



MASTEROPPGAVE

Sykepleiers erfaring med bruk av
telefontolk i kommunikasjon med
fremmedspråklige pasienter

- en kvalitativ empirisk studie

FORFATTER: SIDSEL H. GJERMUNDSEN

Dato: 30.05.14

Sammendrag

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Tittel | Sykepleiers erfaring med bruk av telefontolk i kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter | Dato: 30.05.14 |
| Deltaker | Sidsel H. Gjermundsen | |
| Veileder | Inger Signe Johansson | |
| Oppdragsgiver | Masteroppgave, Høgskolen i Gjøvik | |
| Nøkkelord | kommunikasjonsbarriere, akutt hjelp, telefontolk, sykepleier- fremmedspråklig pasient | |
| Antall sider/ord: 19308 | Antall vedlegg: 3 | Publiseringsavtale inngått: |
| <p>Helse Sør-Øst samarbeider med tolkeselskapet Noricon for å lette kommunikasjonen mellom AMK og fremmedspråklig pasient for rask helsehjelp til pasienten.</p> <p>Hensikten med studien var å beskrive sykepleiers erfaring i bruk av telefontolk ved akutt helsehjelp til fremmedspråklige pasienter.</p> <p>Metode: En kvalitativt beskrivende design der åtte sykepleier ble intervjuet individuelt, rekruttert fra AMK sentral som betjener to kommuner. I dataanalysen ble det benyttet kvalitativ induktiv innholdsanalyse.</p> <p>Funn: Sykepleiers erfaringer beskrives i tre kategorier; faktorer som fremmer eller hemmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk, samt faktorer hos sykepleier som fremmer god kommunikasjon. Funnene sammenfattes i en hovedkategori «Sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes». Intensjon for å opprette god kommunikasjon mellom tolk og sykepleier for å sikre rask informasjon om pasientens helsetilstand fremgår som viktig. Eksempel på hemmende faktorer i kommunikasjonen var manglende tilbakemeldinger fra tolk og utelukkelse av sykepleier. Kunnskaper og erfaringer sykepleier opplever viktige var faglige kunnskaper og erfaringer, handlingsberedskap og god formidlingsevne.</p> <p>Konklusjon: Studien viste 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. Studien viser at det er et ønske om opplæring om kommunikasjon på tvers av kulturer.</p> | | |

Abstract

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Title | Nurse's experience with the use of telephone interpreters in communication with foreign language patients | Date: 30.05.14 |
| Participant | Sidsel H. Gjermundsen | |
| Supervisor | Inger Signe Johansson | |
| Employer | Master's thesis, Gjøvik University College | |
| Keywords | communication barrier, emergency assistance, telephone-interpreter, nurse- foreign language patient | |
| Number of pages/words: 19308 | Number of appendix: 3 | Availability (open/confidential) |
| <p>For quick healthcare to the patient Helse Sør-Øst cooperates with the interpreter company Noricon to ease communication between AMK and foreign language patients.</p> <p>Aim: The purpose of the study was to describe nurse's experience using telephone interpreter in acute health care to foreign language patients.</p> <p>Method: A qualitatively describing design with eight nurses being interviewed individually, recruited from AMK central serving two municipalities. In the data analysis qualitative inductive content analysis was used.</p> <p>Findings: Nurse's experiences are described in three categories; factors which promote or inhibit communication and cooperation between nurse and interpreter, and factors by the nurse which promote good communication. The finds are summarized in a main category «Nurse's interaction and coping strategies in cross-cultural encounters using telephone interpreters.». The intention of creating good communication between interpreter and nurse to secure quick information about the patient's health condition, is seen as important. Lack of feedback from the interpreter and exclusion of nurse were examples of inhibiting factors in the communication. Professional knowledge and experience, plans of action and good communication skills were knowledge and experiences which nurse finds important.</p> <p>Conclusion: The study showed that deficient communication between nurse and interpreter may cause delays in the treatment. Nurse depends on the interpreter to give information quickly between nurse and patient. The study <u>shows</u> that there is a desire for training on communication across cultures.</p> | | |

FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess som har gitt faglig og personlig utvikling. Det har vært et langt løp og det er med stolthet at jeg nå kan si at løpet er fullført. Det er mange som har bidratt til at dette har latt seg gjennomføre.

Først vil jeg takke avdelingssjef som viste stor interesse for problemstillingen min og ga meg tilgang til feltet og mulighet til å gjøre intervjuene i informantenes arbeidstid. Derest den utrolig hjelpsomme fagutviklingssykepleieren som hjalp meg med å rekruttere informanter og som også la til rette for at intervjuene kunne skje på arbeidsplassen ved å ta over arbeidsoppgavene til informantene mens de ble intervjuet. Mange takk til dere begge!

En stor takk til mine informanter som med velvilje og engasjement har delt sine erfaringer med meg. Tusen takk for at dere delte deres livsverden med meg!

Jeg vil spesielt takke min veileder Inger Signe Johansson ved Høgskolen i Gjøvik som har loset meg på rett vei både med forskningsplan og med masteroppgaven. I forskningssammenheng har jeg vært som novise å regne som har blitt ledet frem av eksperten inn på riktig spor. Ved hjelp av hennes engasjement og konstruktive tilbakemeldinger har oppgaven blitt til!

Til slutt må takken gå til min fantastiske mann Harry som har styrt hus og hjem og gitt meg ro til å arbeide med masteroppgaven. Stor takk til mine kjære barn som har oppmuntret meg og mine søsken, Jorunn og Geir som har hjulpet meg med engelsk og oppsett av oppgaven.

Takk!

Sandefjord 30.mai 2014
Sidsel H. Gjermundsen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Abstract

| | | |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.0 | INNLEDNING | 6 |
| 1.1 | Migrasjon og språkbarriere | 6 |
| 1.2 | Tolk og tolkebruker | 8 |
| 1.3 | Kommunikasjon og kompetanse | 10 |
| 1.4 | Kommunikasjon og kulturell kompetanse | 11 |
| 1.5 | Problemformulering | 13 |
| 1.6 | Hensikt | 14 |
| 2.0 | METODE | 15 |
| 2.1 | Design | 15 |
| 2.2 | Utvalg | 16 |
| 2.3 | Datainnsamling | 17 |
| 2.4 | Dataanalyse | 19 |
| 2.5 | Forskningsetiske overveielser | 23 |
| 3.0 | RESULTAT | 25 |
| 3.1 | Sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes | 26 |
| 3.2 | Faktorer som fremmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk | 27 |
| 3.2.1 | Forberede tolk før pasienten kobles inn på linjen | 27 |
| 3.2.2 | Sykepleiers styring og tilrettelegging av kommunikasjonen mellom tolk og pasient | 28 |
| 3.2.3 | Felles forståelse av samarbeidet | 29 |
| 3.3 | Faktorer som hemmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk | 30 |
| 3.3.1 | Misforhold mellom sykepleiers forventninger og tolkens utøvelse av tolkerollen | 31 |
| 3.3.2 | Sykepleiers tap av kontroll over samtalen | 34 |
| 3.3.3 | Manglende ivaretagelse av mellommenneskelig empati | 35 |
| 3.4 | Faktorer hos sykepleier som fremmer god kommunikasjon med tolk og pasient | 35 |
| 3.4.1 | Faglige kunnskaper og erfaringer innen akuttmedisin og kulturer | 35 |
| 3.4.2 | Ivaretagelse av mellommenneskelige aspekter rettet mot tolk og pasient | 37 |
| 3.4.3 | God formidlingsevne for å unngå misforståelser | 38 |
| 4.0 | DISKUSJON | 39 |
| 4.1 | Sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes | 40 |
| 4.2 | Faktorer som fremmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk | 41 |
| 4.3 | Faktorer som hemmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk | 44 |
| 4.4 | Faktorer hos sykepleier som fremmer god kommunikasjon med tolk og pasient | 50 |
| 4.5 | Metodediskusjon | 53 |
| 5.0 | KONKLUSJON | 58 |
| 5.1 | Resultatets betydning for klinisk sykepleie | 58 |
| 5.2 | Forslag til videre forskning | 59 |
| | Referanser | 60 |
| | Vedlegg | |
| | Vedlegg 1: Forespørsel om tillatelse til intervju | |
| | Vedlegg 2: Invitasjon til sykepleiere om deltakelse i forskningsprosjekt | |
| | Vedlegg 3: Intervjuguide | |

1.0 INNLEDNING

Denne studien inngår i masterstudiet i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleie. Oppgavens fokus er sykepleiers erfaring i bruk av telefontolk i kommunikasjon med pasient i en akutsituasjon i akutt medisinsk sentral (AMK-sentral) der det ses på kvalitet i sykepleien relatert til akutt helsehjelp. AMK-sentral tar i mot henvendelser om behov for akuttmedisinsk hjelp og skal prioritere, følge opp, iverksette og gi medisinsk faglige råd og veiledninger (Helse- og omsorgsdepartementet 2010).

Bakgrunn for valg av problemstilling er samarbeidsavtalen Helse Sør-Øst har gjort med online tolkeselskapet Noricon, og som AMK-sentralen i ... tok i bruk i 2012. Tolkeselskapet har tilgang til 4000 tolker som snakker 150 forskjellige språk og kan kontaktes døgnet rundt 365 dager i året (Østby 2012).

Masterstudentens kliniske ståsted er som anesthesisykepleier ved to forskjellige sykehus i Nord- og Sør-Norge gjennom en periode på 12 år med flere opplevelser relatert til fremmedspråklige pasienter der tolk burde vært brukt. Forforståelse i forhold til tolkebruk baserer seg på egen og kollegaers bruk av tolk i møte med fremmedspråklige pasienter der pårørende oftest har blitt brukt som tolk. Studenten har ikke personlig erfaring i å bruke telefontolk, men har opplevd det brukt både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og da spesielt i de nordlige deler av Norge der tilgangen på tilstedetolk kan være mangelfull. Undertegnede har flere opplevelser der tolk absolutt skulle vært tatt i bruk, men der tilgangen til tolk ikke var til stede og tror at bruk av telefontolk er med på å gjøre det enklere for sykepleier å få tilgang til nødvendig informasjon.

1.1 Migrasjon og språkbarriere

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). 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 påvirket antall migranter i verden lite (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). Brunborg definerer innvandrere som født i utlandet av utenlandske foreldre og som selv har innvandret til Norge (Brunborg 2013). Begrepet fremmedspråklige pasienter blir

brukt i oppgaven og innbefatter innvandrere av alle nasjonaliteter og årsaker til innvandringen der tolk er avgjørende for at helsepersonell og pasient skal forstå hverandre. I oppgaven vil tolken bli betegnet som tolk eller han.

Sommeren 2012 mistet en fødende kvinne barnet sitt relatert til språkproblemer med AMK-tjenesten. (Østby 2012). En forutsetning for å kunne tilkalle hjelp i en akuttsituasjon, er at man har nødvendige informasjon om hvem man skal kontakte (Helse- og omsorgsdepartementet 1998). Tidligere studier viser at det er utfordrende å møte fremmedspråklige pasienter i akutte situasjoner relatert til språkbarriere og kulturelle forskjeller (Høye & Severinsson 2008 a, b; Kleinpell, Vazquez og Gailani 2000; Fatahi m.fl. 2009). Kommunikasjonsbarrierer innen akuttmedisin kan få store konsekvenser både for pasient og sykepleier og flere studier viser at tolk er nødvendig for å kunne gi lik helsehjelp til alle pasienter (Cioffi 2003; Meischke m.fl. 2010; Blackford, Street og Parsons 1997; Nailon 2006).

Språkbarriere har ført til at Helsetilsynet de senere år har fått et økende antall klager på mangelfull behandling fra fremmedspråklige pasienter (Fonn 2009). Språkbarriere utgjør en stor risiko for fremmedspråklige pasienter som søker akutt helsehjelp. Pasienten har rett til informasjon tilpasset kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Helsepersonell har plikt til å skaffe tolk til fremmedspråklige pasienter med dårlige norsk kunnskaper for å sikre at pasienten forstår informasjonen som blir gitt (Sosial og helsedirektoratet 2004). Studie viser at språkproblemer er det største hinderet i samspillet mellom sykepleier og pasient, noe som forutsetter bruk av tolk (Hultsjö & Hjelm 2005).

Kommunikasjonsbarrierer kan medføre fare for pasientens liv, og det er et stort behov for tolk innen akuttmedisin. Kommunikasjonsbarrierer oppleves også som stressfullt for helsepersonell (Cioffi 2003; Meischke m.fl. 2010). Flere studier viser at helsepersonell er avhengig av å benytte tolk i akuttsituasjoner (Blackford, Street og Parsons 1997; Nailon 2006). Studier relatert til pasienttilfredshet, viser at pasienter som ikke blir tilbudt tolk er mindre tilfreds, og får også mindre oppfølging (Ramirez, Engel og Tang 2008). Magelssen (2012) viser til at sykepleiere generelt lærer lite om migrasjon og helse i grunnutdanningen. Ferdighetene er spesielt svake når det gjelder språkproblemer og bruk av tolk. Det norske samfunn har blitt mer flerkulturelt og forskjellige etniske grupper er blitt en del av samfunnet, noe som gir sykepleien som fag mange nye utfordringer. Litteraturen viser at det er mangler

på studier som viser sykepleiers erfaringer i bruk av telefontolk i akutt situasjoner. To studier beskriver hvordan helsepersonell opplever og oppfatter bruk av tolk i kontakt med fremmedspråklige pasienter, ut fra ønsket om en profesjonell tolk som oversetter bokstavelig og objektivt og med en velfungerende tolkeorganisasjon som er lett tilgjengelig, hvilket også gjelder ved bruk av telefontolk. (Hadziabdic m.fl. 2010; Hadziabdic 2011).

1.2 Tolk og tolkebruker

Det er forsket på behovet for nasjonal telefontolketjeneste innenfor akuttavdelinger i England der det konkluderes med at det er et stort behov for heldøgns tolketjeneste innenfor akuttmedisin (Leman 1997; Leman og Williams 1999). Studie viser også at pasienter er like fornøyd med telefontolk som tilstedetolk, 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 oppfattet å forbedre den direkte kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient og at tolken da bare ble et kommunikasjonshjelpemiddel.

Tolking kan foregå ved frammøtetolking (tolken møter opp personlig), tolking via skjerm eller tolking via telefon (Integrerings- og mangfoldighetsdirektoratet 2011). Bruk av tolk kan være avgjørende for om forsvarlig helsehjelp gis (Helsedirektoratet 2011). Tolken er et nødvendig mellomledd når to som ikke snakker samme språk skal kommunisere i lag (Utlendingsdirektoratet 2003). 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 akuttmedisin, noe som medfører at pasienten ikke får den hjelpen han trenger (Atkin 2008; Baker m. fl. 1996; Garrett m.fl. 2008; Wlodarczyk 1998).

Tolker i offentlig tjenesteyting gjør det mulig å kommunisere til tross for språkforskjeller og bidrar til lik helsehjelp for innbyggerne i et land (Jareg og Pettersen 2006). God kvalitet på tolking avhenger av tolkens tolkefaglige kompetanse og tolkebrukerens kunnskaper i bruk av tolk og er avgjørende for ivaretagelse av fremmedspråklige pasienter. Tolkerollen i Norge defineres ut fra retningslinjer for god tolkeskikk der det blant annet presiseres at tolken ikke skal påta seg oppdrag uten å ha de nødvendige kvalifikasjoner. Tolken skal opptre upartisk og skal heller ikke la egne holdninger eller meninger påvirke arbeidet. Det presiseres videre at

tolken skal tolke alt som sies og verken legge til eller endre noe av det vedkommende skal tolke. Tolken har taushetsplikt og skal ikke misbruke den informasjonen han har fått tilgang til (Integrerings- og mangfoldighetsdirektoratet 2011).

Integrerings- og mangfoldighetsdirektoratet (2011) har utarbeidet kvalifikasjonskategorier relatert til tolkens språkkompetanse delt inn i fem nivåer. Nivå en er tolker med statsautorisasjon og tolkeutdanning fra universitet eller høyskole. Nivå to er statsautoriserte tolker. Nivå tre er tolker med tolkeutdanning med minst 20 studiepoeng i tolking fra universitet eller høyskole, nivå fire er statsautoriserte oversettere med grunnleggende tolkeopplæring som ønsker en formell kompetanse innen tolking og nivå fem er personer med tilfredsstillende resultat i skriftlig ordforrådtest i begge språk det skal tolkes mellom. Indseth i Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse, viser til at samarbeidsavtalen mellom Noricom og helseforetakene innebærer at det ikke skal brukes tolker med lavere nivå en fire (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse 2011).

Tolking kan foregå på flere forskjellige måter. I følge Jareg og Pettersen (2006) kan tolking deles inn i konsekutiv- og simultantolking. Konsekutiv tolking innebærer at tolken gjengir innholdet i en ytring etter at den er uttalt mens simultan tolking innebærer 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.

Tolken må ha kunnskaper innen det feltet han skal tolke i fordi tolkingen kan dreie seg om ulykker, helseskade og gjennomføring av tiltak for å redde liv slik at han lettere forstår fagspråket som benyttes (Jareg og Pettersen 2006; Hadziabdic 2011). 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, forsamtale og ettersamtale. Hensikten med forarbeidet er å forberede tolken på samtalen og avklare hvilken instans tolken skal tolke for. I forsamtalen 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 (ibid).

Jareg og Pettersen (2006, s. 81) sier videre at man kan innta to perspektiver når tolkingen ikke skjer optimalt. Ved å innta et normativt perspektiv ses det på om tolken handler riktig relatert til tolkereglene mens en ved et deskriptivt perspektiv inntar tolkens perspektiv for å forklare de valgene tolken tar. For å forebygge fremtidige feil vil ettersamtalen mellom tolk og tolkebruker være avgjørende.

1.3 Kommunikasjon og kompetanse

Kommunikasjon kan defineres som «*utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter*» der deltakerne som regel står i et gjensidig påvirknings- og utvekslingsforhold til hverandre og der begge parter fortolker hverandres sammensatte tegn og signaler verbalt og nonverbalt (Eide og Eide 2007 s. 17). All type kommunikasjon innebærer muligheter for felles forståelse men også misforståelser og kommunikasjonssvikt og et felles symbolsystem er nødvendig for å unngå misforståelser (Hanssen 2005). Kommunikasjonen kan bli ytterligere forringet hvis tolken bare delvis behersker det norske språket og mangler evnen til å nyansere uttrykkene ved bruk av synonymmer og beskrivende ord (ibid).

I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2011) skal sykepleier gi pasienten helhetlig omsorg, noe som også betyr å gi tilpasset informasjon og sikre seg at informasjonen blir forstått. I forhold til fremmedspråklige pasienter innebærer dette også bruk av tolk og å opptre på en profesjonell måte overfor både pasient og tolk. Skau (2012) sier at begrepet profesjonell henger sammen med det å være kompetent. Hvilken personlig kompetanse sykepleieren har vil også være med på å si noe om egnethet i det arbeidet som utføres og evne til og innhente nye kunnskaper og ferdigheter for å kunne videreutvikle seg. Kompetansebegrepet er kontekstuel, noe som innebærer at profesjonell kompetanse har sammenheng med hvilke kvalifikasjoner sykepleier må inneha i utøvelsen av yrket (ibid). Skau (2012) hevder at personlig kompetanse omfatter menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter som utvikles gjennom de erfaringer som gjøres. Personlig kompetanse er viktig for evnen til innlevelse og empati, til å mestre kritiske situasjoner og evne til å være oppmerksom og mentalt til stede i situasjonen. Personlig kompetanse kan også være taus i den forstand at vi intuitivt vet hva vi skal gjøre uten å kunne forklare hvorfor. Den personlige kompetansen er en nødvendig og integrert del av all kompetanse og danner fundamentet i den samlede profesjonelle kompetansen (ibid). Når to

parter med ulik kulturell bakgrunn kommuniserer, kan forskjellen mellom det sendte og det mottatte budskap være betydelig (Hanssen 2005).

1.4 Kommunikasjon og kulturell kompetanse

Flere studier er relatert til kulturell kompetanse og de utfordringene det gir helsepersonell i deres daglige arbeid ut fra en relativt lik kontekst. Høye & Severinsson (2008 a, b) beskriver konflikter som kan oppstå innenfor intensivsykepleie som et resultat av ulike kulturelle og faglige verdier. Sykepleiere og familier med ulik kulturell bakgrunn bringer tro og forståelse inn i omsorgssituasjonen som kan ha innvirkning på behandlingsprosessen. Familiene blir utfordret i sin innsats for å opprettholde tradisjoner mens sykepleierne ikke er tilstrekkelig kulturelt oppmerksom når de skal utøve sykepleie, slik at kulturkollisjon skjer.

Kleinpell, Vazquez og Gailani (2000) viser til at kommunikasjon med pasienter på intensiv avdeling kan oppleves utfordrende for sykepleier, spesielt i den kritiske fase der smerter, angst og invasive behandlingsmåter kan hemme mulighetene for kommunikasjon med pasient. De sier videre at effektiv kommunikasjon er nødvendig for å sikre at pasientens behov blir ivaretatt og for å forhindre feiltolkning, misforståelser og forsinkelser i behandlingsprosessen.

Fatahi m.fl. (2009) viser i sin studie blant radiografisykepleiere at det er behov for en profesjonell tolk når pasienten skal informeres om prosedyrer og for å identifisere eventuelle bivirkninger og komplikasjoner. Undersøkelsen viser at mangel på spesifikk kunnskap om radiologiske prosedyrer blant tolker oppleves som et problem av sykepleierne og at det også er behov for økte kunnskaper om kulturell kompetanse blant sykepleierne.

De tre ovenfor nevnte studiene viser alle hvilke utfordringer helsepersonell står overfor i kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter, og hvor avhengig både sykepleier og pasient er av at det benyttes tolk slik at misforståelser kan avklares og unngås. Ved manglende fellesspråk er sjansene for misforståelser større enn når to parter behersker samme språk, og mennesker med ulik kulturell referanseramme kan medføre misforståelser (Jareg og Pettersen 2006). Kultur kan defineres på mange måter, og det råder stor uenighet i hva det innebærer. Dette gjelder spesielt i forhold til oppfatninger som definerer kultur som noe permanent og uforanderlig (Hanssen 2004; Hanssen 2005). Kultur kan også defineres som noe fellesmenneskelig og individuelt, noe som vi får med oss gjennom hele livet fra vi blir

født og som vi gradvis erverver og utvikler gjennom læring og erfaring. Kultur blir her beskrevet som prosessorientert som mennesker skaper gjennom sitt møte med andre mennesker og andre kulturer (ibid).

Hvis sykepleier 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.

Sykepleieren må inneha kulturell kompetanse for å kunne møte fremmedkulturelle pasienter på en kulturrelativistisk måte. Madeleine Leininger (1988; 1991; 2002 a, b) har utviklet en teori der hun ivaretar det sykepleiefaglige og det kulturelle aspektet gjennom å trekke inn et antropologisk perspektiv. Leininger kaller modellen for Sunrise-modellen, og modellen brukes for å forstå og oppdage kulturelle forskjeller innenfor alle kulturer. Teorien ivaretar ulike sosiale faktorer som slektskap og religion og andre spesifikke kulturelle verdier som kan påvirke omsorgsperspektivet. Leininger sier videre at omsorg er essensen i sykepleie og det sentrale, dominerende og samlende fokus i sykepleien. Teorien kan være til hjelp for å etablere en god samhandling som er troverdig, pålitelig og meningsfull for sykepleier og pasient (ibid).

Leingers overbevisning er at kulturell kongruent omsorg og pleie er nødvendig for pasientens velbefinnende så god helse opprettholdes og sier videre at kongruent omsorg er gunstig, tilfredsstillende og meningsfull for pasienten (ibid). Hun trekker fram tre kategorier som 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. Alle omsorgskategorier krever felles deltakelse av sykepleier og pasient der de samarbeider for å identifisere, planlegge, iverksette og evaluere alternativene for kulturelt kongruent sykepleie (ibid).

1.5 Problemformulering

I likhet med helsevesenet generelt forholder sykepleiere i AMK seg til mennesker med ulik kulturell bakgrunn. Antall innvandrere har økt i Norge og språkbarriere utgjør et økt behov av kunnskaper om kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter som trenger akutt helsehjelp. Flere studier viser at helsepersonell er avhengig av å bruke tolk fordi kommunikasjonsbarrierer kan sette pasientens liv i fare, samtidig som sykepleiere lærer lite om migrasjon og helse i grunnutdanningen. Lovverket er tydelig på at helsepersonell har ansvaret i kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter og helsetilsynet har fått et økende antall klager på mangelfull behandling fra fremmedspråklige pasienter. Studier viser at det oppleves som utfordrende å ivareta fremmedspråklige pasienter fordi språkbarriere og kulturelle forskjeller har innvirkning på interaksjonen og på om pasienten får lik helsehjelp som norskspråklige pasienter. Studier viser også at kunnskap om andre kulturer kan være med på å øke sykepleiers evne til å møte pasienten ut fra pasientens kulturelle bakgrunn fordi mennesker innen ulike kulturer forholder seg til hverandre ulikt.

Forskning viser at bruk av telefontolk kan være vel så bra som tilstedetolk, og da spesielt i akutte situasjoner. I Norge er det forsket lite på bruk av telefontolk og det er gjort lite studier som beskriver sykepleiers erfaringer i bruk av telefontolk. Det er også forsket lite på kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter i møtet med AMK der telefontolk benyttes. I oppgaven fokuseres det derfor på telefontolking, og da er spesielt kommunikasjon gjennom en tredjepart vesentlig fordi informasjonen blir påvirket av tolkens samarbeidsevne og evne til å oversette riktig.

1.6 Hensikt

Hensikten med studien var å beskrive sykepleiers opplevelser og erfaringer i bruk av telefontolk til voksne fremmedspråklige pasienter.

Forskningsspørsmål

- Hvordan opplever sykepleier i AMK i å kommunisere med pasienter i akutte situasjoner ved bruk av telefontolk når både tolk og pasient befinner seg andre steder?
- Hvilken kompetanse opplever sykepleier er viktig å ha i kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter når telefontolk anvendes?

2.0 METODE

I dette kapitlet redegjøres det for valg av studiens design, utvalg, datainnsamling og datanalyse.

2.1 Design

Til denne studien er det valgt en kvalitativ beskrivende design med bakgrunn i hensikten i å beskrive sykepleiers opplevelser og erfaringer ved bruk av telefontolk i kommunikasjon med fremmedspråklige voksne pasienter. Når det søkes å utvikle ny kunnskap og dypere forståelse av et fenomen egner kvalitative tilnæringer 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). 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. Jacobsen (2003) beskriver kvalitative tilnæringer som gode metoder når en ønsker å utvikle ny kunnskap og dypere forståelse av fenomenet det forskes på.

Gjennom kvalitative metoder kan vi «gå inn under huden» på informanten og få del i opplevelser og erfaringer, tanker og holdninger de har til et fenomen sett ut i fra deres syn på livsverden (Malterud 2011; Kvale og Brinkmann 2009). I kvalitative metoder brukes ofte frembrytende design der metoden utvikles etter hvert som prosjektet tar form (Polit og Beck 2012). Eksempler på avgjørelser som tas underveis er hvem som skal intervjues, hvor mange som skal intervjues og hvor lenge intervjuene skal pågå. Kvalitative metoder bygger på fortolkning av menneskelig erfaring og er relatert til fenomenologi og hermeneutikk og at refleksjon om hvilken forforståelse som finnes om fenomenet tydeliggjøres (Malterud 2003). Kvalitative forskningsintervju egner seg godt når målet er å innhente informantens beskrivelse og tolkning av et fenomen (ibid). Polit og Beck (2012) sier at målet med kvalitativ forskning er å utvikle forståelse av fenomener slik de fremstår i det erfarte liv og der man søker etter beskrivelser fremfor forklaringer.

Masteroppgavens problemstilling er kommunikasjon med fremmedspråklige voksne pasienter med behov for akutt helsehjelp der det etterspørres hvilke opplevelser og erfaringer sykepleier har i bruk av telefontolk. Informantene i studien kommuniserer med pasient og tolk ved hjelp

av telefon og har kun det verbale språket og eventuelle lyder som gråt, smerteuttrykk og roping å forholde seg til, noe som gjør kommunikasjonen spesielt utfordrende. Ut fra dette faller det seg naturlig å bruke en kvalitativ undersøkelse som metode basert på kvalitative intervjuer med utgangspunkt i forskningsspørsmål (Vedlegg 3). Ved å velge et kvalitativt forskningsintervju er målet å få frem informantenes erfaringer for så å forsøke å forstå og tolke deres livsverden (Kvale og Brinkmann 2009). I et kvalitativt forskningsintervju blir kunnskap produsert i fellesskap mellom intervjuer og informant og forskerens kompetanse innen fagfeltet og kunnskaper innen intervjutema står sentralt for kunnskapen som produseres (ibid).

2.2 Utvalg

Sammensetning av utvalg må skje på en slik måte at det gir tilstrekkelig informasjon om det studien har som mål å studere (Malterud 2011). I studien ble det gjort et strategisk utvalg relatert til problemstilling for å sikre at utsagnsgrunnlaget har riktig fokus og for å sikre mangfold og variasjon i datamaterialet. (ibid). Informanter i studien er åtte sykepleiere med arbeidssted i AMK (akuttmedisinsk nødsentral) som dekker to fylker i Sør-Norge. For å sikre et bredest mulig utvalg ble inklusjonskriteriene satt til sykepleiere av begge kjønn og i alle aldre med mer enn 2 års arbeidserfaring og som har erfaring i å motta henvendelser fra voksne fremmedspråklige pasienter der telefontolk blir brukt.

Første kontakt ble gjort telefonisk med avdelingssjef for å avklare interesse for studien. Det ble da informert om at vedkommende ville motta en skriftlig forespørsel som skulle returneres til masterstudent med signatur (Vedlegg 1). Etter avtale med avdelingssjef ble alle intervju gjort på arbeidssted og i arbeidstid. Hensikten med dette var og ikke belaste informantene i deres fritid da dette ikke kunne kompenseres økonomisk. All videre kontakt med informantene ble av avdelingssjef delegert videre til fagutviklingssykepleier som forespurte sykepleiere om deltakelse i studien. Ved bekreftende svar fikk hun tillatelse til å gi telefonnummer til studenten som tok kontakt med den enkelte for å avklare om vedkommende ønsket å delta. Informantene fikk da en kort informasjon om studien der det ble redegjort for tema i intervjuet slik at de kunne møte forberedt. De ble også informert om frivillighet i deltakelse i studien og at intervjuet ville bli tatt opp digitalt.

Før gjennomføring av intervju ble informasjonsbrev lagt fram og det ble satt av god tid så informanten fikk lest gjennom informasjonsbrevet (Vedlegg 2). Informanten ble oppfordret til å komme med spørsmål hvis det var noe som virket uklart. Masterstudenten gjennomgikk deler av informasjonsbrevet muntlig der det ble presisert at intervjuet var frivillig og at informant når som helst fram til publisering kan trekke seg og få data slettet, at datamaterialet ville bli anonymisert senest ved prosjektets slutt 31.07. 2014, at informanten sikres full konfidensialitet i hele prosessen og at i hovedsak vil ingen gjenkjenne informanten i den ferdige publikasjonen. Informanten ble også gjort oppmerksom på at ved bruk av direkte sitat eller annet som kan gjøre vedkommende gjenkjennelig for kollegaer, vil informanten motta en e-post for å godkjenne sitatene før de publiseres. Det ble også informert om at resultatene i studien i etterkant vil bli presentert på arbeidsplassen. Samtykkeerklæring ble så lagt fram for lesing og underskriving. Digital avspiller og intervjuguide ble tatt frem og informanten ble gjort oppmerksom på at masterstudenten også kom til å notere underveis hvis det dukket opp tema som trengte videre oppfølging.

Tabell 1. Alder og data på informanter

| | Alder | Erfaring fra AMK (år) | Ansiennitet som sykepleier (år) | Tilleggsutdanning | Kurs relatert til andre kulturer |
|--------|-------|-----------------------|---------------------------------|--------------------|----------------------------------|
| Kvinne | 59 | 20 | 30 | Psykologi grunnfag | Nei |
| kvinne | 51 | 26 | 28 | intensiv | Nei |
| mann | 60 | 21 | 36 | anestesi | Nei |
| kvinne | 39 | 9 | 14 | nei | Nei |
| kvinne | 48 | 4,5 | 23 | nei | Nei |
| kvinne | 49 | 3 | 10 | nei | Nei |
| kvinne | 33 | 4 | 7 | nei | Nei |
| kvinne | 39 | 2,5 | 12 | nei | Nei |

Gjennomsnittsalderen på informantene er 47 år og de har gjennomsnittlig 20 års erfaring som sykepleier. I snitt har de arbeidet 11 år på AMK. En av informantene har tilleggsutdanning innen psykologi grunnfag og to har videreutdanning innen intensiv og anestesi. Informantene hadde minimums erfaring med bruk av telefontolk på 8-10 ganger. En informant hadde vanskelig for å huske enkeltepisodes men ga rikelige generelle beskrivelser.

2.3 Datainnsamling

Før rekrutteringsprosessen startet ble det gjennomført et pilotintervju av masterstudenten med en AMK sykepleier. Hensikten var å teste spørsmålene i intervjuguide, få erfaring i å

gjennomføre intervju og i hvordan best stille utdypende spørsmål (Kvale og Brinkmann 2009). I pilotintervjuet ble en intervjuguide med to forskningsspørsmål brukt. Datamaterialet som fremkom var relevant for studien, men studenten anså det likevel nødvendig å revidere intervjuguiden. Etter gjennomført pilotintervju ble ny intervjuguide utarbeidet der noen av spørsmålene ble endret slik at de fremsto som mer åpne spørsmål som forsker antok ville gi mer utfyllende svar (Hsieh og Shannon 2005; Kvale og Brinkmann 2009). Pilotintervjuet gjorde også studenten bevisst på egen atferd under intervjuet. Mange tilbakemeldinger til informant medførte mye støy i opptaket og masterstudenten ble også mer bevisst på å legge inn pauser når informant var ferdig å snakke for å gi rom for ytterligere informasjon fra informant.

Det ble valgt å benytte individuelle kvalitative forskningsintervjuer som metode for datainnsamlingen. Åtte kvalitative semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med spørsmål relatert til forskningsspørsmålene (Vedlegg 3). Et semistrukturert intervju blir av Kvale og Brinkmann (2009) brukt når tema fra intervjupersonens dagligliv skal forstås sett ut fra informantens perspektiv, og utføres med intervjuguide som mal for å sikre dekning av de områdene som ønskes belyst. Under intervjuene ble det brukt digitalt lydopptak for å få eksakt nedfelte svar og for å ha full konsentrasjon om informanten.

Innledningsvis ble det hilst formelt og intervjuer redegjorde for egen utdanning, erfaring innen akuttmedisin og bakgrunn for valg av forskningsområde. Det fortsettes med litt småprat for å skape en trygg og rolig stemning. Masterstudenten la vekt på å opptre åpen, nysgjerrig og vennlig for på den måten å skape et godt klima i intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann 2009). I intervjuene ble det lagt vekt på å presentere innledningsspørsmålet så likt som mulig i alle intervju. Progresjonen videre i intervjuet ble styrt av det informanten sa og med utdypende spørsmål fra forsker relatert til intervjuguide. Enkelte intervju måtte styres noe fordi informant beveget seg vekk fra tema. Spørsmål som «kan du si litt mer om» og «du nevnte i sted at» ble brukt for å lede informanten tilbake til tema. Underveis gjennom intervjuene gjorde masterstudenten jevnlig oppsummeringer for å kvalitetssikre forståelsen av utsagnene (Kvale og Brinkmann 2009). Informanten ble avslutningsvis spurt om det var noe mer vedkommende ønsket å si noe om. Etter avslått lydopptak ble det snakket om hvordan opplevelsen var å bli intervjuet. Avslutningsvis ble det forespurt om e-post adresse for å sende sitater til godkjenning. Intervjuene er gjort i perioden 4. til 18. desember 2013 fordelt over tre dager. Intervjuene hadde en varighet på mellom 30 og 75 minutter.

2.4 Dataanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse ble valgt som metode. Metoden har en større nærhet til dataene enn studier innen fenomenologi og grounded theory (Sandelowski i Polit og Beck 2012). Innholdsanalyse som forskningsmetode er en systematisk og objektiv metode for å beskrive fenomener og er mye brukt innen psykiatri-, gerontologi- og folkehelsestudier. Metoden beskrives som fleksibel og som en utfordrende og kreativ prosess (Elo og Kyngäs 2008). Kvalitativ innholdsanalyse er en analyse av innholdet i narrative data for å identifisere fremtredende temaer og mønstre i temaene og innebærer å bryte ned data i mindre enheter ved hjelp av koding. Enhetene blir så navngitt i henhold til det innholdet de representerer, for deretter å gruppere det kodede materialet basert på felles begreper (ibid). I studien fokuseres det på sykepleiers erfaring med telefontolk i kommunikasjon med voksne fremmedspråklige pasienter i en akutsituasjon. Med bakgrunn i ovenfor nevnte beskrivelse ble innholdsanalyse valgt som metode for å få fram informantenes virkelighetsforståelse og ordrette beskrivelser av fenomenet (Elo og Kyngäs 2008).

Hele intervjuer egner seg godt til innholdsanalyse hvis de er store nok til å bli betraktet som en helhet og samtidig små nok til at det er mulig å se sammenhengen gjennom analyseprosessen (Graneheim og Lundman 2004). Det finnes mange beskrivelser av hvordan innholdsanalyse gjøres, men det avgjørende er å følge fremgangsmåten til valgt forfatter (ibid). Hsieh og Shannon (2005) beskriver tre tilnærminger til innholdsanalyse: konvensjonell, direkte og summativ. En konvensjonell innholdsanalyse innbefatter en induktiv eller deduktiv tilnærming. Ved induktiv innholdsanalyse formes kategoriene ut fra dataanalyseringen for å oppnå en dypere forståelse av fenomenet mens en med deduktiv tilnærming forsøker å teste ut allerede eksisterende teori. Induktiv innholdsanalyse brukes når målet er å beskrive et fenomen der eksisterende teori er mangelfull (ibid). En induktiv tilnærming innebærer at man går fra det spesifikke til det generelle og kan anvendes for å beskrive opplevelser og erfaringer og for å beskrive det manifeste eller det som er skjult i teksten (Elo og Kyngäs 2008). I denne studien utgås det fra det manifeste i de intervjuedes tekster. Hovedkategoriene identifiseres ut fra tolkning av kategoriernes innhold og gjenspeiler det sentrale i kategoriernes innhold. Kategoriene formes fra data under analysen og har som formål å lede til en dypere forståelse av fenomenet det forskes på (Hsieh og Shannon 2005).

Informantene i denne studien er sykepleiere med arbeidssted i AMK med erfaring i bruk av telefontolk i kommunikasjon med fremmedspråklige voksne pasienter og Elo og Kyngäs (2008) sin modell for induktiv tilnærming er valgt som analysemetode da det savnes mer kunnskap innen området. Hensikten er å få fram likheter og variasjoner i informantenes livsverden for så å gruppere de inn i subkategorier, kategorier og hovedkategorier (ibid).

Analyseprosessen gjennomføres i tre steg: forberedelse (velge dataenhet som skal analyseres), organisering og rapportering (Elo og Kyngäs 2008). I første fase velges analyseenhet med tema, hvilket i denne studien er sykepleiers erfaringer med telefontolk. I andre fase leses intervjuene nøye for å få helhetsforståelse av teksten. Organiseringen av de transkriberte intervjuene skjer gjennom åpen koding som innebærer at notater som svarer mot hensikten føres sammen. Denne prosessen innebærer at man noterer i margen mens man leser gjennom materialet. Prosessen gjentas til man når et metningspunkt (ibid). Dette danner grunnlaget for oppretting av subkategorier. 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. Dette kaller Elo og Kyngäs (2008) for abstraksjon, der subkategoriene abstraheres til mer generell beskrivelse av emnet og dannelse av hovedkategorier.

Gjennomføringen av de ulike fasene vil nå bli beskrevet.

Fase 1: Forberedende fase

I forberedelsesfasen ble forskningsområde valgt ut fra interesse masterstudenten har om kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter. Studenten satte seg grundig inn i temaet gjennom å lese forskningsrapporter for å danne seg et bilde av hvilke områder innen forskningen som opplevdes mangelfull. Tema ble deretter valgt, hvilket i denne studien er kommunikasjon med fremmedspråklige voksne pasienter i akuttsituasjoner ved bruk av telefontolk. Intervjuguide ble deretter laget ut fra hvilke områder som ønskes belyst. Spørsmålene i intervjuguiden danner grunnlag for kategoriene (Vedlegg 3).

Fase 2: Organiserende fase

Individuelle semistrukturerte intervjuer ble valgt for å få informasjon om tema. Etter hvert intervju ble det skrevet en oppsummering av intervjuet og klimaet i intervjuet. Deretter ble alle intervju lyttet på to ganger for å gjenskape intervjusituasjonen og for å få større nærhet til materialet. Intervjuene ble deretter transkribert fortløpende i den rekkefølgen som de ble gjennomført og nummerert fra IP 1 – IP 8. Intervjuene ble transkribert ordrett fra muntlig til skriftlig tekst for å få oversikt over innsamlet informasjon og 79 sider tekst ble skrevet ut og lest av forfatteren for å få en helhetsoppfatning av intervjuenes innhold og for å se etter fellesskap og variasjoner. I hvilken form intervjuet skal transkribes avhenger av hva som er hensikten med intervjuet, som i denne studien er det manifeste i de intervjuedes tekster (Kvale og Brinkmann 2009; Elo og Kyngäs 2008). Det ble derfor ikke registrert sukk, latter eller andre uttrykk i det transkriberte materialet. Alle intervjuene ble skrevet på bokmål for å sikre anonymiteten da rapporten planlegges offentliggjort på informantenes arbeidsplass.

Intervjuene ble så lyttet på samtidig som det transkriberte materialet ble lest for å kvalitetssikre at alt var skrevet ordrett. Alle intervjuene ble oppfattet som fullstendige intervjuer som så ble brukt for å finne meningsenheter under analyseprosessen (Elo og Kyngäs 2008; Graneheim og Lundman 2004; Hsieh og Shannon 2005). Intervjuene ble deretter skrevet ut med ekstra bred høyremarg for å gjøre en åpen koding fortløpende i materialet. Prosessen ble gjentatt tre ganger for å kvalitetssikre at relevante koder var valgt. Meningsbærende enheter ble identifisert relatert til hensikt og teksten deles så inn i ulike analyseenheter som i studien er hva sykepleier opplever fungerer bra, hva som oppleves vanskelig og hvilken kompetanse som oppleves som viktig i kommunikasjon med pasient der telefontolk benyttes. Ved å sammenligne de ulike intervjusvarene dannes et bilde av innholdet, for eksempel om de har svart likt/ulikt, og hvorfor. På bakgrunn av analysen diskuteres hvilke svar datamaterialet synes å gi på problemstillingen (Elo og Kyngäs 2008).

Det ble så gjort en kondensering av analyseenheter med koding relatert til likheter og forskjeller som deretter ble abstrahert til subkategorier og kategorier uten at essensen i datamaterialet tapes. Subkategoriene ble ført sammen i kategorier ut fra hva som kjennetegnet de ulike subkategoriene. Data som ligner hverandre eller er relatert til hverandre plasseres under samme kategori. (Elo og Kyngäs 2008).

Fase 3: Rapporterende fase

Hovedkategori identifiseres gjennom kategoriernes innhold og gjenspeiler det sentrale i teksten. Det ble brukt mye tid til å formulere subkategorier og kategorier før hovedkategori ble formulert, og som beskriver det underliggende, latente budskapet i funnene.

Tabell 2. Eksempel på gjennomføring av analysetrinnene

| Åpen koding | Formulert subkategori | Kategori | Hovedkategori |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Forberede tolk før pasient kobles inn på linja | Sykepleiers forventninger til tolk avklares | Faktorer som fremmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk | Sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes |
| Innleder med å fortelle tolken at vi må ha raske svar for å fastsette hastegrad | | | |
| Tolken tolker fortløpende mellom meg og pasient | Felles forståelse av samarbeidet | | |
| Tolken oversetter uoppfordret det han hører underveis | | | |
| Mister kanskje medisinske opplysninger som tolken ikke oppfatter | Misforhold mellom sykepleiers forventninger og tolkens utøvelse av tolkerollen | Faktorer som hemmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk | |
| Jeg skjønner ikke hva tolken sier og han misoppfatter meg | | | |
| Bryte inn og være veldig bestemt for å få konkrete svar | Sykepleiers tap av kontroll over samtalen | | |
| Kan være vanskelig å avbryte tolk for å få kontroll over samtalen | | | |
| Lang og variert erfaring og spesialutdanning gir faglig ballast og økt trygghet i jobben | Faglige kunnskaper og erfaringer innen akuttmedisin og kulturer | Faktorer hos sykepleier som fremmer god kommunikasjon med tolk og pasient | |
| Lære om andre kulturer for å møte de på en bedre måte | | | |
| Avbryte mellom tolk og innringer på en pen måte | Ivaretagelse av mellommenneskelige aspekter overfor pasient og tolk | | |
| Evne til innlevelse i situasjonen og god på empati og forståelse | | | |

2.5 Forskningsetiske overveielser

Etiske overveielser skal forankres gjennom hele prosessen fra prosjektet planlegges og fram til resultatet foreligger (Kvale og Brinkmann 2009). Hensikten med forskningsetikk er å bevisstgjøre forsker på etiske problemstillinger som kan oppstå relatert til både forskningsprosess og forskningsresultat slik at enkeltindivider og deltakere får den nødvendige beskyttelse. God forskningsetisk praksis vil bidra til tillit til forskningsresultater, forskere og forskersamfunnet generelt (Carlsen og Staff 2007).

Formålet med helseforskningsloven (2008) er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. De forskningsetiske retningslinjene bygger på de etiske prinsippene som ligger til grunn både i FN's menneskerettighetserklæring (FN sambandet 2014) og i Helsinkideklarasjonen (Helsinkideklarasjonen 2013). Studien ble gjennomført i samsvar med disse. Før innsamling av datamateriale startet opp ble forskningsprosjektet godkjent av NSD med prosjektnummer 35923.

Før oppstart av en studie som involverer mennesker bør en vurdering av risiko og nytteverdi gjøres, relatert til fordeler og ulemper for informanter og andre berørte parter (Helse- og omsorgsdepartementet 2005 b). I et forskningsintervju er det et asymmetrisk maktforhold mellom intervjuer og den intervjuede og det må gjøres etiske overveielser gjennom hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann 2009). Gjennom å bli intervjuet kan forskjellige tanker og følelser settes i gang hos informanten og det må skapes rom for at den intervjuede også får satt ord på dette. Kvale og Brinkmann (2009 s. 91) sier at «*Det etiske prinsippet om velgjørenhet (beneficence) betyr at risikoen for å skade en deltaker bør være lavest mulig*». I dette ligger det at fordelene og betydningen for informant må veie tyngre enn risikoen for å skade informanten. Ansvar for å vurdere mulige konsekvenser for deltakeren og den gruppen de representerer ligger hos masterstudenten. Informanten kan også oppleve det som en positiv opplevelse å bli intervjuet og kan også selv få ny innsikt gjennom å ha en tilhører som er opptatt av hvordan vedkommende oppfatter sin livsverden (ibid).

Spørsmålene informantene ble stilt er ikke sensitive, men kan eventuelt oppleves som mangel på kompetanse hvis bruk av telefontolk ikke har vært tilfredsstillende ut fra pasientens behov, og kan således oppleves som en risiko. Informantene fikk anledning til å lese gjennom utvalgte sitat som berører den enkelte for godkjenning før publisering. Nytteverdien er å få økt kunnskap om sykepleiers erfaringer i bruk av telefontolk i akutsituasjoner for å forbedre

kommunikasjonen og er overførbar til andre AMK sentraler som benytter telefontolketjeneste og også andre institusjoner der slik tjeneste anvendes. Arbeidsstedet der undersøkelsen ble gjort vil også kunne oppleve nytteverdi når resultatet fremlegges fordi nødvendige tiltak da kan gjennomføres for å forbedre dagens situasjon.

Informantene fikk informasjon om at intervjuene er frivillige og at de kan avbryte intervju hvis de ønsker det uten å oppgi begrunnelse og at alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informantene skrev under på samtykkeerklæring etter å ha fått muntlig og skriftlig informasjon om hva det innebærer å delta. Samtykkeerklæring ble oppbevart i låst skap hos studenten og makuleres etter avsluttet masteroppgave. I det transkriberte datamaterialet ble informantene registrert med nummer og det ble ikke opprettet noen lister som kunne knytte enkeltpersoner eller institusjoner til dataene. Lydopptak ble registrert med nummer og oppbevart nedlåst hos studenten, atskilt fra transkribert materiale.

Informantene ble sikret full anonymitet ved at all data ble avidentifisert. Transkribering ble gjort på arbeids PC med Feide passord som sikrer at ingen andre enn studenten har tilgang til PC. All innsamlet materiale ble oppbevart forsvarlig under studien og makuleres etter avsluttet masteroppgave. Sikkerhetskopi ble gjort på kryptert minnepenn med passord. Informantene ble informert om at intervjuopptakene ville bli slettet senest juli 2014. All informasjon er behandlet på en slik måte at informantene ikke kan identifiseres direkte eller indirekte (Sykepleiernes samarbeid i Norden 2003).

3.0 RESULTAT

Hensikten med studien var å beskrive AMK sykepleiers erfaring med bruk av telefontolk i kommunikasjon med voksen fremmedspråklig pasient i en akuttsituasjon. Informantene beskriver ulike opplevelser, og variasjonene kunne gjennom analysen sammenfattes i subkategorier og kategorier. Tre kategorier og ni subkategorier fremkom i det kodede materialet som så ble samlet i en hovedkategori. Tabell tre viser oversikt over funnene.

Tabell 3. Sykepleiers erfaring med bruk av telefontolk i kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter

| Hoved-kategori | Sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Kategori | Faktorer som fremmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk | Faktorer som hemmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk | Faktorer hos sykepleier som fremmer god kommunikasjon med tolk og pasient |
| Subkategori | Forberede tolk før pasient kobles inn på linja | Misforhold mellom sykepleiers forventninger og tolkens utøvelse av tolkerollen | Faglige kunnskaper og erfaringer innen akuttmedisin og kulturer |
| | Sykepleiers styring og tilrettelegging av kommunikasjonen mellom tolk og pasient | Sykepleiers tap av kontroll over samtalen | Ivaretagelse av mellommenneskelige aspekter rettet mot pasient og tolk |
| | Felles forståelse av samarbeidet | Manglende ivaretagelse av mellommenneskelig empati | God formidlingsevne for å unngå misforståelser |

De tre kategoriene beskriver hvilke faktorer som har innvirkning på kommunikasjonen når sykepleier kommuniserer med fremmedspråklige pasienter gjennom bruk av telefontolk. Første kategori omhandler hvilke faktorer som fremmer god kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk, andre kategori beskriver hvilke faktorer som hemmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk og tredje kategori beskriver hvilke faktorer hos sykepleier som fremmer god kommunikasjon med tolk og pasient.

Kategoriene beskrives i henhold til strukturen som er presentert i tabellen og både det unike i kategoriene og variasjonen i informantenes oppfatninger beskrives. I resultatet blir det brukt sitater for å underbygge masterstudentens beskrivelser for å bedre få frem sykepleiers mening

og å gi leseren et bredere inntrykk (Graneheim og Lundman 2004). Etter hvert sitat blir informantene presentert med et nummer i parentes. Første del av presentasjonen omhandler hovedkategorien som er det latente, gjennomgående temaet i informantenes beskrivelser.

3.1 Sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes

Informantenes beskrivelser av hvordan de opplever å kommunisere med fremmedspråklige pasienter i en akuttsituasjon ved bruk av telefontolk viser varierte positive og negative erfaringer og opplevelser. Positive erfaringer er relatert til når sykepleier klarer å legge til rette for god kommunikasjon med tolk gjennom å avklare forventninger og styre samtalen. Videre hvordan språket tilpasses etter tolkens norske kunnskaper og der de opplever at tolk og sykepleier har en felles forståelse av samarbeidet slik at sykepleier får nødvendig informasjon om pasientens tilstand.

Negative erfaringer er relatert til manglende tilbakemelding om pasientens status, usikkerhet om tolkens norske kunnskaper og evne til å oversette informasjon slik at hastegrad kan fastsettes. Informantene beskriver situasjoner der de mister kontroll over samtalen og situasjoner som medfører at de ikke får nødvendig informasjon om pasientens status.

Kompetanse som sykepleierne oppgir er relatert til sykepleiers kunnskaper og erfaringer fra lignende akuttsituasjoner, egenskaper for å ha kontroll over samtalen, evne til å ivareta tolk og pasient på en god måte og god formidlingsevne så misforståelser unngås. Det fremkommer at det savnes kulturkunnskap og at det kan ha innvirkning på samspillet med pasient og tolk.

Beskrivelsene som informantene gir er relatert til samhandlingen (interaksjonen) mellom sykepleier, tolk og pasient og synliggjør det gjennomgående innholdet i alle kategoriene. Hovedkategori er derfor formulert til: *Sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes.*

3.2 Faktorer som fremmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk

Denne kategorien ble formulert fra tre subkategorier: Sykepleiers forventninger til tolk avklares, sykepleiers styring og tilrettelegging av kommunikasjon mellom tolk og pasient og felles forståelse for samarbeidet.

3.2.1 Forberede tolk før pasienten kobles inn på linjen

En måte å kommunisere på er å informere om hva som skal skje. Informantene beskrev hvordan de avklarte forventninger de hadde til tolken før pasienten kobles til linjen for å forberede tolken på hva det gjelder. Et eksempel var at sykepleier forklarte tolken på forhånd, før pasienten ble koblet inn, at vedkommende kom til å stille de og de spørsmålene og at tolken da skulle starte med å stille pasienten spørsmålene og komme tilbake til sykepleier med svarene. De beskrev også at de informerte om at de må ha raske svar for å fastsette hastegrad og hvilke forventninger de har til tolken der tolken blir bedt om å oversette alt ordrett mellom sykepleier og pasient så informasjon ikke mistes. Det å avklare forventninger til tolk ble beskrevet som fundamentet for at samarbeidet skulle bli optimalt så riktig helsehjelp raskt ble avklart.

Så jeg må jo bare gå ut i fra at den instruksjonen som jeg gir fra meg, da sier jeg jo det at nå skal jeg fortelle deg hva du skal si til de som er på stedet, og da er det kjempeviktig at du sier det akkurat slik som jeg sier det nå, ikke på noen annen måte. (intervju 5)

Informantene beskrev også situasjoner der de på grunn av tidspress ikke hadde tid til å informere tolken om forventninger for samarbeidet og oppga da at det avhang av hvilken oppfatning sykepleier hadde av pasientens situasjon. Dette kunne være situasjonsbetinget og avhang av hvor akutt sykepleieren opplevde at situasjonen var for pasienten. Sykepleiers interaksjon mot tolk gikk ut på å tilrettelegge for god samhandling. Gjennom å orientere tolken om forventningene som sykepleier hadde til samarbeidet legges det til rette for at samhandlingen mellom tolk og sykepleier skulle bli optimal slik at sykepleier fikk nødvendig informasjon om pasientens tilstand. Avklaring av roller ble oppfattet som vesentlig i samarbeidet med tolk for at samarbeidet skulle bli optimalt så pasienten fikk rask helsehjelp. Sykepleier beskrev at når rollene var avklart vil det også medføre at kommunikasjonen mellom sykepleier, tolk og pasient er sentrert om det som sykepleier trengte av informasjon.

3.2.2 Sykepleiers styring og tilrettelegging av kommunikasjonen mellom tolk og pasient

Sykepleierne forklarte gjennomgående hvordan de styrer samtalen og legger til rette for at kommunikasjonen skal fungere optimalt så fastsetting av hastegrad skjedde raskt. Et eksempel var hvordan sykepleier brøt inn i samtalen når det var pause mellom tolk og pasient for å få stilt ytterligere spørsmål. Et annet eksempel var at sykepleier gjennom å styre samtalen sikret at tolk og pasient ikke gikk inn i tett kommunikasjon så nødvendig informasjon mistes. Videre beskrev de hvordan de styrte og hadde kontrollen over samtalen slik at nødvendige tiltak kunne gjennomføres. Gjennom å styre samtalen ville måloppnåelsen med samtalen lettere kunne nås, som i dette tilfellet var avklaring av pasientens situasjon og vurdering av relevant helsehjelp. Når tolken var innforstått med sin rolle lot de seg også lettere styre av sykepleier, dette oppgis også å ha sammenheng med tolkens egenskaper i å la seg styre av sykepleier.

Vi må på en måte styre hele samtalen sånn så de på en måte ikke blir så veldig tette at vi går glipp av nødvendig informasjon.. (intervju 4)

Sykepleierne erfarte at bruk av Norsk Indeks var et viktig styringsverktøy for å få nødvendig informasjon om pasientens tilstand og at verktøyet opplevdes som enda viktigere når kommunikasjonen gikk gjennom tolk. Eksempel som gis var at indeksen var verktøyet som styrte hele telefonsamtalen. Styringsverktøyet var også med på å gi sykepleier større trygghet i jobben generelt sett og er en form for mal som skal benyttes ved alle nødsamtaler.

..når jeg bruker tolk prøver jeg å være veldig slavisk mot indeksen.. kan jeg ikke forvente å få svar på flere ting ut i fra det pasienten sier. Jeg får ikke noe ekstra. (intervju 3)

Informantene beskrev også sin erfaring i å legge til rette for at kommunikasjonen skulle bli optimal så sykepleier fikk nødvendig informasjon fra pasient og slik at samtalen ikke ble forstyrret av manglende forståelse fra tolkens side. Det ble oppgitt at mange av tolkene snakket gebrokkent norsk og at det må brukes et språk som ikke kan misforstås. Gjennom å forenkle språket og ta hensyn til tolkens norskkunnskaper tilrettelegges kommunikasjonen så misforståelser skal unngås. Et eksempel er å unngå norske ord med dobbeltbetydning og bruke enkle spørsmål som ikke krever lange svar fra pasienten.

..må prate med litt større bokstaver enn det jeg vanligvis gjør. Og å forsikre meg om at vedkommende har forstått hva jeg sier.. Jeg er kanskje mer omstendelig i formuleringen min, med ord, for at vedkommende skal catche det.. (intervju 2)

Det fremkom også erfaringer der det bare i halvparten av samtalene var sykepleier som styrte og hadde kontrollen i samtalen. Slike situasjoner kan ha stor innvirkning på kravet om fastsetting av hastegrad fordi det tar lengre tid å få avklart pasientens situasjon.

Mens i den andre halvparten så opplever jeg det at da er det jeg som på en måte har kontrollen, jeg stiller spørsmål og får de svarene jeg vil ha.. (intervju 7)

Gjennom å bruke konkrete spørsmål, omformulere spørsmål og kvalitetssikre spørsmålene med nye spørsmål avklares det om tolken har oppfattet spørsmålene riktig. Tiltakene som de beskrev vil alle være med på å påvirke responstiden som AMK har der hastegrad helst skal være fastsatt innen 50 sekunder etter pasienthenvendelsen. I situasjoner der telefontolk brukes vil kravet til responstid være vanskelig å nå fordi det går minst par minutter før tolk er tilgjengelig og ytterligere tid før pasientens situasjon er avklart, noe som er en ekstra stressfaktor for sykepleier.

3.2.3 Felles forståelse av samarbeidet

Viktighet av samarbeid mellom sykepleier og tolk ble påpekt av informantene. Når samarbeidet var på sitt beste påvirket det også hvor raskt pasientens situasjon ble avklart. Sykepleierne oppga at felles forståelse av samarbeidet har innvirkning på kommunikasjonen mellom sykepleier og tolk så sykepleier skal få nødvendig informasjon om pasientens tilstand og det fremkom at det var viktig å spille på lag. Når partene i en samhandlingssituasjon er klar over hverandres roller øker også tryggheten for sykepleier, samtidig som hensikten med kommunikasjonen lettere oppnås. I samspillet mellom sykepleier og tolk vil mye avhenge av hvilke evner begge parter har i å samarbeide. Et eksempel var når sykepleier opplevde at tolken stilte sykepleiers spørsmål, oversatte svaret fortløpende og så var klar for neste spørsmål slik at kommunikasjonen ble effektiv, noe som informanten opplevde som trygghetsskapende. Tolken har i midlertidig en spesiell rolle fordi han kan begge språkene og sykepleier er prisgitt tolkens evne til samarbeid og evne til å tolke riktig.

...jeg formidler et spørsmål til dem, de snakker sånn en setning og to... Og så hører jeg pasienten, innringer sier noe og så får jeg det oversatt direkte. (intervju 3)

Informantene oppga også at de i noen tilfeller måtte begrunne spørsmålet for å få svar fra pasienten hvis det var mannlig tolk og kvinnelig pasient og at tolken da klarte å innhente

opplysningene fra pasient. Felles forståelse av samarbeidet medførte også at tolken uoppfordret oversatte det pasienten sa og der sykepleieren etterspurte mer informasjon hvis det var manglende tilbakemelding fra tolk.

De sier gjerne hvis de hører noe som har med pasienten å gjøre ... så opplever jeg det at de sier i fra... For jeg spør ofte, hva sier de nå, hvis jeg ikke hører noe ... da sier jeg at nå må du fortelle meg hva de sier. (intervju 5)

Ved å la tolken føre toveis-kommunikasjon med pasienten for å få innhentet informasjon om pasientens status fikk sykepleier tilgang til ytterligere informasjon. Felles forståelse vises ved at tolken stopper opp hvis sykepleier bryter inn i samtalen. Dette er i midlertidig i strid med vanlig tolkeskikk.

... At man har en tolk som på en måte får hentet ut litt mer informasjon i fra innringer ved og på en måte ha en sånn toveis samtale ... For så fort jeg bryter inn, så stopper han litt opp ... (intervju 7)

I resultatet fremkom det at sykepleier opplevde at felles forståelse av samarbeidet forbedret samhandlingen mellom tolk og sykepleier så nødvendige opplysninger om pasientens tilstand avklares raskt. Felles forståelse ble opplevd som helt essensielt i samarbeidet med tolk. De forklarte hvordan tolken er med på å avklare pasientens situasjon når tolken er innforstått med sin rolle, at tolken oppfatter spørsmålene raskt og oversetter raskt slik at sykepleiers trygghetsfølelse øker. De beskrev at tilbakemeldinger fra tolken viste at tiltak ble gjennomført, at tolken var lydhør for sykepleiers spørsmål og hvordan noen tolker også kvalitetssikret at de hadde forstått spørsmålene som sykepleier stilte og også ba om nye spørsmål fra sykepleier.

3.3 Faktorer som hemmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk

Denne kategorien ble formulert fra tre subkategorier: Misforhold mellom sykepleiers forventninger og tolkens utøvelse av tolkerollen, sykepleiers tap av kontroll over samtalen og manglende ivaretagelse av mellommenneskelig empati.

3.3.1 Misforhold mellom sykepleiers forventninger og tolkens utøvelse av tolkerollen

Informantene uttrykte at det var vanskelig å vurdere om tolken oversatte informasjonen som sykepleier ga på en forståelig måte overfor pasient og at det var vanskelig å kvalitetssikre om tolken oversatte spørsmålene på riktig måte slik at pasienten forsto det. Det ble også uttrykt usikkerhet på om tolken klarte å formidle veiledning i forhold til tiltak som skulle gjennomføres på en forståelig måte. Et eksempel var sykepleiers opplevelse av stress i hjertestanssituasjoner når det opplevdes som usikkert om tolken forsto instruksjonen. Tidspresset medførte også at sykepleier ikke kunne ta med forklaringer men må stille enkle spørsmål som krevde enkle svar. I dette ligger også redselen for å miste viktige medisinske opplysninger som tolken ikke oppfattet og usikkerhet knyttet mot tolkens evne til å oversette mellom sykepleier og pasient på en forståelig måte.

... kan jeg gå ut i fra at han stiller akkurat det spørsmålet som jeg stilte? Det får ikke jeg kvalitetssikret. (intervju 4)

De beskrev også manglende tilbakemelding fra tolk der de opplevde at tolken ikke oversatte informasjonen som pasienten ga fortløpende, men gikk videre i samtalen med pasient slik at sykepleier måtte etterspørre informasjon fra tolk. Kvaliteten ble også oppfattet som dårlig når tolken ikke oversatte fortløpende. Et eksempel var sykepleiers følelse av og ikke ha fått nødvendig informasjon om pasientens status fordi informasjonen ble silt gjennom tolken. Det fremkom også at lang og tett dialog mellom tolk og pasient skjedde uten at sykepleier fikk tilbakemelding og at det medførte usikkerhet om tolken stilte egne tilleggsspørsmål. Et annet eksempel viste at manglende tilbakemelding og tett dialog mellom tolk og pasient medførte at det opplevdes som vanskelig å få svar på de viktigste spørsmålene først, noe som kan forsinke vurdering av hastegrad og også responstid.

Noen ganger har tolken den informasjonen allerede og bare sier det til meg, og andre ganger må det enda et spørsmål til. ... Da forstår jeg det at de har faktisk gått videre i samtalen, men tolken har bare ikke gitt meg beskjed ... (intervju 3)

I situasjoner der tolk og pasient førte tett toveis- kommunikasjon uten å involvere sykepleier kunne informantene også bli bedt om og ikke avbryte samtalen mellom tolk og pasient og uttrykte usikkerhet på om det var noe mer som skjedde i samtalen som ikke ble videreformidlet til sykepleier. Et eksempel er der sykepleier forstår at tolk og pasient har gått videre i samtalen uten at informasjon er oversatt videre til sykepleier. Det oppgis at det kan

være vanskelig å få tolken til å forstå at han må stoppe opp i samtalen med pasient og oversette til sykepleier, og usikkerheten sykepleier opplever når hun ikke fikk nødvendig informasjon raskt nok slik at responstiden forsinkes.

Men så har jeg også opplevd situasjoner der jeg har hatt pasienter, hvor tolken og pasienten på en måte overtar og bare prater seg i mellom, og jeg får ikke stilt spørsmål ... klarer ikke å bryte inn i samtalen før det har gått ganske lang tid da ... de lar ikke oss styre samtalen selv om vi ber om det... (intervju 5)

Informantene beskrev situasjoner der de opplevde at tolken ikke hadde gode nok norskkunnskaper slik at det oppsto misoppfatninger og derav forsinkelse i vurdering av hastegrad. I et eksempel ble det beskrevet at det ofte ble brukt lang tid på å få tolken til å skjønne hva sykepleier sa, og at det da ble opplevd som å få to problem. De oppga at tolken ikke forsto sykepleier og at heller ikke sykepleier forsto hva tolken sa. Videre fremkom det at tolken kan ha problemer med å beskrive pasientens situasjon, slik som definering av smertegrad og beskrivelse av hvor smertene sitter. Dette kunne føre til at responstiden ble forsinket fordi sykepleier måtte gjenta spørsmålene og også omformulere de for at tolken skulle forstå.

Og noen ganger så tviler jeg litt på kompetansen, språkkompetansen til tolk ... jeg har problemer med å skjønne det de sier på norsk og jeg tror at de misoppfatter noen ting som jeg sier. (intervju 8)

De erfarte også at det kunne være vanskelig å få rask tilbakemelding og at det var vanskelig å avbryte for å få innhentet nødvendig informasjon. Et eksempel var at tolk og pasient overtok samtalen og der sykepleier ikke fikk stilt spørsmål før det hadde gått lang tid. Et annet eksempel var opplevelsen av å ikke nå inn til tolken med spørsmålene fordi kommunikasjonen mellom tolk og pasient var så tett. Slike situasjoner kan også være med på å forlenge responstiden fordi det skjer en forsinkelse i vurdering av hastegrad.

... pasienten kommer fortsatt til å svare like langt på det nye spørsmålet jeg har da som jeg synes det haster å få svar på. Det er like greit og like effektivt og bare la de snakke ferdig ... Og så kan jeg eventuelt komme med tilleggsspørsmål hvis jeg lurer på noe mer. (intervju 8)

Sykepleierne erfarte også at de ikke fikk nødvendig informasjon om pasientens status når kvinnelige pasienter kommuniserte med mannlig tolk. Et eksempel var knyttet opp mot spørsmål om blødning i underlivet var like stor som en vanlig menstruasjon, noe som pasienten ikke klarte å formidle gjennom en mannlig tolk. De oppga at viktige opplysninger

ikke fremkom og knyttet det opp mot kjønn på tolk og pasient og hva som var akseptable samtaleemner innenfor ulike kulturer.

En erfaring jeg har med å stille spørsmål i den sammenhengen er at jeg heller ikke får noe svar da. Eller at kvinnen ikke kan fortelle en mann hva det gjelder. (intervju 1)

Videre ble det også beskrevet at kommunikasjon mellom mannlige tolker og kvinnelige sykepleiere kunne medføre manglende tilbakemelding fra tolk og der tolken måtte irrettesettes av sykepleier og påminnes sin rolle i kommunikasjonen.

... enkelte mannlige tolker ... virker litt uinteressert. Jeg må jo minne de på at det er AMK som stiller spørsmålene og som får svar på det. (intervju 6)

Informantene oppgir at god empatisk ivaretagelse av pasient vanskeliggjøres når kommunikasjonen skal gå gjennom telefontolk. De har mistet all direktekontakt med pasienten og det oppleves som vanskelig å klare å ivareta pasienten på en empatisk god måte. Et eksempel var at det vanskeliggjør bruk av samtaleteknikk og valg av ord for å roe ned pasienten. Manglende direktekontakt med pasienten medførte også at det opplevdes vanskelig å bruke intuisjon.

... det hender at jeg senser ting som står mellom linjene. Kunnskapsfølelsen min sier at det her er noe mer enn det. Og det klarer jeg kanskje ikke å få via tolken (intervju 2)

I interaksjonen mellom sykepleier og tolk beskrev sykepleier situasjoner der de var redd for å miste medisinske opplysninger som tolken ikke oppfatter og at det kunne være vanskelig å vurdere om tolken oversatte på en forståelig måte. Tidspress for å vurdere hastegrad gjorde også at forklaringer ikke kunne tas med i kommunikasjonen og de beskrev også at det var vanskelig å kvalitetssikre spørsmålene. Dårlige norskkunnskaper hos tolk gjorde at det tok lengre tid å avklare pasientens situasjon, og de beskrev også situasjoner der tolken hadde vanskeligheter med å forstå beskrivende ord som kan være til hjelp for sykepleier for å vurdere pasientens situasjon. Tett toveis-kommunikasjon mellom tolk og pasient med manglende tilbakemeldinger til sykepleier ble også beskrevet der samtalen fortsatte selv om sykepleier brøt inn. Samhandlingen mellom sykepleier og tolk opplevdes som vanskelig når sykepleier ikke fikk nødvendig informasjon om pasientens tilstand når de var i kontakt med kvinnelige pasienter der det var mannlige tolk. Det kunne også oppleves problematisk å få nødvendig informasjon når sykepleieren kommuniserte med mannlige tolk der hun måtte

etterspørre svar fra tolken. Samhandling gjennom en tredjepart opplevdes også som vanskelig fordi det vanskeliggjorde bruk av intuisjon for å avklare pasientens tilstand.

3.3.2 Sykepleiers tap av kontroll over samtalen

Informantene hevdet at de hadde opplevd situasjoner der de har mistet kontroll over samtalen og må bryte inn for å ta tilbake kontrollen. Et eksempel var sykepleiers beskrivelse av å måtte opptre bestemt og bisk og på en brå måte overta kontrollen over samtalen. I andre eksempler forklarte sykepleier hvordan vedkommende prøvde å ta over kontrollen på en høflig og vennlig måte. I beskrivelsene fremkom det også hvilke egenskaper som opplevdes som vesentlige, slik som det å opptre myndig og ha evnen til å ta over kontrollen over samtalen.

...da må man ta på seg strenge stemmen og si at nå må du høre...Jeg må styre samtalen. Du må på en vennlig og høflig og bestemt måte si at nå må vi stoppe opp og så må du høre hva jeg sier (intervju 5)

Det fremkom også erfaringer som tilsa at det ikke hadde noe hensikt å avbryte samtalen og der sykepleier ventet og lot tolk og pasient kommunisere og bare avbrøt hvis det var spørsmål som trengte rask avklaring. Dette vil være med på å forsterke den tette kommunikasjonen mellom tolk og pasient, og også medføre forsinkelser i responstid.

Jeg venter. Noen ganger så avbryter jeg, hvis det er noe som jeg må ha svar på fort. For det pleier ikke å være så effektivt å bryte inn. (intervju 8)

Manglende kontroll og styring over samtalen og manglende tilbakemelding til tolk gjorde også at kommunikasjonen mellom tolk og pasient fikk fortsette.

... så hun har på en måte lyst til å fortelle alt så det blir vanskelig for tolken å både sortere og stoppe henne. Og får jo ikke mer input fra meg om hva vi er ute etter å vite. (intervju 8)

Interaksjonen mellom sykepleier og pasient oppgis å være vanskelig når sykepleier må bryte inn i samtalen mellom tolk og pasient. Informantene uttalte at det enkelte ganger ble gjort på en hard måte mens de i andre tilfeller klarte å bryte inn på en vennlig måte ved å gjøre tolk oppmerksom på at sykepleier skulle styre samtalen. Det beskrives som vanskelig å avbryte mellom tolk og pasient og at manglende tilbakemelding fra sykepleier kan være medvirkende årsak til at toveis-kommunikasjon mellom tolk og pasient får fortsette.

3.3.3 Manglende ivaretagelse av mellommenneskelig empati

Når all interaksjon mellom sykepleier og pasient skulle foregå gjennom en tredje part opplevde sykepleier det vanskelig å ivareta pasienten på en empatisk og god måte og at det vanskeliggjorde mulighetene til å vise medfølelse, gi emosjonell støtte og skape et nært forhold til pasienten. Et eksempel på å møte pasienten på en empatisk god måte var å prøve å få tolken til å oversette sykepleiers medfølelse til pasienten. På den måten fikk heller ikke sykepleier det til å bruke ord og samtaleteknikker som kunne vært med på å roe ned en engstelig pasient.

...det blir vanskelig via tolken igjen fordi det er jo tolken jeg prater med. Det er vanskelig for meg å vise empati og medfølelse og sånn via tolken. (intervju 2)

Når mennesker henvender seg til AMK er det ofte alvorlige årsaker til det, men det kan også være enkle årsaker som ikke krever ambulansetrykning. Ved god empatisk ivaretagelse av pasienten kan situasjonen roes ned slik at årsak til henvendelsen raskt kan avklares så pasienten får rett helsehjelp.

3.4 Faktorer hos sykepleier som fremmer god kommunikasjon med tolk og pasient

Denne kategorien ble formulert ut fra fire subkategorier: Faglige kunnskaper og erfaringer innen akuttmedisin og kulturer, ivaretagelse av mellommenneskelige aspekter rettet mot pasient og tolk, handlingsberedskap for uavklarte situasjoner og god formidlingsevne for å unngå misforståelser.

3.4.1 Faglige kunnskaper og erfaringer innen akuttmedisin og kulturer

Kunnskap og erfaring ble ofte nevnt i sammenheng og ble brukt for å beskrive sykepleiers personlige og faglige kompetanse. Kunnskap kom fra grunn- og videreutdanning i sykepleie og gjennom personlig erfaring. Faglige kunnskaper innen sykdomslære opplevdes som viktig for å bedre kunne gjøre en førstevurdering av hva årsaken til henvendelsen var, vurdere riktig hastegrad og gjennom det å instruere tolken på riktig måte. Et eksempel var at sykepleier ofte stilte en prehospital diagnose ut fra opplysningene som fremkom for så å formulere veiledningen til tolken ut fra det. Det ble påpekt at dette hadde betydning for hvordan veiledningen da ble gjennomført. Informantene uttalte at variert erfaring fra lignende situasjoner var vesentlig når de kommuniserte med pasient gjennom bruk av telefontolk der

erfaringen var med på å gi sykepleieren trygghet i jobben. Et eksempel var at lang og variert erfaring, spesialutdanning som anestesisykepleier og erfaring i å kommunisere via telefon ga faglig ballast i kommunikasjonen.

Jo mer erfaring du har, relevant erfaring i form av at ting skal skje litt fort eller en skal catche en situasjon fort ...så gir det meg en trygghet at jeg har jobbet på intensiv i så og så mange år. Jeg har sett pasienter som har sett sånn og sånn ut. (intervju 3)

Det ble også beskrevet hvordan bruk av intuisjon kunne være avgjørende for fastsetting av hastegrad når situasjonen opplevdes uavklart. Intuisjon ble relatert til lang erfaring, og forståelse av at situasjonen var alvorligere enn den fremsto og som medførte at sykepleier valgte å ikke følge retningslinjene i medisinsk indeks fordi følelsen tilsa at dette var alvorligere.

Intuisjonen din sier deg likevel at dette her er helt galt ...Og kanskje da, ikke minst ved å benytte en høyere hastegrad enn hvis jeg får ut fra indeksen. (Intervju 2)

Sykepleierne uttalte at kunnskaper om andre kulturer var viktig i møte med fremmedspråklige pasienter for å ha forståelse for kjønnsrelatert problematikk og for hva som kjennetegner kommunikasjonen i ulike kulturer. Et eksempel var at sykepleier ville blitt mer engstelig hvis pasienten var fra en kultur med høyt lydnivå, og lydene ikke var der.

... det med kjønn at det kan bety noe, det er vanskelig å vite. Jeg tenker den type kunnskap egentlig. (intervju 3)

I studien fremkom det at informantene savnet kunnskap om kulturelle forskjeller og at slik kunnskap kunne ha betydning for kommunikasjon med pasienten.

Sykepleierne beskrev hvordan de forholdt seg når situasjonen var uavklart. Viktige egenskaper som ble beskrevet var å kunne takle forskjellige måter å arbeide på og å ha variert erfaringsbakgrunn relatert til lignende situasjoner. Bruk av hørsel ble av flere nevnt som vesentlig for å danne et helhetsbilde av situasjonen og ble brukt som tilleggsinformasjon for å avklare pasientens situasjon. Aktiv lytting innebar å få tilleggsinformasjon gjennom hørsel og dannet grunnlag for videre spørsmål. Evne til å klare å sortere ut uvesentlig informasjon ble også oppgitt som viktig. Et eksempel var å kunne beherske vanskelige situasjoner og være lydhør og lytte til det som ble sagt for å danne et helhetsbilde av situasjonen og stille videre spørsmål ut fra det.

*... beherske vanskelige situasjoner når jeg ikke sånn umiddelbart skjønner hva som er galt ...
Lydhør ... lytte ... (intervju 5)*

Videre forklarte de hvordan de gjennom å ha god struktur i samtalen der sykepleier styrte kommunikasjonen fikk innhentet nødvendig informasjon om pasientens tilstand og at det opplevdes som spesielt viktig når informasjonen skulle foregå gjennom telefontolk. Et eksempel var å stille konkrete spørsmål som tolken skulle videreformidle til pasient. I forhold til god struktur var indeksen styringsverktøyet som ble brukt, men det fremkom også at man ikke alltid kunne følge indeksen men der innhenting av informasjon ble tilpasset situasjonen.

... du må ha en struktur i samtalen uansett. Men kanskje enda mere struktur når du prater via en tredjeperson. (intervju 6)

For og lette samhandlingen oppga informantene personlige egenskaper som sykepleier må ha. De beskrev egenskaper som er viktige å ha når situasjonen er uavklart, det å beherske uavklarte vanskelige situasjoner, ha god struktur og kontroll over samtalen, være lydhør for tolkens tilbakemeldinger og endre spørsmålsstillingen hvis sykepleier opplever at tolken ikke forstår.

3.4.2 Ivaretagelse av mellommenneskelige aspekter rettet mot pasient og tolk

Man brukte sin empatiske evne til å møte pasient og tolk på en god måte for ikke å miste viktig informasjon om pasienten. Et eksempel var at sykepleier prøvde å avbryte mellom tolk og pasient på en mellommenneskelig god måte og fremstå som profesjonell overfor tolk.

Så det er jo måten du bryter av mellom tolk og innringer også ... Hvordan framstår du overfor tolk som da skal være vårt kontaktledd til innringer ...stemmen din, snakker du rolig, litt sånn ydmykt eller er du helt Ahhhhh, litt er oppe, så virker du stresset på innringer. Som gjør at han kan hoppe over noen spørsmål som jeg vil at han skal spørre innringer om. (intervju 4)

De beskrev videre hvordan de prøvde å ivareta pasienten på en empatisk god måte gjennom å få tolken til å videreformidle sykepleiers forståelse og empati for pasienten. Et eksempel var å klare å overføre ro og trygghet videre til pasient gjennom å være bevisst stemmebruken og snakke på en rolig måte. Ved å bruke empati ville pasienten oppleve å bli tatt på alvor og få en opplevelse av at sykepleier ønsket å formidle varme og nærhet til pasienten som enkelt individ.

Gjerne kanskje være god på empati, forståelse, innlevelse ... Jeg skjønner du har det tøft nå, men jeg må få vite. Sånn at jeg må på en måte prøve å formidle det, jeg prøver å si til pasienten ... hjelpa er på vei ... Og så må jo tolken videreformidle det ... (intervju 7)

Gode empatiske evner er en av forutsetningene for å kunne gi pasienten en helhetlig sykepleie. Informantene beskrev hvordan de ivaretok pasient og tolk i kommunikasjonen gjennom måten de snakker på for å forbedre samhandlingen og legge til rette for at nødvendige helseopplysninger om pasientens tilstand raskt blir avklart.

3.4.3 God formidlingsevne for å unngå misforståelser

God formidlingsevne er vesentlig i all form for kommunikasjon og kan være det avgjørende i kommunikasjon der telefontolk benyttes da sykepleier kun har den verbale kommunikasjonen å forholde seg til. Et eksempel var å ha evne til å formidle informasjonen på en enkel og tydelig måte så tolken ikke fikk diffuse spørsmål å oversette, og å bruke et enkelt språk. Det å ha gode kommunikasjonsevner ble ansett som viktige egenskaper slik at informasjonen ble formidlet på en klar og tydelig måte.

... prøver å bruke ord som ikke kan misforstås ... at du ikke bruker ord som har dobbeltbetydning. (intervju 1)

Informantene oppga at viktige faktorer for å unngå misforståelser var god kommunikasjonsevne og evne til å formulere seg på et språk som tolken forstår for å lette tolkens arbeid. De oppga også at lukkede spørsmål som krever enkle svar var nødvendig så tolken ikke fikk lange sekvenser som måtte oversettes og at ord som kan misforstås måtte unngås. Det fremkom at åpne spørsmål burde unngås da de førte til tettere kommunikasjon mellom tolk og pasient med fare for at viktig informasjon ble mistet.

4.0 DISKUSJON

Hensikten med masteroppgaven var sykepleiers erfaring i bruk av telefontolk ved akutt helsehjelp til voksne fremmedspråklige pasienter.

Funnene i studien viser positive og negative faktorer som har innvirkning på sykepleiers interaksjon med telefontolk. I studien fremkommer det hvordan sykepleier legger til rette for at kommunikasjonen med tolk skal bli optimal gjennom å tilpasse språket etter tolkens språkkunnskaper, avklare forventninger til tolk og med en styrende rolle i samtalen prøve å sikre rask avklaring av pasientens situasjon. Når tolk har felles forståelse av samarbeidet medfører også at situasjonen raskere kan avklares.

I studien fremkommer det et misforhold mellom sykepleiers forventninger og tolkens utøvelse av tolkerollen der viktig informasjon om pasientens tilstand kan mistes og der forsinkelser i fastsetting av hastegrad kan relateres til tolken. Manglende tilbakemeldinger om pasientens status, tap av kontroll over samtalen fordi tolken ikke lar seg styre og dårlig evne til å oversette informasjon mellom sykepleier og pasient fremkommer også. Det fremkommer også at manglende norskkunnskaper hos tolk får konsekvenser for samarbeidet og kan medføre forsinkelser i vurdering av hastegrad.

Funn relatert til sykepleiers kompetanse viser at faglige kunnskaper og erfaringer anses som vesentlig. Andre viktige funn er hvordan personlige egenskaper som handlingsberedskap og god formidlingsevne er med på å påvirke samhandlingen. Egenskaper hos sykepleier innbefatter også evne til empati, og studien viser hvordan sykepleier forsøker å vareta både tolk og pasient på en empatisk god måte slik at viktig informasjon ikke skal mistes. Det fremkommer også et behov for økt kulturkunnskap.

Sykepleiernes erfaring er samlet i følgende kategorier:

Faktorer som fremmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk.

Faktorer som hemmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk.

Faktorer hos sykepleier som fremmer god kommunikasjon med tolk og pasient.

Resultatdiskusjonen utgår fra de tre kategoriene og knyttes mot relevant forskning og faglitteratur. Metodiske forhold vil avslutningsvis vurderes kritisk.

4.1 Sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes

Samhandling og interaksjon fremstår som et gjennomgående tema i alle kategorier.

Sykepleier forbereder tolk på samtalen og avklarer forventninger og rammer for samarbeidet (Jareg og Pettersen 2006; O'Hara og Akinsulure-Smith 2011; Wiener og Rivera 2004). På denne måten legger de opp til at tolken skal være klar over hensikten med samhandlingen (Wiener og Rivera 2004).

Interaksjon med tolk innebærer også utfordringer der sykepleiers forventninger og tolkens utøvelse av tolkerollen ikke samsvarer. Manglende tilbakemelding og tap av informasjon vanskeliggjør interaksjonen slik at forsinkelser i vurdering av hastegrad skjer (Hadziabdic m.fl. 2010; Karliner, Pérez-Stable og Gildengorin 2004; Hunt og de Voogd 2007). Tolker med manglende tolkefaglige kunnskaper medfører også at det lettere oppstår feil i oversettelser mellom sykepleier og pasient (Kleinpell, Vazquez og Gailani 2000; Vasquez og Javier 1991). Nordby (2008) sier at det er viktig å sikre god pasientkommunikasjon og hevder at misforståelser fort oppstår mellom to parter som ikke behersker samme språk fullt ut. Pasienters forståelse av subjektive ord er formet av deres sosiale og kulturelle kontekst og pasienten kan danne helt andre oppfatninger av det som sykepleier mente å kommunisere. Masterstudenten mener at dette også kan overføres til kommunikasjon mellom sykepleier og tolk fordi det innebærer samme problematikk.

Sykepleierne oppgir hvilken kompetanse de opplever er vesentlig når de kommuniserer gjennom telefontolk. I kategorien fremstår omsorg for både pasient og tolk som vesentlig (Martinsen 1989) der de prøver å skape god interaksjon så samarbeidet skal bli best mulig (Arbeids- og sosialdepartementet 1994).

Dette resulterte i følgende hovedkategori: *Sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes*. Hovedtema er et resultat av det som gjennomgående fremtrer under analysen der interaksjon mellom sykepleier, tolk og pasient er det vesentlige.

4.2 Faktorer som fremmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk

Sykepleiers interaksjon mot tolk går ut på å tilrettelegge for god samhandling. Informantene beskriver tiltak som gjennomføres for at samarbeidet mellom sykepleier og tolk skal bli optimalt gjennom å avklare forventninger til tolk der målet er å gi pasienten raskest mulig helsehjelp. Gjennom å orientere tolken om forventningene legger sykepleier til rette for at samhandlingen mellom tolk og sykepleier skal bli optimal. Avklaring av roller er viktig for å unngå misforståelser og forutsetter trygghet og innsikt i hvordan en selv fungerer i relasjonen (Eide & Eide 2007). Gjennom å forberede tolken øker muligheten for at samarbeidet skal fungere bra så nødvendig informasjon om pasientens status kan innhentes. Informantene oppgir at de før pasienten kobles inn på linja forbereder tolken og avklarer forventninger for samarbeidet. Dette innebærer at de legger forholdene til rette for god samhandling. Gjennom en forsamtale kan sykepleier forberede tolken på samtalen og avklare forventninger og rammer for samarbeidet (Jareg og Pettersen 2006; O'Hara og Akinsulture-Smith 2011; Wiener og Rivera 2004). Framgangsmåten er også i tråd med Integrerings og mangfoldighetsdirektoratets (2011) retningslinjer der det fremgår at tolkebruker må gi informasjon til tolken om tema for å forberede tolken på oppdraget, informere om hvordan tolkingen skal foregå og forklare formålet med samtalen. Dette kan ha stor innvirkning på samarbeidet mellom sykepleier og tolk fordi tolken da er innforstått med hensikten.

Informantene beskriver videre hvordan de styrer og tilrettelegger gjennom å ha kontroll over samtalen for å få nødvendig informasjon om pasientens tilstand. De beskriver hvordan de bruker Norsk indeks for medisinsk nødhjelp som styringsverktøy for å få nødvendig informasjon om pasientens tilstand. Dette viser at styringsverktøyet er godt integrert som hjelpemiddel hos informantene. Sykepleiere med arbeidssted i AMK skal forholde seg til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp og inneha gode kunnskaper om verktøyet. Den norske legeforening (2009) har utgitt prosedyrehåndboken der hensikten er å gi helsepersonellet retningslinjer å følge. Prosedyrene er delt inn i rød respons (akutt), gul respons (haster) og grønn respons (vanlig) med årsaker til henvendelse og fremgangsmåte med forslag til spørsmål og tiltak relatert til ulike henvendelser. Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap, KoKom (2011) har utarbeidet retningslinjer med forslag til faglig anbefaling for opplæring/oppfølging av legevakt- og AMK operatører. I dette ligger det også krav til hvilke kunnskaper, ferdigheter og holdninger AMK-operatør skal ha

for å utøve en faglig forsvarlig jobb. Informantene oppgir at Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp alltid er et viktig styringsverktøy, men spesielt viktig når kommunikasjonen skal gå gjennom tolk fordi sjansene for å miste informasjon er større enn ved direkte kommunikasjon med pasient. Dette innebærer at informantene har et eierforhold til indeksen og innehar gode kunnskaper i hvordan den skal brukes.

Når kommunikasjonen må foregå på et annet språk krever det at sykepleier kvalitetssikrer hva pasienten har forstått av informasjonen som tolken har oversatt (Høye & Severinsson 2008 a, b). Slike funn fremkommer også i foreliggende studie der sykepleierne oppgir at de bruker konkrete spørsmål og kvalitetssikrer svarene med nye spørsmål. De beskriver hvordan de tilrettelegger for god kommunikasjon med tolk ved å bruke enkle og nøytrale ord i korte setninger der de tilpasser språket etter tolkens norskkunnskap og unngår faguttrykk så misforståelser unngås. Dette kan bero på at sykepleier også innehar et kulturperspektiv der det gjennom en etisk fundamentert tilnærming iverksetter tiltak som ivaretar tolken (Leininger 1991). Jareg og Pettersen (2006) hevder at sjansen for at misforståelser kan oppstå øker når partene i kommunikasjonen snakker ulike språk, og at sykepleier må tilpasse språket ut fra tolkens språkkunnskaper og unngå faguttrykk som kan misforstås. Samme erfaring fremkommer i andre studier (Vasquez og Javier 1991; Wiener og Rivera 2004).

Gjennom å tilrettelegge språket opplever sykepleierne i denne studien at de lettere får nødvendig informasjon om pasientens situasjon fordi det sjeldnere skjer misforståelser, noe som vil ha stor betydning for pasienten fordi fastsetting av hastegrad ikke forsinkes. Leininger (1991) beskriver hvordan kulturell kongruent omsorg bidrar til pasientens opplevelse av å bli ivaretatt av sykepleier på en helhetlig måte og der sykepleier gjennom en etisk fundamentert tilnærming forankrer sin omsorg for pasienten i et kulturperspektiv. Tilsvarende funn ses i denne studien der sykepleierne ivaretar telefontolken gjennom å tilpasse språket til tolkens norskkunnskaper der de unngår faguttrykk og bruker et enkelt språk, noe som kan være med på å gjøre tolken tryggere i sin rolle og derigjennom øke muligheten for rask avklaring av pasientens situasjon.

I enn studie gjort av Hadziabdic m.fl. (2010) fremkommer det at tolkens språkkunnskaper, kunnskap om medisinsk terminologi og oversettelsesevne, evne til å oversette raskt, fullstendig og objektivt og tilpasse språket til pasient og helsepersonell oppfattes som viktig av helsepersonell. Den grunnleggende forutsetning er at alle ytringer fra begge parter i

kommunikasjonen skal videreformidles av tolken (Hsieh 2006). Avvikende funn fremkommer i denne studien der tolkene ikke har kunnskaper om medisinsk terminologi, og informantene oppgir at det ikke er nødvendig fordi språket tilpasses tolkens språkkunnskaper. Et eksempel som fremkom var at sykepleier bruker dagligdagse ord, slik som besvimelse i istedenfor synkope for å unngå misforståelser. De kan likevel ikke sikre seg fullt ut mot misforståelser fordi det oppleves at det er stor variasjon i tolkenes norskkunnskaper.

Informantene beskriver situasjoner der tolken oppleves å ha lik forståelse av samarbeidet som sykepleier og der samarbeidet fungerer optimalt med rask avklaring av vurdering av hastegrad. De beskriver situasjoner der tolken er innforstått med sin rolle og oversetter raskt mellom sykepleier og pasient. Tiltak blir gjennomført gjennom tilbakemeldinger som tolken gir, tolken er lydhør for sykepleiers spørsmål og kvalitetssikrer at de har forstått informasjonen som de skal videreformidle til pasient. Skau (2012) hevder at samarbeidsevne er en viktig form for personlig kompetanse og sier at det er vesentlig å sette ord på hvilke sider ved personlig kompetanse som trengs ved utførelsen av forskjellige typer arbeid. Både sykepleiers og tolkens personlige kompetanse har stor betydning for at samarbeidet skal fungere optimalt. Sykepleier er i midlertidig prisgitt tolkens samarbeidsevner og evne til å oversette på en forståelig måte. Hsieh (2006) hevder at tolken gjennom å være den eneste som behersker begge språk har stor makt til å påvirke både innholdet i kommunikasjonen og selve kommunikasjonsprosessen og kan på den måten bli premissleverandør for samtalen hvis ikke sykepleier klarer å ta tilbake kontrollen. En god tolk skal være i stand til å fungere som et bindeledd mellom sykepleier og pasient (Vasquez og Javier 1991). Dette innebærer at det må stilles høye krav til tolkens personlige egenskaper og at tolken må få grundig opplæring i god tolkeskikk. Tilsvarende funn ses også i andre studier som viser at tolken må ha god evne til å stille seg i bakgrunnen, være dyktig i begge språk og opptre som et kommunikasjonsmedium uten å forstyrre slik at samtalen kan flyte mellom sykepleier og pasient (Hadziabdic m.fl. 2010). Når tolken kjenner hensikten med samtalen kan tolken være med på å bidra til at riktig informasjon kommer fram (Jareg og Pettersen 2006). I denne studien fremkom det at opplevelse av felles forståelse innebar at tolken oversatte fortløpende mellom sykepleier og pasient og ventet på innspill fra sykepleier om nytt spørsmål. Et eksempel var at tolken uoppfordret tolket det han hørte av kommunikasjon hos pasienten, noe som innebærer at pasienten får raskere helsehjelp. Det fremkommer også at tolken er lydhør for sykepleiers tilbakemeldinger og stopper opp i kommunikasjonen med pasient når sykepleier bryter inn. Dette er også i tråd med Wiener og Rivera (2004) som hevder at det er

vesentlig at partene i en interaksjon er klar over hverandres roller fordi det sikrer at hensikten med kommunikasjonen blir ivaretatt. I dette ligger også et krav til sykepleier om å snakke i korte setninger og unngå komplisert medisinsk terminologi samtidig som hun ber tolken om å gi tilbakemeldinger hvis hun har formulert seg uklart. Dette forsterker viktigheten i å informere tolken om forventninger så rask avklaring av pasientens situasjon kan skje.

Flere studier viser hvilke ønsker sykepleiere har når de kommuniserer gjennom tolk og som også kan relateres til ønskene som informantene i denne studien har (Hadziabdic 2011; Huber 2006). Hadziabdic (2011) viser til at informantene ønsket at tolken skulle ha gode språkkunnskaper, kjenne til medisinsk terminologi, ha god oversettelsesevne, oversette fullstendig, objektivt og raskt og være i stand til å tilpasse språket til pasienten eller til helsepersonellet. Huber (2006) beskriver situasjoner der tolken oversetter verbalt ord for ord og ikke utelater noe av det pasienten sier, noe som medfører at helsepersonellet får nødvendig informasjon. I forhold til denne studien viser dette at det må stilles større krav til tolkeselskapene med klarere kriterier på hvem som er kompetent til å fungere som tolk.

Funnene gjort i denne studien som så tydelig viser hvordan sykepleier avklarer forventninger til tolk og hvordan det tilrettelegges for god interaksjon med tolk har ikke fremkommet i andre studier som masterstudenten har kjennskap til.

4.3 Faktorer som hemmer kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og tolk

Informantene beskriver situasjoner som er til hinder for rask avklaring av pasientens situasjon med manglende informasjon om pasientens status som følge. De beskriver det problematiske i og ikke kunne vurdere tolkens evne til å oversette forståelig og tidspresst som ikke tillater utdypende forklaringer. Kvalitetssikring av svarene som tolken ga oppleves vanskelig, likens forsinkelser som oppstår når tolken har dårlige norskkunnskaper. De beskriver også hvordan tett toveis-kommunikasjon mellom tolk og pasient er med på å forringe kommunikasjonen og derav vurderingen av hastegrad.

Informasjonen som sykepleierne ga samsvarer med andre undersøkelser som er gjort der tolk benyttes som et kommunikasjonsmedium. Kale (2010) viser i sin undersøkelse om tolkebruk i helsevesenet at kvaliteten på tolkene varierer mye og at mange av informantene hadde

opplevd situasjoner der de var usikker på tolkens kvalifikasjoner når det gjaldt å tolke riktig. Dette fremkommer også i denne studien der sykepleierne uttrykker at kvaliteten på de ulike tolkene varierer og med usikkerhet på om tolken oversetter på en forståelig måte. Eksempler som ble gitt var at tolken ikke oversatte det pasienten sa og at noen tolker samlet opp informasjon før de oversatte. Dette kan innebære at viktig informasjon blir utelatt slik at sykepleier tar avgjørelse på feil grunnlag.

I denne studien framkommer det at informantene også opplever situasjoner der de ikke klarer å styre samtalen og mister kontrollen over samtalen. Dette kan bero på manglende kunnskaper hos tolken om hvilken rolle han har i kommunikasjonen, men kan også relateres til dårlige norskkunnskaper hos tolken slik at han ikke har forstått forventningene som sykepleier. Tolken skal i midlertidig ha fått opplæring før han praktiserer som tolk (Integrerings og mangfoldighetsdirektoratet 2011). I denne studien fremkommer det at de mister kontrollen over samtalen. Dette indikerer at tolken har manglende kunnskaper i norsk og manglende opplæring i hva det innebærer å være tolk, noe som kan ha stor innvirkning på vurdering av hastegrad med forsinkelser som følge. Flores m.fl. (2012) viser til at feil oppstår oftere når tolken har lite erfaring. Tolken kan utelate ord eller setninger, bruke feil ord, bytte ut ord eller setninger og også redigere innholdet overfor sykepleier og pasient slik at meningen endres. Feilene kan få kliniske konsekvenser fordi sykepleier ikke får tilstrekkelig informasjon til å gjøre riktig vurdering. Dette er spesielt fremtredende i situasjoner der profesjonelle tolker ikke benyttes. Lignende resultat fremkommer også i andre studier (Kleinpell, Vazquez og Gailani 2000).

Tolkeselskapet som AMK i denne studien benytter seg av er et privat tolkeselskap, Noricom. Informasjon på nettsiden om opplæring av tolk oppgis å være interne tolkekurs som innbefatter teori og praksis med innføring i tolkeetikk og –teknikk og også kunnskaper om tolking innenfor helse- og sosialetaten. Integrerings- og mangfoldighetsdirektoratet anbefalinger er at det så langt som mulig bør stilles krav til at tolken skal ha kvalifikasjoner i de tre øverste kategoriene i registeret, som beskrevet i innledningen (Integrerings og mangfoldighetsdirektoratet 2011). Opplysningene som fremkom i denne studien tyder på at mange av tolkenes kvalifikasjoner er på det laveste nivået og at opplæringen de får gjennom tolkeselskapet ikke er tilfredsstillende etter kvalifikasjonskriteriene som er gitt av offentlige myndigheter. Dette vil også ha innvirkning på pasientens rettssikkerhet (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Dette betyr at offentlige myndigheter må stille større krav til

tolkeselskap og føre en tettere kvalitetskontroll. Informantene i denne studien beskriver manglende tilbakemelding fra tolk der tolken fører tett toveis- samtale med pasient uten å gi tilbakemeldinger til sykepleier. Tilsvarende funn er gjort i andre undersøkelser og styrker funnene gjort i denne studien (Hadziabdic m.fl. 2010; Karliner, Pérez-Stable og Gildengorin 2004). Sykepleierne i denne studien oppgir at det kan være vanskelig å få tolken til å oversette fortløpende mellom sykepleier og pasient og beskriver hvordan de opplever å bli utelukket fra samtalen med det til følge at det tar lengre tid å avklare hastegrad og iverksette nødvendige tiltak. Wiener og Rivera (2004) presiserer at tolken ikke må gå inn i toveis-kommunikasjon med pasienten og utelukke sykepleier. Phillips (2010) sier at en uerfaren tolk som går i tett toveis-kommunikasjon med pasienten uten å gi tilbakemeldinger til sykepleier må gjøres oppmerksom på det slik at sykepleier får nødvendig informasjon om pasientens status. Kelly Nataly (2008) beskriver hvor vesentlig det er at tolken opptre profesjonelt og ikke påvirker kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. Resultatet i denne studien viser at det trengs tydeligere retningslinjer og sterkere styring av tolkeselskapene fra myndighetenes side for å øke kvaliteten på tolkene.

I denne studien er tolkene innleid gjennom et privat tolkeselskap som Helse Sør-Øst har gjort avtale med. I følge avtale gjort mellom Helse Sør-Øst og tolkeselskapet skal tolkene inneha en standard på minst nivå fire (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse). Informasjon som fremkommer i denne studien viser at mange av tolkene har manglende norskkunnskaper og kunnskaper om god tolkeskikk, noe som får konsekvenser for pasienten fordi det tar lengre tid å avklare hastegrad. Dette vil også ha stor innvirkning for sykepleier fordi det medfører økt stress, usikkerhet og forsinkelser i vurdering av helsehjelp. Sykepleierne beskriver også situasjoner der de opplever manglende norskkunnskaper hos tolk med misforståelser og forsinkelse i vurdering av hastegrad som resultat. Lignende funn er gjort i flere andre undersøkelser som styrker funnene gjort i denne studien (Hunt og de Voogd 2007; Fatahi m.fl. 2009; Hadziabdic m.fl. 2010; Hadziabdic 2011). Når et nytt språk skal læres tar det tid å tilegne seg et ordforråd med tilstrekkelige begreper til å kunne nyansere språket (Hanssen 2005). For å kunne fungere som tolk er det vesentlig at tolken har et tilstrekkelig ordforråd innen begge språk som det skal oversettes mellom. Informantene i denne studien opplevde at mange av tolkene hadde manglende ordforråd i norsk og utilstrekkelig uttalelse av norske ord slik at misforståelser oppsto, noe som kan få store konsekvenser for pasienten ved at nødvendig behandling blir forsinket.

Hadziabdic m.fl. (2010) viser i sin studie at helsepersonell frykter at de vil miste informasjon om pasienten og mistro tolkens oversettelser når de opplever at tolken har utilstrekkelige kunnskaper i hovedspråket og medisinsk terminologi. I denne studien framkommer det at det kan oppleves vanskelig å få et kort og konkret svar fra pasienten, noe som medfører at sykepleier lar pasient og tolk fortsette samtalen der sykepleier kun avbryter hvis vedkommende tror det haster. I dette ligger det et manglende samspill mellom tolkens utøvelse av tolkerollen og sykepleiers styring av samtalen. Feil kan også oppstå hvis sykepleier ikke har kunnskaper i å kommunisere gjennom tolk. Hvilken opplæring informantene i denne studien har når det gjelder å kommunisere gjennom tolk fremkom ikke i studien. Hsieh (2006) viser i midlertidig i sin undersøkelse blant tolker at manglende kunnskaper hos helsepersonell om kommunikasjon gjennom tolk kan medføre at helsepersonellet stiller spørsmålene på feil måte slik at riktig informasjon ikke fremkommer. Lignende funn er gjort av Wiener og Rivera (2004) og Gerish m.fl. (2004). Opplysninger som informantene i denne studien har gitt kan i midlertidig tyde på at opplæring er gitt og at sykepleier er bevisst måten å stille spørsmål på.

Gerish m.fl. (2004) viser til at enkelte leverandører av tolketjeneste innehar lav standard på tolkenes tolkekunnskaper, noe som også medfører at feil oppstår. Trening blant helsepersonell i bruk av tolk ble oppgitt som vesentlig for å unngå kommunikasjonsbarrierer, men studien viser at det var få sykepleiere som tok i mot denne muligheten, samtidig som tolker påpekte sykepleieres manglende kunnskaper om tolking (ibid). Huber (2006) beskriver situasjoner der viktige opplysninger har blitt utelatt og der pasienten kan gi en lang forklaring som tolken bare bruker noen ord på å oversette. Tilsvarende funn fremkommer i denne studien, med det til følge at det blir forsinkelser i avklaring av hastegrad. Norske myndigheter har laget standard for tolker, men har samtidig også gitt rom for at private tolkeselskap kan leies inn av det offentlige. Masterstudenten tror at det kan være en sammenheng mellom bruk av privat tolkeselskap og manglende tolkekunnskaper hos tolk og at dette kan være en medvirkende årsak til at tolken ikke opptrer profesjonelt fordi tolken har manglende opplæring om sin rolle, samtidig som kravene for godkjenning som tolk ikke er tilfredsstillende.

I denne studien framkommer det at det kan foregå tett toveis-kommunikasjon mellom tolk og pasient og at manglende tilbakemelding fra sykepleiers side kan forsterke kommunikasjonen mellom tolk og pasient. Dette kan bero på usikkerhet fra sykepleiers side om hvordan avbrytelse skal skje for å ta tilbake kontrollen over samtalen. O'Hara og Akinsulure-Smith

(2011) sier at sykepleier da må gjøre tolken oppmerksom på at all informasjon skal videreformidles til sykepleier. Hadziabdic (2011) viser til hvordan tolken kan snakke med pasienten uten å oversette til helsepersonellet. Gjennom å instruere tolken i forventninger som sykepleier har kan følelsen av tap av kontroll minimeres slik sykepleier styrer samtalen og får nødvendig informasjon om pasientens status (Wiener og Rivera 2004). Vasquez og Javier (1991) hevder at utrente tolker ofte utelater eller erstatter informasjon, legger til informasjon eller gir et sammendrag av det pasienten har sagt. I dette ligger også et rollebytte der tolken tar over kontrollen i samtalen og opptrer som intervjuer. Lignende funn er gjort i flere andre studier og bekrefter funnene gjort i foreliggende studie (Hunt og de Voogd 2007; Vasquez og Javier 1991; Flores m.fl. 2012). Informantene i denne studien beskriver hvordan de forsøker å ta tilbake kontrollen over samtalen. Eksempler de gir er at tolken likevel kan fortsette samtalen med pasient og at sykepleier ikke får stilt spørsmålene sine med det til følge at vurdering av hastegrad forsinkes. Dette betyr at opplæring av tolk er mangelfull, noe som kan medføre at pasienten ikke får nødvendig hjelp.

Funnene i foreliggende studie viser hvor vanskelig det kan være å få nødvendig informasjon om pasientens status når det er ulikt kjønn på pasient og tolk og at det kan oppleves vanskelig å bruke intuisjon når kommunikasjonen skal gå gjennom tolk. Dette kan ses på i et kulturelt perspektiv der det i mange kulturer ikke er vanlig å utveksle slik informasjon mellom kjønn. Flere studier bekrefter det problematiske relatert til kulturelle forskjeller, noe som styrker funnene i denne studien. Hsieh (2006) viser i sin undersøkelse blant tolker at tolken kan oppleve det som problematisk å tolke i situasjoner der det kulturelt sett ikke er vanlig å informere pasienten. O'Hara og Akinsulure-Smith (2011) hevder at kommunikasjonen også vil bli påvirket av tolkens emosjonelle tilstand. I foreliggende studie kan dette ses i relasjon til at tolken skal gå på tvers av sin kulturelle forståelse og kommunisere med kvinnelige pasienter om tema som kulturelt sett ikke diskuteres mellom menn og kvinner. Høye & Severinsson (2008 b) viser i sin studie at menn ofte er talsperson i flerkulturelle familier. Hanssen (2005) argumenterer for at tolken bør være av samme kjønn som pasienten, og da spesielt relatert til fødsel og gynekologiske problemstillinger. Foreliggende studie viser at dette kan være vanskelig å gjennomføre. Det er oftest mannlige familiemedlemmer som tar kontakt, noe som innebærer at sykepleier først får informasjon om pasientens kjønn etter at samtalen med tolk og pasient har startet. Funnene i denne studien styrkes av overfor nevnte studier som viser at det kan være problematisk å få nødvendig informasjon om pasientens

status, og da relatert til at mannlige tolker skal innhente informasjon fra kvinnelige pasienter om situasjoner som de kulturelt sett normalt ikke snakker om.

Informantene oppgir at det er vanskelig å vise empati og medfølelse overfor pasient når kommunikasjonen foregår gjennom tolk. Når sykepleier skal kommunisere med pasient gjennom tolk blir tolken mellomledet som skal gjøre det mulig for sykepleier og pasient å kommunisere. Det blir en treveis- kommunikasjon der begge parter er avhengig av tolkens språkkunnskaper for å forstå hverandre (Hadziabdic 2011). Kirkevold (1996, s. 104) definerer empati som « .. *en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer*» der man tar del i og prøver å forstå den andres psykologiske tilstand. Empati fremmes av rik erfaringsbakgrunn og et ønske om å forstå den andre personen ut fra egen erfaringsbakgrunn. (Eide & Eide (2007) hevder at evne til empati er en forutsetning innenfor helsefagene og er en profesjonell ferdighet. Brinchmann (2012) beskriver empati som et sentralt begrep i sykepleien og en følelsesmessig evne og en del av det å være profesjonell. Å være empatisk i det profesjonelle møtet mellom sykepleier og pasient innebærer å være åpen for pasientens reaksjoner og møte pasienten med forståelse og respekt. Informantene i denne studien har gjennomsnittlig 20 års erfaring som sykepleiere. Evne til empati beror på personlige egenskaper men også evne til å reflektere over situasjoner slik at en videreutvikling av de empatiske evnene kan skje. Funnene i denne studien indikerer at sykepleier har et bevisst forhold til at empati er en viktig faktor i møte med pasient men at det oppleves som vanskelig når samtalen skal gå gjennom tolk.

Nordtvedt (2013) hevder at det er gjennom kunnskaper, erfaringer og følelser at vi skaffer oss innsikt for å forstå pasienten og klarer å fortolke pasientens sinnsstemning. Dette beror med andre ord på at sykepleier har evne til å opptre empatisk overfor pasient. Informantene i denne studien oppgir at det kan oppleves vanskelig å ivareta pasienten på en empatisk god måte fordi de har mistet den direkte kontakten med pasienten og at dette også vanskeliggjør bruk av samtaleteknikker for å roe ned pasienten. Munger m.fl. (2012) viser i sin studie hvordan manglende terapeutisk kommunikasjon med komatøse pasienter påvirker og svekker sykepleiers evne til å gi helhetlig omsorg. Ved manglende verbal kommunikasjon kan det være vanskelig å vise omsorgsfull og medfølende sykepleie overfor pasienten. I foreliggende studie har sykepleier mistet direktekontakt med pasient da all kommunikasjon foregår gjennom telefontolk, samtidig som de ikke er i fysisk kontakt med pasienten. Sykepleier har kun de verbale oversettelsene som tolken gir å forholde seg til. Dette er dermed med på å

skape en større avstand til pasienten og kan medføre til at det blir vanskeligere å ivareta pasienten på en omsorgsfull og empatisk måte.

4.4 Faktorer hos sykepleier som fremmer god kommunikasjon med tolk og pasient

Denne kategorien ble formulert fra tre subkategorier: Faglige kunnskaper og erfaringer innen akuttmedisin og kulturer, ivaretagelse av mellommenneskelige aspekter rettet mot tolk og pasient og god formidlingsevne for å unngå misforståelser. Kunnskap og erfaring ble ofte nevnt i sammenheng og ble brukt for å beskrive deler av den faglige og personlige kompetansen som sykepleierne hadde. Kunnskapen kom fra grunn- og videreutdanning og gjennom personlig erfaring. Det å ha relevant kunnskap og erfaring ble av en sykepleier beskrevet som vesentlig for å klare å oppfatte situasjoner raskt, samtidig som erfaring fra intensivavdeling ga økt trygghet i jobben.

Praktisk kunnskap erverves gjennom erfaringer og forutsetter refleksjon der sykepleier kritisk tenker gjennom og over de erfaringene som er gjort gjennom å forsøke å forstå situasjonen og overføre forståelsen til andre situasjoner (Kirkevold 1996). I denne studien oppgir informantene at faglige kunnskaper og egenskaper innen akuttmedisin er viktige i samhandling med fremmedspråklige pasienter og tolk. Dette kan bero på at faglige kunnskaper og erfaringer fra lignende situasjoner er med på å påvirke sykepleiers evne til raske tiltak slik at pasienten får riktig helsehjelp. Intuisjon blir ofte relatert til erfaringsbasert eller praktisk kunnskap og er et uttrykk for at kunnskapen er integrert i personen. Intuisjon og personlig kunnskap henger nøye sammen. (Kirkevold 1996). I studien fremkommer det at intuisjon basert på lang erfaring brukes og innebærer at kunnskapen er integrert hos sykepleier som en del av handlemåten. Å ta avgjørelse ut fra følelse ble nevnt av flere informanter.

Sykepleierne i denne studien gir uttrykk for at kunnskaper om andre kulturer er viktig og det fremkommer at det savnes slik kunnskap. Som helsepersonell er det vesentlig å legge til rette for tillit, trygghet og god dialog og vise respekt for andre kulturer (Kumar og Viken 2010). Leininger sier at transkulturell sykepleie er utfordrende og at det krever at sykepleieren har kunnskaper om de ulike kulturenes verdier og tro og tilpasser sykepleien ut fra pasientens bakgrunn (Leininger og McFarland 2002). Ved å oppdage kulturelle forskjeller og likheter kan sykepleieren lære hvordan hun skal bevare og håndtere forskjellene, og også å se at det

kan være fellestrekk blant og mellom kulturer. Ved å inneha et transkulturelt fokus vil sykepleieren tenke på forskjeller og likheter mellom mennesker og deres spesielle behov og utvikle forskjellige måter å hjelpe pasienten på (ibid). I denne studien fremkom det et ønske om mer kunnskap og også refleksjoner om at kulturelle forskjeller kan ha innvirkning på kommunikasjonen. Dette innebærer at sykepleier først må få faglige kunnskaper om hva som særpreger ulike kulturer for så gjennom erfaring og refleksjon videreutvikle kunnskapen.

Informantene beskrev videre ulike egenskaper som de anså som viktige når situasjonen opplevdes uavklart. Personlig kompetanse har stor betydning for kvaliteten av arbeidet som gjøres, og kan i enkelte sammenhenger ha en avgjørende betydning for resultatet (Skau 2012). Personlig kompetanse relateres til spesielle oppgaver og må læres slik at den utvikles (Kirkevold 1996). Hun viser til forskning som sier at de erfarne lettere oppfatter og tolker situasjonen riktig fordi de ut fra erfaring klarer å se situasjonen som en helhet, finne mulige forklaringer og teste ut disse mot virkeligheten (ibid). Sykepleierne i AMK står overfor situasjoner der pasienten trenger akutt helsehjelp. Dette innebærer å inneha god kompetanse i å mestre uventede og uavklarte situasjoner, og da spesielt når språkbarriere vanskeliggjør forståelsen.

Eide & Eide (2007) bruker begrepet utforskende ferdigheter som går på å stille spørsmål og kombinere det med aktiv lytting og bekrefte den andre verbalt. I dette ligger også å omformulere spørsmålet hvis motparten ikke har forstått det. I denne studien oppgir sykepleierne at aktiv lytting og endring av spørsmålsstilling er viktige ferdigheter for at kommunikasjon skal optimaliseres. Spørsmål blir omformulert hvis de tror at tolken ikke har oppfattet det, og det tas hensyn til tolkens norskkunnskaper i valg av begreper så misforståelser skal unngås. Informantene oppgir at de ofte bruker lukkede spørsmål for å unngå lang toveis-kommunikasjon mellom tolk og pasient fordi det er nødvendig i en akutsituasjon der avklaring av hastegrad er det vesentlige. Dette medfører at hastegrad raskere kan stilles.

Informantene beskriver videre hvordan de ivaretar mellommenneskelige aspekter overfor pasient og tolk i kommunikasjonen. Martinsen (1989) bruker begrepet omsorgsmoral og relaterer det til prinsippet om ansvaret for svake der refleksjon er et sentralt begrep som blir brukt som kriterium for vurdering av handling. Martinsen viser videre til Heideggers definisjon av omsorgsbegrepet der han ser det i en sosial relasjon med andre og at man har en

kollektiv omsorg for hverandre. I denne studien fremkommer det at sykepleier snakker rolig og prøver å avbryte tolk på en pen måte. Dette innebærer at sykepleier er bevisst hvilken innvirkning dette kan ha på samarbeidet og også hvilken betydning en stresset tolk kan ha for innsamling av informasjon. I dette ligger det høy grad av relasjonskompetanse som innebærer å møte den andre med respekt og anerkjennelse gjennom å lytte, være empatisk og legge forholdene til rette for godt samarbeid (Arbeids- og sosialdepartementet 1994).

Viktige faktorer for å unngå misforståelser ble beskrevet som god kommunikasjonsevne og evne til å formulere seg på en enkel og forståelig måte. Lukkede spørsmål som krever enkle svar oppgis som nødvendig så tolken ikke får lange sekvenser som må oversettes og at ord som kan misforstås må unngås. I kommunikasjon på tvers av kulturer vil kommunikasjonen bli filtrert gjennom den kulturelle referanserammen som deltakerne har og sette begrensninger for hvordan den andre part oppfatter en melding. Andre faktorer som vil påvirke kommunikasjonen er kontekst, verbal og non-verbal kommunikasjon og relasjonene partene har til hverandre (Kumar og Viken 2010). I kommunikasjonen som sykepleier har med pasient og tolk i denne studien har hun mistet muligheten til å observere non-verbal kommunikasjon fordi all kommunikasjon foregår telefonisk samtidig som all informasjon blir filtrert gjennom tolken, hans språkkunnskaper og evne til å oversette uten at betydningen i innholdet blir endret. Dette innebærer at sykepleier er avhengig av et godt samspill med tolk og at tolken har gode samarbeidsegenskaper og evne til å tolke ordrett.

4.5 Metodediskusjon

I vitenskapelige arbeid handler troverdighet om studien har undersøkt det den var ment å undersøke. I det inngår troverdighet, pålitelighet og overførbarhet (Graneheim og Lundmann 2004). I vitenskapelige studier omfatter kravet til troverdighet alle trinnene i forskningsprosessen og masterstudenten vil i dette kapitlet beskrive hvordan dette er ivarett relatert til design, utvalg, datainnsamling og dataanalyse.

Hensikten med oppgaven var å beskrive sykepleieres erfaringer i bruk av telefontolk i kommunikasjon med voksne fremmedspråklige pasienter. Jacobsen (2003) sier at kvalitative metoder kjennetegnes av styrke i intern gyldighet samtidig som de har en svakhet i ekstern gyldighet. Kvalitativ forskning har heller ikke som mål å generalisere fenomener (Polit og Beck 2012). Valg av kvalitativ metode fremstår i ettertid som et godt valg fordi det i hensikten ble etterspurt sykepleiers erfaringer og beskrivelser av fenomenet (Malterud 2011; Jacobsen 2003). Studier basert på kvalitativ innholdsanalyse karakteriseres som beskrivende studier da de ikke berører noen bestemt forskningstradisjon (Polit og Beck 2012). Induktiv innholdsanalyse er en kvalitativ tilnærming hvor nettopp det å beskrive opplevelser og erfaringer innenfor områder der kunnskap savnes eller der kunnskapen oppleves fragmentert er hensikten (Elo og Kyngäs 2008; Polit og Beck 2012). Sandelowski (i Polit og Beck 2012) hevder at man gjennom en kvalitativ innholdsanalyse oppnår større tetthet på dataene enn ved bruk av andre kvalitative metoder. Kritikkk mot metoden er at den blir sett på som naiv og at den forenkler data, samtidig som den kritiseres for i utgangspunktet å være en kvantitativ metode (Hsieh og Shannon 2005; Elo og Kyngäs 2008). Elo og Kyngäs (2008) fremhever i midlertidig metoden som godt egnet til å analysere data fra sykepleiernes varierte fagfelt. I denne studien styrkes troverdighet og pålitelighet fordi valgt kartleggingsmetode var hensiktsmessig for å få inn dataene der det fremkom rikelige beskrivelser om fenomenet. Ved valg av en kvantitativ metode ville ikke undersøkelsen klart å få fram alle variasjonene i informantenes svar og valg av kvalitativ metode anses derfor som bra relatert til hensikt med oppgaven (Polit og Beck 2012).

Under planleggingsfasen ble det gjort en nøye vurdering av hvilken fremgangsmåte som skulle benyttes for å få kontakt med mulige informanter. Et strategisk utvalg oppnås gjennom å finne informanter som har størst mulig potensiale til å belyse valgt problemstilling (Malterud 2011). Utvalget i masteroppgaven var sykepleiere i ulik alder og kjønn og med ulik

arbeidserfaring med bruk av telefontolk. Alderen fordelte seg fra 33 til 60 år og de hadde fra 2,5 til 26 års arbeidserfaring fra AMK. De med minst erfaring i bruk av telefontolk hadde brukt det 8-10 ganger. Begge kjønn ble inkludert i utvalget som besto av sju kvinner og en mann. Det kunne vært ønskelig med flere menn i studien for å få mer jevnbyrdig informasjon relatert til kjønn og derav større mangfold, noe som kan anses som en svakhet i studien. Et strategisk mangfold kan åpne for flere nyanser av et og samme fenomen (Malterud 2011).

En styrke ved studien kan være variasjon i utvalget i forhold til alder og arbeidserfaring. Graneheim og Lundman (2004) sier at det er vesentlig at utvalget har ulik erfaring da dette kan være med på å gi et mer variert bilde av datamaterialet. Variasjon i denne studien er at informantene består av menn og kvinner i ulike alder og med ulike erfaringsbakgrunn relatert til bruk av telefontolk. I forhold til gjenkjennelse og likhet har alle informantene erfaring med bruk av telefontolk i møte med fremmedspråklige pasienter. Troverdighet og pålitelighet til studien styrkes av ovenfor nevnte faktorer fordi de er med på å få fram informantenes varierte erfaringer. Masteroppgavens utvalg av åtte sykepleiere kan ha påvirket til at det ikke fremkom flere kategorier. Målet var i midlertidig dybde i intervjuene og intervjuene har gitt et rikholdig materiale. Et lite utvalg kan være studiens svakhet. Malterud (2011) hevder i midlertidig at et antall på fire til sju kan være tilstrekkelig til å gi et rikt datamateriale avhengig av om intervjuene har gitt et godt grunnlag til å belyse problemstillingen. Intervjuene utgjorde i transkribert tekst 79 sider og ble av masterstudenten oppfattet som tilstrekkelig til å belyse problemstillingen da det fremkom et rikt og variert datamateriale. Troverdighet styrkes også fordi informantene hadde erfaring i bruk av tolk og at de ga rikelige og varierte beskrivelser.

Masterstudenten har transkribert alle intervju og det ble valgt å transkribere alle på bokmål med bakgrunn i at studien planlegges lagt frem i avdelingen som deltok i studien. Intervju som datainnsamlingsmetode stiller krav til at intervjuer har høye ferdigheter i det å gjennomføre intervju (Kvale og Brinkmann 2009). Masterstudenten var uerfaren i intervjusammenhenger og forskning men har gode egenskaper i kommunikasjon gjennom mange år som anestesisykepleier og gjennom pedagogisk utdanning og erfaring som lærer. Dette kan ha vært en styrke i intervjusituasjonene og kan også ha bidratt til å skape troverdighet og pålitelighet ved at informantene ikke holdt tilbake informasjon.

Valgt datainnsamlingsmetode var semistrukturerte intervju for å få frem informantenes egne perspektiver på fenomenet (Kvale og Brinkmann 2009). Bruk av intervjuguide styrker studiens troverdighet da det sikret at ønskede tema ble belyst i alle intervju (ibid). Det ble

forsøkt å ha lik ramme rundt alle intervjuene, informantene fikk det samme informasjonsskjema med forespørsel om å delta i studien og ble stilt det samme åpnings spørsmålet. Alle intervjuene ble utført av studenten i rolige omgivelser i løpet av tre uker desember 2013. Intervjusituasjonen ble planlagt nøye etter Kvale og Brinkmanns (2009) anbefalinger og alle intervjuene startet med en briefing og ble avsluttet med en debriefing. Masterstudenten opplevde å få god kontakt med informantene og la vekt på å opptre åpen, nysgjerrige og vennlig. Studenten oppfattet informantene som positive og med ønske om å dele av sine erfaringer. Progresjonen i intervjuene ble styrt av det informanten sa og med utdypende spørsmål fra student relatert til intervjuguide. For å kvalitetssikre forståelsen gjorde masterstudenten jevnlig oppsummeringer av informantens uttalelser (Kvale og Brinkmann 2009). I intervjuene ble det også tilstrebet å bruke åpne spørsmål, noe som er med på å styrke troverdigheten (Brink 1987). Ovenfor nevnte faktorer er alle med på å styrke studiens troverdighet og pålitelighet.

Kvale og Brinkmann (2009) sier at forskeren bør være velinformert om temaet for intervjuet og bør også inneha gode mellommenneskelige egenskaper, men bør samtidig møte informanten på en forutsetningsløs måte. Masterstudenten har ikke erfaring i bruk av telefontolk men hadde satt seg grundig inn i temaet gjennom å lese forskningsrapporter og gjennom samtale med sykepleier med erfaring. Svakheter i studien kan nettopp være masterstudentens manglende erfaring med bruk av telefontolk, og kan ha medført at viktig informasjon ikke fremkom. Studenten har i midlertidig vært bevisst bruken av intervjuguide og mener å ha klart å innhente relevant informasjon fra informantene gjennom å være påpasselig med og ikke avbryte informantene. Masterstudentens forforståelse kan aldri utelukkes å ha innvirket på forskningsprosessen. Malterud (2011) hevder at forforståelsen kan være nyttig, men kan også føre til begrensninger i måten man møter forskningsmaterialet på. For å styrke studiens troverdighet må egen forforståelse beskrives så det tydeliggjøres for leseren at en er bevisst egen forforståelse. Først når en er klar over egen forforståelse kan tilnærmingen til fenomenet skje på en åpen og ærlig måte slik at analysen av data skjer fra en nøytral posisjon (Malterud 2011). Masterstudenten har gjort til kjenne egen forforståelse i innledningskapitlet og har forsøkt å møte forskningsfeltet på en forutsetningsløs måte. Å sette seg inn i valgt forskningsområde kan også være med på å endre forforståelsen da man kan bli preget av det man leser. Masterstudenten har i midlertidig prøvd å være bevisst på og ikke la seg farge av tidligere forskningsrapporter.

Analysearbeidet var en tidkrevende og møysommelig prosess. Alle intervjuer ble analysert som beskrevet i metodekapitlet. Å formulere presise subkategorier var en utfordring og innebar flere runder der antall subkategorier endret navn og etter hvert ble slått sammen ut fra likhet og tilhørighet (Elo og Kyngäs 2008). Intervjuene har gitt et rikt datamateriale med varierte oppfatninger og erfaringer. Det transkriberte materialet ble lest flere ganger og koder ble notert i margin (ibid). Analysen ble utført i tett samarbeid med veileder og det er forsøkt å bevare troverdighet og pålitelighet gjennom hele prosessen. Gjennom å nummerere informantene var det enkelt å finne tilbake til den enkelte informant gjennom prosessen. Studenten opplever at resultatet er godt forankret i datamaterialet og at de endelige subkategorier og kategorier gjenspeiles i hovedkategori. Hovedkategorien «sykepleiers interaksjon og mestringsstrategier ved tverrkulturelle møter der telefontolk anvendes» kan forankres bakover i hele prosessen, noe som styrker studiens troverdighet og pålitelighet.

For å gi forskningsresultatet troverdighet må valg synliggjøres gjennom hele prosessen slik at leseren kan følge de beslutninger som er tatt. I oppgaven er det brukt autentiske sitat for å beskrive og synliggjøre sammenhengen mellom informantenes opplevelser og funnene. Sitatene fremkommer i teksten relatert til de kategorier som er valgt for å få nærhet til datamaterialet og for å gi leseren en reell mulighet til å følge resonnementet for å validere om tolkningen er relevant (Kvale og Brinkmann 2009).

Ved bruk av innholdsanalyse vil troverdighet og pålitelighet relateres til om analyseprosess og resultat er beskrevet tilstrekkelig detaljert så leseren får en klar forståelse av hvordan analysen er gjennomført. I dette ligger det at leseren introduseres i hvilken fremgangsmåte som er brukt for å komme fram til resultatet, for eksempel gjennom bruk av vedlegg og tabeller slik at andre kan følge prosessen (Elo og Kyngäs 2008). Masterstudenten har valgt å synliggjøre funn gjennom tabeller, noe som kan være en styrke i en studie fordi det demonstrerer koblinger mellom data og resultater (ibid). En detaljert beskrivelse av fremgangsmåten i analysearbeidet er også forsøkt gjort, noe som styrker troverdighet og pålitelighet.

I følge Graneheim og Lundman (2004) vil all tekst involvere flere betydninger og det er alltid en viss grad av tolkning når man nærmer seg en tekst. Når troverdigheten i en kvalitativ innholdsanalyse diskuteres er dette et viktig moment å ha med seg. Dette kan for eksempel være gjennom ledende spørsmål for å få fram en bestemt mening (Malterud 2011; Kvale og Brinkmann 2009). Troverdighet og pålitelighet er forsøkt ivarettatt gjennom alle ledd som beskrevet tidligere i dette kapitlet (Kvale og Brinkmann 2009). Studenten har spesielt hatt

fokus på hvordan egen forforståelse kan påvirke undersøkelsen gjennom hele prosessen og det er forsøkt gitt en så nøyaktig beskrivelse som mulig av fremgangsmåte i forskningsprosessen (Malterud 2011).

For å fremme overførbarheten må det gis en utfyllende beskrivelse av kontekst, utvalg og karakteristikk av deltakerne, datainnsamling og analyseprosess (Graneheim og Lundman 2004). Masterstudenten har forsøkt å gi fylldige beskrivelser av design, utvalg, datainnsamling og analyseprosess som beskrevet i metodekapitlet og tidligere i dette kapitlet. Overførbarhet relateres til om funnene kan overføres til andre grupper eller sammenhenger. Beskrivelse av deltakere, datainnsamling og analyse og bruk av sitater fra informantene for å vise nærhet til datamaterialet vil være med på å styrke overførbarhet og troverdighet (Elo og Kyngäs 2008, Graneheim og Lundman 2004). I denne studien kan forskningen sis å være overførbar innenfor alle områder der telefontolk benyttes fordi samme problematikk er beskrevet i ulike kontekster. I oppgaven er det også henvist til annen litteratur som bekrefter funn gjort i denne studien.

5.0 KONKLUSJON

Gode tolketjenester er en forutsetning for at fremmedspråklige pasienter skal få likeverdig helsehjelp som norskspråklige slik at fare for pasientens liv ikke oppstår på grunn av språkbarriere. Det er også et brudd på pasientrettighetene hvis det benyttes tolker som ikke har gode nok språklige kunnskaper innen begge språk. Dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og tolk kan medføre forsinkelser i behandlingsskjeden og sykepleier er avhengig av å ha en tolk som kan innhente og formidle informasjon raskt begge veier. Studien viser også at kunnskaper om andre kulturer oppleves som mangelfull og at det er et ønske om økt kulturkompetanse. I funnene fremkommer det hvordan sykepleier avklarer forventninger til tolk og tilrettelegger for god interaksjon med tolk. Masterstudenten har ikke funnet andre studier som så detaljert beskriver dette, noe som kan bety at oppgaven har medført nye kunnskaper.

Studien viser også hvilke utfordringer sykepleier har når tolken opptrer på en uprofesjonell måte slik at informasjon om pasientens status mistes. Denne studien bekrefter at det er behov for klarere styring fra myndighetenes side om hvilken kompetanse tolkeselskapene må ha på sine tolker da det fremkommer misforhold mellom tolkenes utøvelse av tolkerollen og krav til kompetanse som myndighetene har fastsatt. Krav til kompetanse hos tolkene er vedtatt, men samtidig er det gitt rom for private tolkeselskap å drive tolketjeneste på bestilling fra helsevesenet uten at nødvendig kvalitetskontroll av tjenesten har vært gjort i tilstrekkelig grad. Bruk av tolker uten profesjonelle kvalifikasjoner innebærer også en større risiko for at taushetsplikten ikke ivaretas.

5.1 Resultatets betydning for klinisk sykepleie

Informasjon fra intervjuene kan bidra til å finne forbedringspotensialer i nåværende praksis. Oppgavens resultat kan ha betydning for videreutvikling av bruk av telefontolk i akutte situasjoner, for eventuelt opplæringsbehov blant sykepleierne og for å påpeke behovet for nye statlige retningslinjer i AMK, akuttmottak og legevakt.

Undersøkelsen bekrefter at det er et stort behov for kunnskap om tolkebruk blant norske sykepleiere relatert til valg av godkjente tolker med autorisasjon. Gjennom å tydeliggjøre

dette overfor leverandører av tolketjenester og stille krav som er forenelig med myndighetenes krav, kan sykepleier være med på å forbedre kvaliteten på tjenesten. Studien viser at sykepleierne legger til rette for å ivareta både tolk og pasient gjennom samtalen gjennom høy personlig kunnskap og empati, verdier som anses som svært vesentlige innen alle områder innen sykepleiefaget. Studier vil alltid kunne øke bevisstheten i forhold til problemstilling, og ønsket er at både sykepleiere ute i praksis og også utdanningssteder setter temaet på dagsorden da innvandreretallet i Norge kommer til å øke betraktelig i årene som kommer.

5.2 Forslag til videre forskning

Studien viser at det er behov for forskning innen mange ulike områder relatert til bruk av telefontolk. Interessant videre forskning kan være relatert til hvilken opplæring sykepleiere får om kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter der telefontolk benyttes. Det kan også være interessant å forske på lydlogger fra AMK for på den måten å få mer kunnskap om kommunikasjon mellom sykepleier, tolk og pasient og hvilke barrierer som framkommer. Annen relevant forskning kan også rette seg mot telefontolkene og deres opplevelse av samarbeidet. utfordringer relatert til kjønnsproblematikk når tolk brukes er også område som er aktuelt å forske videre på.

Litteraturliste

Arbeids- og sosialdepartementet (1994) *Kompetanseutvikling i arbeidet for*

psykisk utviklingshemmede. NOU:8 [online] URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/nouer/1994/nou-1994-8.html?id=139439>

Lest 26.04.14

Atkin, N. (2008) Getting the message across: Professional interpreters in general practice.

Australian Family Physician. 37, (3) 174-176

Baker, D.W. m.fl (1996)

Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 13;275 (10):783-788.

Barne -, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2011) *Velferd og migrasjon*. NOU

2011:7 [online] URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2011/nou-2011-07/8/2.html?id=646319>

lest 12.09.13

Blackford, J., Street, A. og Parsons, C. (1997) Breaking down language barriers in clinical practice. *Contemporary Nurse* 6(1) 15-21.

Brinchmann, B.,S.(2012) *Etikk i sykepleien*.

Gyldendal Norsk Forlag AS

Brink, P., J. (1987) Editorial: On Reliability and Validity in Qualitative Research. *Western Journal of Nursing Research*. 9: 157

Brunborg, H. (2013) Framskrivning av innvandrere og norskfødte barn av innvandrere Hvor mange innvandrere er det – og blir det – i Norge? [online]

Samfunnsspeilet, 3/2013

http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/121979?_ts=13f2d821820 lest 30.10.13

Carlsen Karin C. Lødrup og Annetine Staff m.fl. (2007). *Forskningshåndboken Fra ide til publikasjon*. 3. utgave, Oslo: Bjerch Trykkeri AS.

Cioffi R.N. (2003) Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experiences. *International Journal of Nursing Studies* 40(3) 299-306.

Crossman, K.L. m.fl. (2010) Interpreters: telephonic, in-person interpretation and bilingual providers. *Pediatric* 125(3) 631-8.

Den norske legeforening (2009) Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.
Kaerdak Medical A/S

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.

Fatahi N. m.fl. (2009) Nurse radiographers' experiences of communication with patients who do not speak the native language. *Journal of advanced Nursing* 66(4), 774–783.

Flores, G. m.fl. (2012)
Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A comparison of professional versus ad Hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 60, Issue 5, side 545-553

FN sambandet (2014) *Menneskerettigheter*
[online] URL: <http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter>
Lest 04.05.14

Fonn, M. (2009) *Språkvansker på AMK*
Sykepleien [online] URL: <http://www.sykepleien.no/nyhet/299269/sprakvansker-pa-amk>
(15.09.13)

Garrett, P.W. m.fl. (2008) How are language barriers bridged in acute hospital care? The tale of two methods of data collection. *Australian Health Review*. Nov;32(4) 755-764.

Gerish, K. m. fl. (2004) Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health and Social Care in the Community*. 12(5), s. 407-413

Ginde, A.A., Clark, S. og Camargo, C.A. Jr. (2009)
Language barriers among patients in Boston emergency departments: Use of Medical Interpreters After Passage of Interpreter Legislation. *Journal of Immigrant and Minority Health* Dec;11(6) 527-530.

Ginde, A.A. m. fl. (2010)

Reevaluation of the effect of mandatory interpreter legislation on use of professional interpreters for ED patients with language barriers. *Patient Education and Counseling* Nov;81(2) 204-206.

Graneheim, U.,H. og Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, s 105-112

Hadziabdic, E. (2011) *The use of interpreter in healthcare. Perspectives of individuals, healthcare staff and familie.*

Linnaeus university press

Hadziabdic, E. m.fl. (2010) Healthcare staffs perceptions of using interpreters: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development* 11: 260–270

Hanssen, I. (2004) An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nursing Ethics*. 11(1) s. 28-41

Hanssen, I. (2005) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn.*

Gyldendal Norsk Forlag AS

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning.* Lovdata [online]

URL: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Lest 10.04.14

Helsedirektoratet (2011) *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*

Helse- og omsorgsdepartementet (1998) *Hvis det haster.....* NOU 1998: 9 [online]

URL: www.regjeringen.no <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-9/5/3/3.html?id=348322>

Lest 04.09.13

Helse- og omsorgsdepartementet (2005, b) *God forskning – bedre helse. Risikoprinsippet.*

NOU: 2005:1 [online]

URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-01/23/5.html?id=389818>

Lest 10.04.14

Helse- og omsorgsdepartementet (2010) *Drap i Norge i perioden 2004 – 2009.* NOU 2010:3

[online] URL: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/NOU-2010-](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/NOU-2010-3/21.html?id=602568)

[3/21.html?id=602568](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/NOU-2010-3/21.html?id=602568) Lest 03.10.13

Helsinkideklarasjonen (2013) *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* [online]

URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Lest 10.04.14

Hsieh, E.(2006) Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions. *Social science & medicine*. 62 side 721-730

Hsieh, H-F og Shannon, S.,E. (2005) Three Approaches to Qualitative Content Analysis *Qualitative Health Research* 15: 1277

Huber, D., A. (2006) Current Issues. Use of Interpreters. *Gastroenterology Nursing*. Volume 29, number 4

Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2005) Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review* 52, 276–285

Hunt, L., M., de Voogd, K.,B (2007) Are good intensions good enough? Informed consent without trained interpreters. *Society of General Internal Medicine*. 22:598-605

Høyve, S. & Severinsson, E. (2008 a) Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(4), 858-867

Høyve, S. & Severinsson, E. (2008 b) Intensiv care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and critical Care Nursing*. 24:338-348

Integrerings og mangfoldighetsdirektoratet (2011). *Tolkeportalen.no Nasjonalt tolkeregister*. [online] URL: <http://www.tolkeportalen.no/no/For-tolkebrukere/Retningslinjer/>

Lest 20.03.14

Jacobsen, D. I. (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring; innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*.

Kristiansand: Høgskoleforlaget

Jareg, K. og Pettersen, Z. (2006) *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*.

Bokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Kale, E. (2010) Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 47, nummer 9, side 818-823

Karliner, L.S, Perez-Stable, E., J., Gildengorin, G. (2004) The language divide. The importance of training in the use of inerpreters for outpatient practice. *Journal of general internalmedicine*.19: 175-183

Kirkevold, M. (1996) *Vitenskap for praksis?*

Ad Notam Gyldendal

Kleinpell, R., M., Vazquez, M., G., Gailani, K.(2000) Cultural diversity. Translating Spanish: A brief guide for intensive care and acute care nurses.
Critical care nurse Vol. 20, no. 2

Kumar, B., N. og Viken, B.(2010) *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*
Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*
2. utgave 3. opplag 2012, Gyldendal Akademisk

Leininger M. (1988) Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality.
Nursing Science Quarterly 1: 152

Leininger, M.,M. (1991) *Culture care Diversity & Universality: A Theory of Nursing*.
National League for Nursing Press.

Leininger, M., McFarland, M.,R (2002 a) *Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice*.
The McGraw-Hill Companies, Inc.

Leininger M. (2002 b) Culture care theory: A major Contribution to Advance Transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*. 13: 189

Leman, P. (1997) Interpreter use in an inner city accident and emergency department.
Journal of accident & emergency medicine Mar;14(2):98-100

Leman, P og Williams, D.J. (1999) Questionnaire survey of interpreter use in accident and emergency departments in the UK. *Journal of accident & emergency medicine* Jul;16(4) 271-274.

Magelssen, R. (2012) *Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon & helse? En kartlegging av bachelorstudiet i sykepleie i Helse Sør-Øst*. [online] Oslo: NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse [online] (NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse, 1/2012)
URL: <http://www.nakmi.no/Details.asp?article=NAKMI-rapporter&aid=149>

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

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

Martinsen, K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin*.
Tano AS

Meischke, H. m. fl. (2010) Emergency communications with limited-English-proficiency populations.

Prehospital Emergency Care 2010 Apr-Jun;14(2) 265-271.

Munger A. m. fl. (2012) Communicating With the Unresponsive Patient. *Dimensions of Critical Care Nursing*. Volum 31, nr. 5 s. 275/282.

Nailon, R.E. (2006) Nurses' concerns and practices with using interpreters in the care of Latino patients in the emergency department. *Journal of Transcultural Nursing* 2006 Apr;17(2) 119-28.

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) 2011 [online]

URL:<http://www.kokom.no/kokomsoek/publikasjoner/Rapportar/20110609%20Moduler%20AMK.pdf>

Lest 28.04.14

Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (Nakmi) [online]

URL:

<http://www.nakmi.no/Details.asp?article=Tolking%3A+88%25+uten+formelle+kvalifikasjoner&aid=126>

Nataly, K. (2008) The voice on the other end of the phone. *Health Affairs*. 27, 6 s. 1701-1706

Nordby, H. (2008) *Oppfatter pasienten det du sier?*

Sykepleien [online]

URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117354/oppfatter-pasienten-det-du-sier>

Lest 18.05.14

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

Nortvedt, P. (2013) Medfølelse og kunnskap i sykepleien. [online]

URL: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/etikk/1226351/medfoelse-og-kunnskap-i-sykepleien>

O'Hara, M. og Akinsulure-Smith, A., M. (2011) Working with interpreters: tools for clinicians conducting psychotherapy with forced immigrants. *International journal of migration, health and social care* Vol.7. NO 1, side 33-34

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerrettigheter* [online] Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html> (16.08.2013)

Phillips, C. (2010) Using interpreters. A guide for GPS. *Australian Family Physician*. Vol. 39, no. 4, side 188-195

Polit, D.F. og Beck, C.T (2012) *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*.
Lippincott Williams & Wilkins

Ramirez, D., Engel, K.G. og Tang, T.S. (2008) Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* May;19(2) 352-362.

Skau, G.,M. (2012) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Cappelen Damm akademisk

Sosial og helsedirektoratet (2004) *Lov om pasientrettigheter (rundskriv)* [online] URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter/Publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter.pdf> Lest 03.09.13

Statistisk sentralbyrå (2010) *Befolkningsframskrivinger, innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre, 2010-2060* [online]
<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvfram>
Lest 03.10.13

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden* [online]. Vård i Norden. URL:
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>
Lest 06.08.13

Utlendingsdirektoratet (2003) *Kommunikasjon via tolk* Temahefte 11
URL: http://www.tolkeportalen.no/Global/tolking/kommunikasjon_via_tolk.pdf

Vasquez, C. og Javier, R., A. (1991) The problem with interpreters: Communicating with Spanish-speaking patients. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 42, no.2, side 163-165

Wiener, E., S. og Rivera, M., I. (2004) Bridging language barriers: How to work with an interpreter. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 5:93-101

Wlodarczyk, K. (1998) The interhospital interpreter project. *Canadian Nurse* May;94(5) 22-25.

Østby, B.A. (2012) *Online-tolker kan redde liv*
Sykepleien [online] URL: <http://www.sykepleien.no/nyhet/1034390/online-tolker-kan-redde-liv>

Vedlegg 1

Til avdelingssjef ved AMK sentral: Informasjonsskriv og forespørsel om å få gjennomføre forskningsintervju

Jeg er masterstudent i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik, og skal skrive masteroppgave. Samfunnsendringer med økende grad av fremmedspråklige innbyggere i Norge har medført økende klager relatert til helsehjelp som innbyggerne har behov for. På bakgrunn av dette trenger jeg bistand til å gjennomføre individuelle forskningsintervju med sykepleiere ved din avdeling der hensikten er å beskrive sykepleiers erfaring i bruk av telefontolk og om mulig finne forbedringspotensialer i nåværende praksis.

Hva innebærer studien

Undersøkelsen er planlagt gjennomført desember 2013 og vil bli meldt til Personvernombudet for forskning (NSD).

Intervjuene vil bestå av individuelle forskningsintervju med åtte sykepleiere av begge kjønn og i alle aldre som arbeider i AMK, som har mer enn 2 års arbeidserfaring fra AMK, og som har erfaring i å motta henvendelser fra fremmedspråklige pasienter der telefontolk blir brukt. Intervjuene vil foregå på sykehuset i nøytrale kontorer og vare ca. 1 time og vil bli tatt opp på lydbånd. Jeg ber samtidig om tillatelse til å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden, til et tidspunkt som passer avdelingen. Undertegnede ber avdelingssjef om å være behjelpelig med å formidle navn og telefonnummer på aktuelle informanter som oppfyller inklusjonskriteriene og å informere dem om at jeg tar kontakt med dem via telefon. De blir forespurt om deltakelse og får tilsendt informasjonsbrev hvis de samtykker i å delta.

Frivillig

Det er frivillig å delta i intervjuet. Skriftlig samtykke innhentes fra informanten ved intervjuet.

Mulige fordeler og ulemper

Foruten at sykepleierne må bruke av sin arbeidstid til å delta i intervju bør ikke deltakelsen medføre noen ulemper. Fordelen av funnene kan bidra til innspill i forhold til hva de mener er forbedringspotensial i nåværende praksis. Dette kan også ha betydning for eventuell kompetanseutvikling ved avdelingen.

Hva skjer med informasjonen om sykepleierne?

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

Lydbåndene vil bli oppbevart innelåst av undertegnede og makuleres etter bestått masteroppgave. Transkriberte data lagres innelåst. Sykepleierne kan når som helst trekke seg fra studien, og kreve at opplysninger om dem fjernes og at lydopptak slettes. Sluttproduktet vil bli gjort tilgjengelig for avdelingen.

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 informasjonsbrev til utvalgte informanter.

Dato:

Avdelingssjef

.....

Vedlegg 2

Til sykepleier ved AMK-sentral

dato

Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjekt

Kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter. Sykepleiers erfaringer i bruk av telefontolk ved akutt helsehjelp til fremmedspråklige pasienter.

Bakgrunn og hensikt

Du har muntlig takket ja til en invitasjon om å delta i en forskningsstudie for å undersøke sykepleiers erfaringer i å kommunisere med fremmedspråklige pasienter i akuttsituasjoner gjennom bruk av telefontolk og får nå en skriftlig henvendelse. Kriterier for deltakelse er at du er sykepleier, har mer enn 2 års arbeidserfaring fra AMK, og har erfaring i å motta henvendelser fra fremmedspråklige pasienter der telefontolk blir brukt.

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik.

Prosjektet er godkjent av NSD (Personvernombudet for forskning) og akseptert gjennomført av avdelingssjef ved AMK sentralen, Sykehuset i Vestfold.

Hensikten med studien er å få kunnskap om sykepleiers erfaringer i samtale med fremmedspråklige pasienter ved bruk av telefontolk. Du vil også få spørsmål om hvor fornøyd du er med nåværende praksis, og om du ser forbedringsmuligheter.

Hva innebærer studien?

For deg innebærer deltakelse et intervju på ca. 1 time. Intervjuet vil foregå på din arbeidsplass og i din arbeidstid. Du sikres full konfidensialitet i hele prosessen.

Mulige fordeler og ulemper

Fordel ved å delta i studien er å synliggjøre nåværende praksis, og å se om det finnes forbedringspotensialer. Det vil i så fall komme deg og din arbeidsplass til nytte. Ulempen for deg er at jeg vil bruke 1 time av din tid. Det er dessverre ikke godtgjøring for tidsbruk.

Taushetsplikten gjelder fortsatt

Deltakelse i studien fritar deg ikke fra taushetsplikten. Ingen opplysninger som kan identifisere pasienter må fremkomme under studien. Hvis du ved et uhell avgir 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 også få mulighet til å lese intervjuet. Du har også rett til å få korrigert eventuelle feil i opplysningene. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Datamaterialet vil anonymiseres senest ved prosjektets slutt. 31.07.14 og du sikres full konfidensialitet i hele prosessen. I hovedsak vil ingen kunne gjenkjenne deg i den ferdige publikasjonen. Hvis det likevel skulle bli aktuelt å bruke direkte sitater eller annet som kan gjøre deg gjenkjennelig for dine kolleger, vil du få anledning til å lese og godkjenne disse delene før de publiseres. Resultatene fra studien vil i etterkant bli presentert på arbeidsplassen.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. 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. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte Sidsel H. Gjermundsen på tlf. 45 46 07 70.

Forskningsprosjektet utføres av

Sidsel H. Gjermundsen, mastergradsstudent ved Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleie.

Inger Signe Johansson, professor ved Høgskolen i Gjøvik, seksjon for sykepleie, emne Master i klinisk sykepleie, er prosjektansvarlig og veileder.

Under intervjuet vil Sidsel H. Gjermundsen være til stede.

Med vennlig hilsen

.....

Sidsel H. Gjermundsen

Mastergradsstudent

.....

Inger Signe Johansson

Professor, Høgskolen i Gjøvik

Samtykkeerklæring

Jag har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien

Jeg gir tillatelse til å bli intervjuet.

Jeg gir tillatelse til behandling av personopplysninger

som beskrevet i forskningsinformasjonen

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien (signatur prosjektdeltaker, dato) | Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien: Mastergradsstudent |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

Vedlegg 3

Intervjuguide

1. Hvordan opplever du å kommunisere med fremmedspråklige pasienter ved bruk av telefontolk når både tolk og pasient befinner seg andre steder?
 - Beskrive situasjoner de har opplevd.
 - Hvordan var kommunikasjonen?
 - Hva fungerer bra? Hva var vanskelig?
 - Hvilken kompetanse opplever sykepleier er viktig å ha i kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter når telefontolk anvendes?

Fordypningsspørsmål 1:

- Kan du si litt mer om..
- Opplever du det alltid slik?
- Du nevnte i sted at..
- Hva gjør det med deg..
- Hva kan gjøres annerledes?

Fordypningsspørsmål 2:

- Opplever du at pasienten nå får den hjelpen han trenger?
- Hvor fornøyd er du med telefontolk i akutte situasjoner?
- Hva må gjøres annerledes for at tilbudet skal bli bedre?
- Hva innebærer det for deg at du nå kan bruke telefontolk?
- Kan du beskrive hvordan du styrer samtalen?
- Kan du si litt mer om hva som er vanskelig?
- Eksempler på situasjoner der det var vanskelig å styre. Hva gjorde det vanskelig?
- Har du opplevd situasjoner der du er usikker på om tolken tolker det du vil?

Er det noe mer du kommer på nå, som du ønsker å si noe om?

Tilleggsopplysninger

- Alder
- Kjønn
- Hvor lenge jobbet på AMK
- Ansiennitet som sykepleier
- Utdanning og videreutdanning, ansiennitet
- Har informantene spesielle kurs eller etterutdanning innen området kommunikasjon med fremmedspråklige pasienter.