vanskelig er når de tolkerne snakker dårlig norsk. Det er veldig veldig vanskelig. Det er sånn at på tigrini i Eritrea så har de så mange forskjellige ord for forskjellige ting. At det er vanskelig å oversette tror jeg, fra norsk til enkelte språk. Men hvis de er flinke i norsk er det mye bedre. Jeg tenker det må jo også være en forutsetning for å få jobb som tolk også. Men det er ganske stor forskjell på hvor bra det er altså. Der har litt med personligheten til tolken også å gjøre, noen er flinkere til å skjønne og forstå settingene mens andre ikke er det. Det er veldig stor forskjell på kvaliteten. Det syns jeg. Jeg har inntrykk av at Noricom har bedre tolker enn Semantix men det kan bare være i mitt hodet, det vet jeg ikke. Fordi jeg har ikke hatt nok til å kunne ha sammenlignet det på en måte.

Det varierer hvor mye vi har tolkesamtaler. Det kan være en uke vi har flere også kan det gå flere uker uten at vi har det. Så det er ikke noe fast.

Hvilken kompetanse opplever sykepleieren at tolken bør ha i kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter?

De som tolker på sykehus skulle ha hatt noe medisinsk tilleggskurs (fagterminologi) eller et eller annet. Det er så spesialisert, det er ikke lenger hus, mat og hjem. Jeg tror det hadde vært bedre for tolkerne selv også. Fordi dem opplever det sikkert vanskelig dem også. Så en grunnleggende medisinsk bakgrunn eller kursing hadde vært veldig bra. Men tigrini og somalisk er de vanskeligste språkene vi har, føler jeg. Det er ikke det at de tolkerne er dårlige, men det er vanskelig. Selvefølgelig kan kulturen også ha noe å si. Kanskje tolkerne har for dårlig grunn opplæring?

Opplever du at pasientens budskap kommer frem?

Det er ofte vanskelig å få pasienten til å si så mye. De kommer til sykehuset og skal få svar fra oss. Det er ikke mange som har eieforhold til sin egen kropp og sykdom. Det tror jeg handler mer om kultur egentlig. Du kommer til doktoren og sykepleieren for å høre hva som er galt og hva du skal gjøre. Vi er flinkere til å stille krav å si at jeg føler det sånn og sånn. Sette ord på ting som er sånn som det ikke skal være. Jeg tror det. At det er kulturforskjeller der. Pasientene har altfor lite spørsmål. Skulle ønske de hadde fler fordi det hadde vært lettere for meg å gjort jobben min. Når

jeg vet hva det er som er problemet. Det er lett å finne ut når en har en samtale med en og begge forstår norsk. For folk har store utfordringer det merkes. Det er livssituasjonen og tingene rundt sykdommen som gjør det vanskelig for pasientene. Det er kroniske sykdommer som de må leve med. Dem synes det er vanskelig de blir deprimerte, greier ikke å være i jobb, de er slitne. Jobben min er at de for det så greit at de klarer å følge opp medisineren. For å klare å ta vare på deg selv må du ha et greit liv. Det er det som gjør at det er så spennende fordi jeg må jobbe med så mye forskjellig, det er ikke bare sykdommen som er feltet det er mye rundt det.

På vei hit fikk jeg er telefon fra et legesenter om en av våre pasienter som er en dame som er blitt gravid fra Etiopia som har fire barn fra før som bor i Etiopia hos noen slektninger og mannen er i Yemen. Hun greier ikke å ta vare på seg selv, følger ikke medisinering, er full av virus og veier 40 kg er blodfattig. Da er det ikke selve sykdommen som er problemet men det er «hele pakken». Hun snakker veldig dårlig norsk og er veldig skeptisk til tolkerne.

Jeg tror vi hadde vunnet mer hvis vi hadde kunne ha brukt de samme tolkerne. Det sier pasientene også at det hadde betydd mye. Jeg skal bli bedre i å gi tilbakemelding det vil tolketjenesten gjerne ha. Jeg bruker å skrive tilbake til de når jeg vil ha samme tolk neste gang også jeg, når det fungerer. Du har noen som ikke fungerer skal du si ifra om det med en gang? Eller skal du gi dem en sjanse til? Hvor hard skal du være? Du kan ikke si til en tolk som sitter der at du er ikke god nok. Dem blir bedre når de har fått prøvd seg litt. Men de må jo feile. Helst en annen plass før de kommer hit på sykehus. Nivået på tolkerne må opp, det må bli bedre. Men det er en fryktelig krevende jobb jeg skjønner at det er vanskelig. Vi skulle ha brukt de smarte studentene fra hele verden fra NTNU. Men de velger seg andre jobber når de er ferdige. Men de personene som er flinke utdanner seg til noe annet og jobber ikke som tolk på heltid. Det er et dilemma det derre der.

Hvordan fungerer samarbeidet mellom deg og tolken?  
Har svart på det tidligere

Hva kan gjøres annerledes for bedre kvalitet?

Da tror jeg Noricom og Semantix må ha høyere krav for å være tolker. Så må vi være flinkere til å gi tilbakemeldinger. Det tror jeg er viktig. Uten det er det vanskelig for de å vite hvordan tolkerne fungerer. Men de er alltid greie og hyggelige. Det er mange positive møter. Men det er en ekstra utfordring å ha samtale med en tolk, men vi klarer jo oss ikke uten. Blir veldig glad når folk lærer seg norsk altså. Det er helt fantastisk.

Hadde en mann fra Somalia her på onsdag som ikke snakket noe norsk. Mens nå går han på videregående og har ikke bodd lenge i Norge altså. Fått fem unger fra Somalia forrige sommer med kona. Det er helt utrolig gøy. Han har vi fulgt opp rundt tre år kanskje. Så han har gjort seg forstått på n norsk i løpet av tre år. Han skriver meldinger til meg. Det er mye ressurssterke, oppegående folk som kommer.

På vår avdeling er det som er så gøy, det at det er oftest unge folk som kommer. De er fra 16-90 år. Vi har hele spektret. Veldig gøy pasientgruppe, det er et eldorado.

Har du opplevd situasjoner der du er usikker på om tolken tolker det du sier?  
Ja det har jeg absolutt.

Kan du beskrive hvordan du styrer samtalen?

Prøver å ikke si så mye av gangen. Det tar jo veldig mye lenger tid med tolk. Men det er veldig øvelse gjør mester, det altså. Det er mye lettere når du har gjort det noen ganger. Jeg har ikke anledning til å forberede meg til samtalen. Det er mer på hva slags pasient det er å hva jeg forbereder meg på. Noen er det plankekjøring, det er så lett. Mens andre er mye mer krevende. Så jeg tar det litt underveis.

Har det noen gang vært vanskelig å styre samtalen? Hva gjorde det vanskelig? Beskriv.

Det er vanskelig å svare på. Jeg kommer ikke på noe spesielle eller konkrete situasjoner. Jeg synes tolkene er veldig ydmyke i forhold til jobben dem gjør. Stort sett veldig fine.

Er det noe mer du kommer på nå, som du vil tilføye?

Nei, men bedre tilgang på gode tolker hadde vært supert. Det hadde vært veldig bra om vi hadde hatt egne tolker på sykehuset. Men jeg vet ikke hvordan vi skulle ha gjort det i praksis. Det er vanskelig å koordinere med tolk som har andre oppgaver. De som kan det medisinske og kan norsk, kvaliteten på det kan ikke sammenlignes. Enn dem som ikke har den medisinske bakgrunnen. Da er det mer enn godt nok å være sykepleier. Vi kan nok til å skjønne hva det handler om selv om vi ikke skjønner alt. Det var en periode vi brukte en av vaskedamene som vasket her. Ei thai dame som tolk. Som er veldig oppegående og har vært i Norge lenge. Det fungerte veldig bra. Syns thai folk er lite gode i norsk selv om de har bodd her lenge. Kanskje det er så forskjellig språk fra norsk, kanskje det er derfor. Dessuten er de så høflige at de sier at de har forstått alt selv om de ikke har det, og det er jo skremmende.

Vi er ikke flinke til å bruke tekniske hjelpemidler. Men jeg bruker telefon veldig mye. Det synes jeg er et fantastisk hjelpemiddel. Det at ting er skrevet er så mye lettere enn å ringe å snakke. Så jeg bruker masse meldinger. Til beskjeder om når de skal komme å ta blodprøver. Det letter min arbeidshverdag veldig. Alt som er skrevet er enklere. Fordi om dem ikke forstår det selv, kan de få noen andre til å lese det. Men vi har jo pasienten som ikke kan lese å skrive også da. Så det er et begrensende hjelpemiddel det også.