

# UPPFATTNINGAR OM TOLKNING OCH BEHOV AV SRHR-UTBILDADE TOLKAR

En kvalitativ studie av hälso- och sjukvårdsanställda i Region Sörmland

**MALIN KLARIN**

*Huvudområde:* Folkhälsovetenskap  
*Nivå:* Grundnivå  
*Högskolepoäng:* 15 hp  
*Program:* Folkhälsoprogrammet  
*Kursnamn:* Examensarbete i  
folkhälsovetenskap  
*Kurskod:* FHA032

*Handledare:* Anita Larsson  
*Examinator:* Charlotta Hellström

*Seminariedatum:* 2020-04-29  
*Betygsdatum:* 2020-05-15

## SAMMANFATTNING

I Sverige finns en ojämlikhet i hälsa mellan utrikes födda och inrikes födda. Hälsa är beroende av fungerande hälso- och sjukvård och för personer som inte talar svenska kan tolk behövas. Dock förekommer viss problematik kring tolkning vid patientbesök som berör sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Därför har några regioner i Sverige utbildat tolkar inom SRHR.

Studiens syfte var att undersöka hälso- och sjukvårdsanställdas uppfattning samt behov av tolkar i Region Sörmland. Kvalitativ metod valdes för att belysa deltagarnas erfarenheter och uppfattningar kring tolkning. Datainsamling gjordes via semistrukturerade intervjuer då fem kvinnor som arbetar med SRHR inom hälso- och sjukvård i Region Sörmland intervjuades. Därefter genomfördes kvalitativ manifest innehållsanalys.

Resultatet visar att deltagarna främst använder sig av telefontolkning även om kontakt-tolkning förekommer. Patientmöten genom tolk handlar mycket om kommunikation. Förutsättningar, hinder och möjligheter för kommunikation varierar beroende på patientmötets omständigheter. Uppfattningarna om vad SRHR-utbildning bör innehålla är breda samtidigt som en nackdel kan vara att ämnet är stort och komplext. Dock finns en möjlighet att SRHR-utbildning för tolkar kan resultera i att patient och vårdpersonal upplever tryggare patientmöten.

Slutsatsen är att det finns ett uppfattat behov av tolkar utbildade i sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

*Nyckelord:* Barriärmodellen, Filter- och brusmodellen, Kommunikation, SRHR, Tolkning

## **ABSTRACT**

There is an inequality in health between foreign-born and native-born people in Sweden. Health is reliant on working healthcare and interpreters can be necessary for people that do not speak Swedish. However, there are some problems emerging during patient visits when interpreting issues about sexual and reproductive health and rights (SRHR). That is why there is a special education for interpreters in SRHR in some regions in Sweden.

The aim of the study was to examine the perception of and need for interpreters amongst the healthcare employees in Region Sörmland. Qualitative method was chosen to capture the participants experiences and perceptions. Data was collected via a semi structured interviewing method and five women were interviewed. A qualitative content analysis was carried out.

The results show that the participants foremost use telephone interpreters even if interpreters that interprets in the same room also occur. Communication plays a key role in patient meetings with interpreters. Prerequisites, obstacles and opportunities in communication varies depending on the circumstances of the meeting. The participants' perception of what a SRHR-education should include is extensive. At the same time, a disadvantage can be that SRHR is too wide and complex. Although the effect of an SRHR-education can be that patient meetings with interpreters are safer and more secure for both patients and healthcare workers.

In conclusion the perception among the participants is that SRHR-educated interpreters are needed.

Keywords: Communication, Communication models, Interpretation, SRHR

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INTRODUKTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND.....</b>	<b>2</b>
2.1	Definition av hälsa och folkhälsa .....	2
2.2	Agenda 2030 och svenska målområden för folkhälsoarbete .....	2
2.3	Ojämlighet i hälsa.....	3
2.4	Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter .....	3
2.5	Hälsorelaterad kunskap hos utrikes födda i Sverige .....	4
2.6	Språktolkning i Sverige.....	4
2.6.1	<i>Tolkar i Sverige.....</i>	<i>4</i>
2.6.2	<i>Tolkning inom hälso- och sjukvård .....</i>	<i>5</i>
2.6.3	<i>Tolkning av SRHR .....</i>	<i>6</i>
2.6.4	<i>Tolkutbildning i SRHR.....</i>	<i>6</i>
2.7	Region Sörmland.....	6
2.8	Teoretiskt perspektiv.....	7
2.8.1	<i>Barriärmodellen.....</i>	<i>7</i>
2.8.2	<i>Filter- och brusmodellen.....</i>	<i>7</i>
2.9	Problemformulering .....	8
<b>3</b>	<b>SYFTE .....</b>	<b>9</b>
3.1	Frågeställningar.....	9
<b>4</b>	<b>METOD.....</b>	<b>10</b>
4.1	Metodval.....	10
4.2	Urvalsmetod.....	10
4.3	Datainsamlingsmetod .....	11
4.4	Analysmetod.....	11
4.5	Kvalitetskriterier .....	12
4.6	Etiska aspekter .....	13

<b>5</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>15</b>
<b>5.1</b>	<b>Förekommande tolkningsformer inom Region Sörmland</b> .....	<b>15</b>
5.1.1	<i>Telefontolkning, kontakttolkning och anhörigtolkning</i> .....	15
<b>5.2</b>	<b>Hälso- och sjukvårdsanställdas erfarenheter kring kommunikationen i patientmöten som involverar tolkar</b> .....	<b>16</b>
5.2.1	<i>Förutsättningar för kommunikation via tolk</i> .....	16
5.2.2	<i>Hinder för kommunikation via tolk</i> .....	17
5.2.3	<i>Möjliggörande aspekter för kommunikation</i> .....	19
<b>5.3</b>	<b>Uppfattningar om SRHR-utbildning för tolkar i Region Sörmland</b> .....	<b>20</b>
5.3.1	<i>Önskvärda kunskaper hos SRHR-tolkar</i> .....	20
5.3.2	<i>Hinder och möjligheter med en SRHR-utbildning</i> .....	21
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>23</b>
<b>6.1</b>	<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>23</b>
6.1.1	<i>Metodvalsdiskussion</i> .....	23
6.1.2	<i>Urvalsdiskussion</i> .....	23
6.1.3	<i>Datainsamlingsdiskussion</i> .....	24
6.1.4	<i>Analysmetodsdiskussion</i> .....	25
6.1.5	<i>Diskussion om kvalitetskriterier</i> .....	26
6.1.6	<i>Etikdiskussion</i> .....	26
<b>6.2</b>	<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>27</b>
6.2.1	<i>Diskussion om förekommande tolkningsformer i Region Sörmland</i> .....	27
6.2.2	<i>Diskussion om deltagarnas uppfattningar kring kommunikationen i patientmöten som involverar tolk</i> .....	28
6.2.3	<i>Diskussion om deltagarnas uppfattning av SRHR-utbildning för tolkar i Region Sörmland</i> .....	30
<b>7</b>	<b>SLUTSATS</b> .....	<b>32</b>
7.1	<b>Praktisk användning av studiens resultat och vidare forskning</b> .....	<b>32</b>
	<b>REFERENSLISTA</b> .....	<b>33</b>

**BILAGA A; MISSIVBREV**

**BILAGA B; INTERVJUGUIDE**

# 1 INTRODUKTION

Utrikes födda personer i Sverige uppvisar överlag sämre hälsa än inrikes födda. För att minska ojämlikheten i hälsa är det viktigt att utrikes födda kan tillgodogöra sig hälso- och sjukvård. Vid kontakt med hälso- och sjukvården kan tolkar därför vara betydelsefulla för att förmedla essentiell hälsoinformation. I Sverige har behovet av tolkar inom hälso- och sjukvården funnits länge men under 2000-talet har behovet av tolkar ökat i takt med att invandringen ökat. Både patienter, tolkar samt hälso- och sjukvårdsanställda har påtalat behovet av kompetenta tolkar vid vårdbesök.

Bakgrund till studien är att samordnaren för sexualitet och hälsa i Region Sörmland lämnade ett uppsatsförslag. Förfrågan handlade om att undersöka av ett eventuellt uppfattat behov hos hälso- och sjukvårdsanställda i Region Sörmland angående tolkars behov av utbildning i sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). Arbete som berör SRHR förekommer bland annat på vårdcentraler, ungdomsmottagningar och inom mödravård. Uppsatsförslaget ansågs vara relevant eftersom det berör ett intressant ämne som samtidigt var nytt då ingen personlig kunskap inom området fanns sedan tidigare.

SRHR och tolkning är betydelsefulla frågor för folkhälsan, folkhälsovetenskapen och hälso- och sjukvården. Studien är relevant att genomföra eftersom andra regioner i Sverige har utbildat SRHR-tolkare med positiva resultat. Dock kan det vara en fördel att först undersöka hur tolkning genomförs och fungerar idag samt hur hälso- och sjukvårdsanställda i Region Sörmland uppfattar behovet av SRHR-utbildade tolkar innan eventuell utbildning sker.

Förhoppningsvis kan studien ge en inblick i hur hälso- och sjukvårdsanställda i Region Sörmland uppfattar samt resonerar kring tolkning och behovet av SRHR-utbildade tolkar.

## 2 BAKGRUND

I bakgrunden presenteras information om hälsa, SRHR och tolkning. Eftersom studien skrivs på uppdrag av Region Sörmland beskrivs relevanta bakgrundsaspekter för att ge studien kontext. Därefter beskrivs studiens teoretiska perspektiv och bakgrunden avslutas med en problemformulering.

### 2.1 Definition av hälsa och folkhälsa

World Health Organization (1948) definierar hälsa på följande sätt: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (s. 2). Regeringens proposition (Prop. 2017/18:249) beskriver folkhälsa som hur väl befolkningen mår och hur hälsan är fördelad i befolkningen. Målet är att folkhälsan ska vara så god och jämlik som möjligt. Inga skillnader i hälsa mellan grupper såsom inrikes och utrikes födda, män och kvinnor eller beroende på sexuell läggning ska förekomma. Ejlertsson och Andersson (2009) förklarar folkhälsovetenskap som folkhälsans teoretiska gren och folkhälsoarbete som den praktiska tillämpningen.

### 2.2 Agenda 2030 och svenska målområden för folkhälsoarbete

Sedan år 2015 finns Agenda 2030 som är en deklaration för hur alla världens länder gemensamt ska uppnå ekonomisk, social och ekologisk hållbarhet. Agenda 2030 består av 17 mål och 169 delmål inom olika områden för att skapa bättre förutsättningar för människors liv samt bemöta klimatkrisen. I Agenda 2030 är minst två av målen direkt förknippade med SRHR. Mål 3 - *Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar* har delmål som berör mödravård, AIDS samt att hälso- och sjukvård som berör SRHR ska vara tillgänglig för alla. Mål 5 - *Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt* inkluderar delmål som beskriver att tvångsäktenskap, könsstympning och allt våld mot kvinnor och flickor ska upphöra. Ett delmål i mål 5 innefattar även att alla människor ska ha rätt till SRHR (United Nations [UN], 2015).

I regeringens proposition *God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik* (Prop. 2017/18:249) framhålls att Sverige ska vara i framkant gällande implementering och genomförande av Agenda 2030. Regeringens proposition betonar även att kommuner och regioner är betydelsefulla aktörer gällande folkhälsoarbetet i Sverige.

Av Sveriges åtta målområden för god och jämlik hälsa är framförallt tre målområden relevanta för SRHR: målområde 6 – *Levnadsvanor*, målområde 7 – *Kontroll, inflytande och delaktighet* och målområde 8 – *En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Målområde 6 – *Levnadsvanor* beskriver att hälsa påverkas av människors levnadsvanor men även att levnadsvanor är olika beroende på förutsättningar såsom utbildningsnivå eller social miljö (Prop. 2017/18:249). Sexualitet är en av levnadsvanorna som påverkar hälsan (Folkhälsomyndigheten, 2019b). Målområde 7 – *Kontroll, inflytande och delaktighet*

benämner SRHR som centralt för att uppnå jämlik hälsa. Alla människor har rätt att bestämma över sin kropp och ingen ska utsättas för diskriminering eller våld på grund av sexualitet. Utgångspunkten för målområde 8 – *En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård* är att hälso- och sjukvården ska anpassas utefter behov samt vara tillgänglig och jämlik. Könstympling är ett av områdena som bör prioriteras (Prop. 2017/18:249).

### **2.3 Ojämlighet i hälsa**

Socioekonomiska förutsättningar, levnadsvanor och samhällsstrukturer påverkar människors hälsa. I Sverige har alla rätt till hälso- och sjukvård samt information om hälsa och således om SRHR. Dock finns ojämlikhet kring SRHR där somliga grupper såsom unga vuxna, sexuella minoriteter och vissa migrantgrupper är åsidosatta (Folkhälsomyndigheten, 2019b). Under år 2019 passerade andelen utrikes födda i Sverige två miljoner. Det motsvarar nästan 20 procent av Sveriges folkbokförda befolkning. De vanligaste länderna för utrikes födda i Sverige är: Syrien, Irak, Finland, Polen och Iran (Statistiska Centralbyrån [SCB], 2020b). Sett till hälsa generellt har migrantgrupper i Sverige ojämlik hälsa. Utrikes födda har delvis sämre hälsa inom områden såsom psykisk hälsa och tandhälsa samt är mer utsatta för exempelvis tuberkulos och hiv (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

Rostila och Hjern (2018) beskriver att skillnader i hälsa mellan migrantgrupper kan bero på faktorer som mottagandet i Sverige eller anledningen till migration. Även omständigheter i ursprungslandet påverkar hälsan såsom förekomsten av infektionssjukdomar som hepatit B och C, hiv och tuberkulos. Migrantgruppers levnadsvanor som exempelvis kostvanor, kulturella normer och religiösa traditioner påverkar också hälsan. Levnadsvanorna kan ha positiv eller negativ effekt på hälsan beroende på levnadsvanan innebär (Rostila & Hjern, 2018).

Burström (2018) menar att asylsökande och flyktingar är sårbara eftersom många har upplevt traumatiska händelser tidigare livet. Att inte söka vård vid behov är något som kan bidra till ojämlikhet i hälsa. Utrikes födda kan undvika att söka vård på grund av språkbarriären. Därför är det enligt Burström (2018) nödvändigt att prioritera hälso- och sjukvårdsinsatser för utrikes födda. Även Folkhälsomyndigheten (2019b) menar att preventivt arbete bör riktas till missgynnade grupper för att minska ojämlikhet i hälsa.

### **2.4 Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter**

SRHR kan definieras som: "Sexual and reproductive health is a state of physical, emotional, mental, and social wellbeing in relation to all aspects of sexuality and reproduction, not merely the absence of disease, dysfunction, or infirmity" (Starr et al., 2018, p. 2646). SRHR påverkar människors relationer, hälsa och mående samt är relevant för hela befolkningen även om behovet av SRHR-relaterad hälso- och sjukvård varierar under olika delar av livet (Folkhälsomyndigheten, 2019b).



SRHR innefattar bland annat: aborter, cancer i reproduktionsorganen, infertilitet, könsbaserat våld, mödravård, preventivmedel, sexuellt överförda infektioner (STI) och vård av nyfödda. Könsbaserat våld innebär att personen som utsätts för våld blir utsatt på grund av kön. Det kan handla om barnåktenskap, hedersvåld, abort på grund av fostrets kön, sexuella trakasserier och sexuellt våld (Starr et al., 2018). STI innefattar exempelvis gonorré, hiv/aids, klamydia och syfilis (Folkhälsomyndigheten, 2015).

SRHR-områden har prioriterats olika vilket inneburit att somliga områden är eftersatta vilket påverkat människors förutsättningar till hälsa. Eftersatta områden är bland annat aborter, könsbaserat våld, könsidentiteter och sexuella läggningar vilka behöver prioriteras för att minska ojämlikhet i hälsa (Starr et al., 2018).

## **2.5 Hälsorelaterad kunskap hos utrikes födda i Sverige**

Wångdahl et al. (2014) undersökte health literacy hos flyktingar som studerade vid SFI-skolor (svenska för invandrare). Inom hälso- och sjukvård kan health literacy ses som ett begrepp som beskriver hur patienter förstår och tillämpar relevant hälsoinformation (Olander et al., 2014). Majoriteten av deltagarna i studien (Wångdahl et al., 2014) hade bristfällig eller begränsad health literacy. Studiens slutsats blev därmed att health literacy bör beaktas vid genomförande av hälsoaktiviteter med utrikes födda då health literacy påverkar möjligheten till hälsa.

En studie av Nkulu Kalengayi et al. (2012) undersökte hiv-relaterad kunskap hos utrikes födda i norra Sverige. Resultatet visade att kunskaper om hur hiv smittar överlag var undermålig. Nästan 40 procent av deltagarna uppgav att de inte skulle söka vård vid en hiv-diagnos. En av anledningarna var rädsla för att bli utvisade trots att samtliga medverkande var i Sverige legalt. Åkerman et al. (2019) studerade vilken kunskap utrikes födda kvinnor besitter kring vissa SRHR-relaterade ämnen. Ungefär en tredjedel var osäkra på hur oönskad graviditet kan undvikas eller hur det går att skydda sig från hiv/STI. Kvinnorna med lägst utbildningsnivå uppvisade lägst kunskap. I studien uppgav 68 procent av kvinnorna att de hade lågt förtroende för hälso- och sjukvården.

## **2.6 Språktolkning i Sverige**

I kommande avsnitt beskrivs förutsättningar för tolkning samt hur tolkning fungerar inom hälso- och sjukvården. I texten behandlas endast språktolkning, det vill säga tolkning av talade språk.

### **2.6.1 Tolkar i Sverige**

I Sverige finns ungefär 5 000 tolkar och majoriteten saknar tolkutbildning (SOU 2018:83). Dock tillhandahåller Kammarkollegiet (2019) yrkesetiska regler och råd för hur auktoriserade tolkar ska verka inom yrket. Tolkutredningens betänkande (SOU 2018:83)

beskriver att tolkar kan erhålla titeln auktoriserad tolk efter avlagt kunskapsprov hos Kammarkollegiet. Efter avklarad kunskapsprov kan ytterligare ett prov göras för att bli auktoriserad rätts- eller sjukvårdstolk. Det finns tolkutbildningar vid högskola, yrkeshögskola och inom folkbildningen men inom offentlig sektor råder det brist på auktoriserade eller utbildade tolkar. Många tolkar upplever svårigheter att försörja sig inom yrket och på grund av försörjningssvårigheterna kan tolkningen bli en bisyssla eller ett deltidsjobb vid sidan av en annan sysselsättning (SOU 2018:83).

### **2.6.2 Tolkning inom hälso- och sjukvård**

I förvaltningslagen (SFS 2017:900) beskrivs att människor som inte behärskar svenska språket har rätt till tolk vid kontakt med myndigheter. Patientlagen (SFS 2014:821) syftar till att öka patientens rättigheter inom hälso- och sjukvården. Patientlagen beskriver vidare att alla människor som behandlas inom hälso- och sjukvården har rätt till information utifrån sina egna förutsättningar såsom språkkunskaper, ålder eller erfarenhet. Sveriges Kommuner och Regioner (2020) menar att vårdgivaren bör försäkra sig om att patienten har förstått innebörden av informationen. Socialstyrelsen (2016) skriver att det främst är arabiska, somaliska, dari, tigrinja och persiska som tolkas inom hälso- och sjukvården i Sverige. I flertalet regioner uppgår tolkningen av arabiska till över hälften av alla tolksamtal.

En svensk studie av Lundin et al. (2018) visar att vårdpersonal upplever behov av fler lagar och regler kring tolkning inom vården samt att det kan vara svårt att få tag på en tolk. Socialstyrelsen (2016) beskriver att det är brist på kontakttolkar (tolk som är fysiskt närvarande i rummet) och utbildade tolkar. När verbal språkkommunikation är ett hinder under akuta situationer används istället andra sätt för att kommunicera: kroppsspråk, översättningsprogram, engelska, svenska eller anhöriga (Lundin et al., 2018). En kartläggning genomförd av Socialstyrelsen (2018) visar att anhöriga utan fackkunskap används som tolkar. Att använda anhörigtolk innebär flertalet svårigheter: dels påverkas patient- och rättssäkerheten, dels finns en risk att behandling eller vård blir felaktig. Lundin et al. (2018) bekräftar att vårdpersonal använder anhörigtolk eftersom det kan vara svårt få en tolk vid tidspress.

Krupic et al. (2016) har intervjuat personer som immigrerat till Sverige om deras uppfattningar angående tolkning vid hälso- och sjukvårdsbesök. Studien konstaterar ett antal faktorer som är väsentliga för fungerande kommunikation som involverar tolkning. För patienten är tolkens professionalitet samt överensstämmande språkkompetens och dialekt betydande. Både Fatahi et al. (2008) och Krupic et al. (2016) menar att en faktor som kan underlätta kommunikationen vid tolkning är att tolken har samma kön som patienten. Krupic et al. (2016) beskriver vidare att rätt kön har särskild betydelse när vårdbesöken uppfattas som känsliga, exempelvis vid gynekologiska vårdbesök.

En svensk studie (Fatahi et al., 2008) framhåller att samtliga närvarande vid vårdbesök med tolkning har ansvar för optimal kommunikation. Vårdpersonalen bör vara mottaglig för kulturella skillnader och beakta tolkning som en del av arbetet. Patienten bör inte helt förlita sig på tolken utan borde istället vara en aktiv deltagare för bästa resultat. Tolken bör agera neutralt för att information ska kunna förmedlas mellan vårdpersonal och patient.

### **2.6.3 Tolkning av SRHR**

Det finns flera svårigheter gällande tolkning av SRHR-relaterade ämnen. Till exempel kan tolkar uppleva att ämnena är känsliga att prata om och bli obekväma under tolkningen. Det förekommer även att specifika ord som ska översättas inte finns på det tolkade språket. För patienten som behöver tolkning kan en situation med ytterligare en person i rummet vara påfrestande psykiskt. Andra försvårande faktorer är att tolkens egna värderingar påverkar och att tolken ifrågasätter vad vårdpersonalen säger (Stockholms läns landsting, 2017).

I en studie (Kolak et al., 2017) genomförd i Sverige har barnmorskor uppgett att tolkar fungerar som både deras och patientens röst. Dock påverkar tolkens kompetens vårdens kvalitet. Det förekommer att barnmorskor känner ovisshet kring vilken information som faktiskt har nått patienten via tolken. Barnmorskorna uppger att patientmöten med telefontolk istället för kontakttolk kan innebära ännu större osäkerhet kring vilken information som verkligen förmedlats (Kolak et al., 2017). En annan svensk studie (Akhavan, 2012) visar att barnmorskor uppfattar att vårdkvaliteten påverkas av kommunikationen mellan de inblandade. Faktorer som inverkar på kommunikationen är enligt barnmorskorna språkbarriärer, kulturella förutsättningar och graden av tillit till vårdpersonalen från patientens sida.

### **2.6.4 Tolkutbildning i SRHR**

Kunskapscentrum för sexuell hälsa i Västra Götalandsregionen och Göteborgs Stad startade tillsammans utbildningen Tolkbart år 2013. Bakgrunden var ett uppfattat behov av efterfrågan på tolkar med SRHR-kompetens (H. Rahm, personlig kommunikation, 2 mars, 2020). I utbildningen Tolkbart erhåller tolken kompetens i frågor som exempelvis hbtq, hiv/STI, normer, anatomi och juridik kring SRHR samt våld i nära relationer (Västra Götalandsregionen, 2019). Under år 2018 utbildade Kunskapsnätverket HIV/STI Mellansverige (2018) 145 tolkar från fyra regioner i SRHR. Tidigare utbildningstillfällen i andra regioner visar att SRHR-utbildningen har uppskattats av tolkarna då 96 av 98 deltagande tolkar ansåg att utbildningen var bra eller mycket bra (Kunskapsnätverket HIV/STI Mellansverige, 2017). Tolkbart har sedan starten utvärderas och därefter justerats i syfte att bättre passa behovet som finns hos tolkar och tolkanvändare (C. Lundh, personlig kommunikation, 2 mars 2020).

## **2.7 Region Sörmland**

Region Sörmland bedriver sjukvård, tandvård och regional utveckling (Region Sörmland, 2019). Arbetet sker med social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet i åtanke. Region Sörmland (u.å. -b) har som mål att vara Sveriges friskaste län år 2025. I Södermanlands län bor cirka 298 000 människor (SCB, 2020a) och inom Region Sörmland arbetar ungefär 7 500 personer (Region Sörmland, u.å.-a.) varav 6 400 personer inom vård och hälsa. Dagligen sker cirka 900 patientbesök på sjukhus och 250 akutmottagningsbesök. Vårdcentralerna har omkring 2 500 patientbesök om dagen (Region Sörmland, u.å.-b). Under år 2019 har Region

Sörmland anlitat distanstolk (exempelvis via telefon) ungefär 27 100 gånger och kontakttolk ungefär 8 800 gånger (Språkservice, 2020).

Sedan år 2020 är Region Sörmland med i Kunskapsnätverket HIV/STI Mellansverige tillsammans med fyra andra regioner (C. Lundh, personlig kommunikation, 4 mars 2020). I kunskapsnätverket används Tolkbart som utbildning för tolkar (C. Lundh, personlig kommunikation, 2 mars 2020).

## 2.8 Teoretiskt perspektiv

Nedan presenteras två kommunikationsmodeller som utgör teoretiskt perspektiv i studien.

### 2.8.1 Barriärmodellen

Barriärmodellen baseras på existensen av kommunikativa hinder mellan människor. Kultur och språk beskrivs som hinder då de skapar begränsningar. Begränsningarna kan bestå av exempelvis normer som hindrar kommunikation eftersom språket är färgat av människors värderingar, förväntningar och behov. Barriärmodellen utgår således från att avsändarens kommunikation filtreras genom en barriär bestående av hindrande faktorer. Därefter tolkas kommunikationen av mottagaren, vilket inte heller är objektivt. Avsändarens avsikt med kommunikationen tolkas sällan på ett identiskt sätt hos mottagaren (Nilsson & Waldemarson, 2016).

### 2.8.2 Filter- och brusmodellen

Filter- och brusmodellen utgår från att kommunikationens mening inte bara finns i orden. Kommunikationens mening finns i sändarens och mottagarens tolkning. *Kanal* är ett begrepp inom filter- och brusmodellen vilket är kontexten som kommunikationen sker inom. Kanalen kan exempelvis vara e-post eller telefonsamtal. Vid fysisk kommunikation är kanalen framförallt syn och hörsel. *Filter* är ytterligare ett begrepp som används. Filter inkluderar bland annat förutfattade meningar, erfarenhet och kulturella skillnader (Nilsson & Waldemarson, 2016).

Nilsson och Waldemarson (2016) förklarar begreppet *brus* som störningar som påverkar kommunikationen. Brus delas ofta upp i tre kategorier: fysiskt, psykologiskt och semantiskt brus. Fysiskt brus kan bestå av störande bakgrundsljud, talsvårigheter eller hörselnedsättning. Psykologiskt brus är konsekvenserna av exempelvis fördomar eller misstänksamhet. Det psykologiska bruset är ofrånkomligt i kommunikation men effekten kan minskas genom medvetenhet och kunskap. Semantiskt brus innebär att sändare och mottagare inte tolkar kommunikationen likadant. Nilsson och Waldemarson (2016) skriver att olikheterna beror på ”mångtydighet eller skilda språkvanor” (s. 25).

## 2.9 Problemformulering

SRHR är ett folkhälsoområde som är relevant för alla människor. Trots det förekommer skilda förutsättningar och ojämlikheter inom SRHR. Vetenskapligt underlag visar att SRHR-kunskapen hos utrikes födda i Sverige är begränsad. Tolkning vid vårdbesök är en tillgång för både vårdpersonal och patienter men det skapar samtidigt nya hinder såsom att tolkens egna värderingar påverkar samtalet eller att viss kompetens saknas. Några exempel är att kunskap om korrekt ord för en viss företeelse saknas eller att vara bekväm med att tolka i patientmötet som berör SRHR. Korrekt tolkning vid ett vårdbesök är därför angeläget för att skapa de bästa förutsättningarna för hälsa.

Undersökningar och utvärderingar visar att SRHR-utbildning för tolkar har varit uppskattat av tolkarna. Efteråt upplever tolkarna att den nya kunskapen är en tillgång i tolkningen. Flertalet andra regioner i Sverige har utbildat tolkar inom SRHR. Därför är det relevant att undersöka hur hälso- och sjukvårdsanställda inom Region Sörmland uppfattar tolkning under patientmöten samt om de upplever ett behov av att tolkar ska ha SRHR-utbildning. Det teoretiska perspektivet, barriärmodellen samt filter- och brusmodellen, används för att försöka förstå faktorer som påverkar kommunikationen under patientmötena.

### **3 SYFTE**

Syftet med studien är att undersöka hälso- och sjukvårdsanställdas uppfattning av hur tolkning fungerar samt om det finns ett upplevt behov av SRHR-utbildade tolkar i Region Sörmland.

#### **3.1 Frågeställningar**

- Vilken form av tolkning används av hälso- och sjukvårdsanställda i Region Sörmland?
- Vilka erfarenheter har hälso- och sjukvårdsanställda i Region Sörmland av hur patientmöten fungerar med hjälp av tolkar?
- Vad uppfattar hälso- och sjukvårdsanställda i Region Sörmland med erfarenhet av SRHR att tolkar med SRHR-utbildning skulle kunna tillföra i patientmöten?

## 4 METOD

I följande avsnitt presenteras studiens genomförande genom att beskriva metodval, urval, datainsamling, kvalitetskriterier och etiska aspekter som har påverkat studien.

### 4.1 Metodval

För studien valdes kvalitativ metod eftersom syftet var att undersöka deltagarnas uppfattningar kring hur tolkning fungerar samt om deltagarna upplevde ett behov av SRHR-utbildade tolkar. Kvalitativ metod är lämplig eftersom metoden kan frambringa detaljer kring upplevelser och erfarenheter (Graneheim & Lundman, 2004) angående deltagarnas uppfattning om ovannämnda aspekter. Vidare ger kvalitativ metod möjligheter att generera utförliga svar när det är önskvärt att få förståelse för en företeelse (Bryman, 2018), vilket är studiens syfte.

### 4.2 Urvalsmetod

I studien har en målstyrd urvalsmetod använts eftersom de utvalda deltagarna var relevanta för studiens syfte. Bryman (2018) beskriver målstyrt urval som att slumpmässighet inte är ett kriterium som ämnas uppfyllas. Fokus är snarare att deltagarna garanterat ska kunna besvara frågeställningarna utan krav på generaliserbarhet. Urvalet var också kriteriestyrt eftersom deltagarna valdes eftersom de uppfyller specifika krav (Bryman, 2018). Inklusionskriterier var att yrkesutövning sker inom Region Sörmland och innefattar någon aspekt av SRHR samt att arbete med patient och tolk eller behov av tolk har skett.

Deltagare kontaktades med hjälp av samordnaren för sexualitet och hälsa i Region Sörmland. Mejl med bifogat missivbrev (Bilaga A) skickades ut till över 90 personer vid tre olika verksamheter som på något sätt berör SRHR inom Region Sörmland. I mejlen framgick även att samordnaren inte kommer veta vilka personer som deltar i studien utan endast ta del av studien i sin helhet när den är avslutad. Dock var det svårt att hitta deltagare till i studien och därför kontaktades en annan samordnare inom Region Sörmland som i sin tur skickade ut missivbrevet till en ny grupp anställda. Trots fortsatta försök saknades deltagare till studien. Via rekommendation från en anställd inom Region Sörmland etablerades kontakt med potentiella deltagare som uppfyllde inklusionskriterierna.

Av personerna som slutligen kom att medverka i studien var samtliga kvinnor. Två av deltagarna var kuratorer och tre av deltagarna var barnmorskor. Samtliga hade flera års erfarenhet inom sina respektive yrken. Deltagarna arbetade på fyra olika arbetsplatser och med skilda arbetsuppdrag samt inom tre olika kommuner. På grund av etiska skäl är det inte möjligt att beskriva vilka verksamheter som deltagarna arbetade inom eller specificera vilka arbetsuppgifter deltagarna hade.

### 4.3 Datainsamlingsmetod

Inför datainsamling formulerades en intervjuguide (Bilaga B) med syftet att strukturera intervjun i teman för att få svar på studiens frågeställningar och syfte, något som Bryman (2018) rekommenderar. Innan intervjuerna genomfördes utfördes en pilotintervju med en person som arbetar inom kommunal hälso- och sjukvård. Efter pilotintervjun förtydligades intervjuguiden genom omformulering och användning av enklare ord i några av frågorna. Pilotintervjun är ett sätt att försäkra sig om att frågorna i intervjun fungerar som planerat och att intervjun uppnår önskad tidslängd. För studien var 30 minuter långa intervjuer önskvärdt för att intervjun ska generera lämplig mängd material samt hinna genomföras under studiens avsatta tid. Intervjun var semistrukturerad vilket kan beskrivas som att det finns en anpassningsbarhet och möjlighet att ställa ytterligare frågor under intervjun om behov finns (Bryman, 2018).

När intervjun genomförs är det viktigt att deltagarna återigen informeras om hur insamlat material kommer användas. Likaså att materialet kommer att behandlas konfidentiellt, det vill säga att ingen obehörig person har tillgång till personuppgifter eller material (Patel & Davidson, 2011). Samtliga deltagare fick därför en fysisk kopia på missivbrevet och muntlig upplysning om tidigare nämnd information innan intervjun genomfördes. Intervjuerna spelades in med mobiltelefon och överfördes därefter till dator för transkribering. Datorn som ljudfilerna förvarades på är lösenordskyddad och ingen obehörig hade tillgång till den.

Fyra av intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplatser. Två av dem på personernas arbetsrum och två i enskilda samtalsrum. En intervju utfördes i ett stängt rum på ett bibliotek. Samtliga intervjuer genomfördes i enskildhet och utan störningsmoment. Totalt gjordes således fem intervjuer som var mellan 29 och 59 minuter långa. Intervjuerna transkriberades ordagrant för att kunna analyseras senare. Transkriberingen resulterade i 83 sidor text i typsnitt Times New Roman, storlek 12 med 2,0 i radavstånd. Därefter lyssnades varje intervju igenom medan transkriberingen genomlästes för att verifiera att transkriberingen stämde överens med ljudinspelningen. Bryman (2018) menar att transkriberingar bör kontrolleras för att minska risken för felaktigheter.

### 4.4 Analysmetod

Kvalitativ innehållsanalys förutsätter att verkligheten är subjektiv och utgår från individens egen tolkning. Subjektiviteten medför att varje text kan tolkas på flera sätt eftersom texten består av åtskilliga betydelser (Graneheim & Lundman, 2004). Den genomförda kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på det manifesta materialet vilket Graneheim och Lundman (2004) beskriver som det explicita i texten till skillnad från latent material som snarare berör underliggande och dolda meningar.

Texterna lästes flertalet gånger i syfte att skapa en överblick av materialet, något som Graneheim och Lundman (2004) rekommenderar. Varje intervjutranskribering tilldelades en färg för att kunna särskilja intervjuerna åt. Därefter lästes varje transkribering igenom samtidigt som relevanta meningsbärande enheter färgmarkerades. Graneheim och Lundman



(2004) beskriver meningsbärande enheter som delar av texten som berör uppfattningar och upplevelser som är aktuella för studien. Den färgmarkerade texten lästes sedan igenom och varje del som berörde något nytt markerades med ett streck. Varje separat del är således en meningsbärande enhet som ska kondenseras. Genom att kondensera förenklas den meningsbärande enheten men innebörden av det deltagaren har sagt består (Graneheim & Lundman, 2004).

Varje kondenserad meningsbärande enhet tilldelades en kod som kortfattat beskriver innehållet. Materialet sub-kategoriserades sedan under gemensamma rubriker utefter koderna. Utifrån sub-kategorierna kategoriseras materialet i ett fåtal sammanfattande kategorier.

- Sub-kategorierna *Anhörigtolkning, Tolkning från annan plats* och *Tolkning på samma plats* resulterade i kategorin *Tolkningsform*.
- Sub-kategorierna *Förutsättningar för kommunikation, Hinder för kommunikation* och *Möjliggörande för kommunikation* resulterade i kategorin *Kommunikation*.
- Subkategorierna *Önskat område i SRHR-utbildning, Negativt med SRHR-utbildning* och *Positivt med SRHR-utbildning* resulterade i kategorin *SRHR-utbildning*.

Ett exempel på analysprocess från meningsbärande enhet till kategori finns i Tabell 1. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska kategorierna innebära att inget material hamnar utanför eller att kategorierna överlappar varandra.

Tabell 1: Analysmatris med exempel från den andra frågeställningen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Sub-kategori	Kategori
Men jag tror att ibland blir det missförstånd för att man inte förstår, alltså inte bara språkligt utan att man inte förstår vad den andra pratar om. Alltså man pratar förbi varandra (IP2).	Blir missförstånd som beror på att man inte förstår. Man pratar förbi varandra.	Missförstånd	Hinder för kommunikation	Kommunikation

## 4.5 Kvalitetskriterier

Graneheim och Lundman (2004) framhåller tre kriterier för att uppnå tillförlitlighet i studien: trovärdighet, överförbarhet och pålitlighet. Bryman (2018) beskriver konfirmerbarhet som ett fjärde kriterium. Kvalitetskriterier är beaktningar och metoder för styrka studiens genomförande. Graneheim och Lundman (2004) påtalar även att kvalitetskriterierna har flera gemensamma beröringspunkter.

För att styrka trovärdigheten ska relevant data inkluderas och irrelevant data utelämnas (Graneheim & Lundman, 2004). Det har beaktats i analysprocessen genom att lyssna på inspelat material och läsa transkriberat material flertalet gånger samt revidering av de meningsbärande enheterna efter att de initialt valdes ut. Graneheim och Lundman (2004)

menar att meningsbärande enheter som används inte ska vara för korta eller för allmänna. De beskriver vidare att citat från den transkriberade texten bör medtas för att påvisa trovärdighet. I studien har därför citat från samtliga deltagare inkluderats i resultatet samt i analysmatrisen i metoden för att visa tankegången från transkribering av det deltagaren sagt till den avslutande kategoriseringen. Citaten medför även att läsaren har en möjlighet att ta del av ursprungsdatan.

Överförbarhet avser huruvida studiens resultat kan överföras till en annan kontext. Det kan innebära andra yrkesgrupper än de som förekommer i studien eller en annan omgivning såsom andra verksamheter inom Region Sörmland. För att överförbarhet ska vara möjligt krävs initialt en beskrivning av aktuell kontext (Graneheim & Lundman, 2004). I bakgrunden beskrivs därför kontexten genom tidigare forskning inom området, aktuella förutsättningar och information om tolkar samt tolkning. För att ytterligare skapa förståelse för kontexten beskrivs även Region Sörmland eftersom studien sker med anställda inom Region Sörmland. Att beskriva datainsamlingsprocessen och hur analysen genomförts är också ett sätt att öka överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004). Datainsamlingsmetod och analysmetod har beskrivits för att möjliggöra tillämpning inom andra kontexter. Graneheim och Lundman (2004) menar att citat inte bara styrker trovärdigheten utan citat kan också styrka överförbarheten.

Bryman (2018) beskriver pålitlighet som att forskningsprocessen ska redovisas för att kunna granskas eller upprepas av utomstående. Därför beskrivs studiens urvalsmetod, datainsamlingsprocess och analysmetod. Vid genomförandet av analysen används vedertagen metod enligt Graneheim och Lundman (2004) vilket tillsammans med redovisning av studiens tillvägagångssätt innebär att studien kan replikeras vid behov.

Konfirmerbarhet beskriver Bryman (2018) som att inte låta personliga värderingar inverka på genomförandet eller slutsatsen av studien trots att total objektivitet är omöjligt att uppnå. I resultatet presenteras åsikter som skiljer sig åt, vilket kan öka konfirmerbarheten. Ingen tidigare erfarenhet eller förförståelse finns heller kring ämnet vilket kan anses vara en fördel för att inte låta egna åsikter påverka studien.

## 4.6 Etiska aspekter

Vetenskapsrådet (2002) beskriver att de etiska kraven är menade att ge vägledning vid vetenskapliga studier och att skydda deltagarna. Vetenskapsrådet (2017) uttrycker att även forskningsetiken inte är ett statiskt område utan något som ses över med jämna mellanrum. Omtolkning av tidigare principer kan behövas eftersom samhället förändras.

Vetenskapsrådet (2002) utgår från fyra krav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. *Informationskravet* innebär att medverkande personer ska vara medvetna om studiens syfte och att medverkan är frivillig och kan avslutas när som helst (Vetenskapsrådet, 2002). Genom missivbrevet fick deltagarna information om informationskravets aspekter. Likaså informerades deltagarna muntligt innan intervjun genomfördes. *Samtyckeskravet* berör deltagarnas rätt att besluta om medverkan i studien

samt att inga konsekvenser uppkommer om deltagaren avslutar sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). Deltagarna informerades om möjligheten att avsluta sin medverkan i missivbrevet samt muntligt innan intervjun genomfördes. Genom att informationskravet är korrekt realiserat enligt ovanstående ökar chansen att deltagarna samtycker till medverkan i studien eftersom de är medvetna om vad deltagandet innebär.

Vetenskapsrådet (2017) beskriver att konfidentialitet innebär att ingen obehörig får ta del av materialet samt att materialet inte får spridas. *Konfidentialitetskravet* har följts genom att intervjuinspelning på mobiltelefon efter transkribering har flyttats till lösenordskyddad dator som ingen obehörig har tillgång till. Efter avslutad studie kommer allt insamlat material att förstöras och raderas. *Nyttjandekravet* innebär enligt Vetenskapsrådet (2002) att studiens material endast får användas till den aktuella forskningen. I studien följs nyttjandekravet genom att, som nämnts i samband med konfidentialitetskravet, materialet kommer förstöras och raderas efter att studien är avslutad. Att förstöra och radera materialet medför att det inte kan användas till något annat.

Vidare beskriver Vetenskapsrådet (2002) att deltagarna bör tillfrågas om de vill ta del av studiens slutresultat. Därför informerades samtliga deltagare i studien om var de kan läsa uppsatsen samt tillfrågades om de ville ha uppsatsen skickad via mejl. Individskyddskravet nämns av Vetenskapsrådet (2017) som en etisk kodex att följa. Individskyddskravet innebär att personer som deltar i vetenskapliga studier ”ska skyddas från skada och kränkning” (Vetenskapsrådet, 2017, s. 13). Föreliggande studie tar hänsyn till individskyddskravet genom att följa nämnda etiska krav. Studien är utformad för att inte åsamka skada eller kränka deltagarna genom att formulera syfte samt frågeställningar så studien inte berör känsliga ämnen.

## 5 RESULTAT

Resultatet beskrivs utifrån studiens tre frågeställningar och kategorier samt sub-kategorier som uppkom vid respektive frågeställning. I den första frågeställningen framkom kategorin *Tolkningsform*, i den andra frågeställningen framkom kategorin *Kommunikation* och i den tredje frågeställningen framkom kategorin *SRHR-utbildning*. Citat från deltagarna visas med citationstecken samt (IP) för intervjuperson och deltagarens tilldelade nummer. I citat där något irrelevant har utelämnats har det markerats med [...].

### 5.1 Förekommande tolkningsformer inom Region Sörmland

Följande del beskriver kategorin *Tolkningsformer* med sub-kategorierna *Anhörigtolkning*, *Tolkning från annan plats* och *Tolkning på samma plats*. Avsnittet presenterar deltagarnas erfarenheter kring vilken form av tolkning som används inom arbetet.

#### 5.1.1 Telefontolkning, kontakttolkning och anhörigtolkning

Telefontolk, att tolken inte är i rummet utan tolkar via telefon, är den vanligaste tolkningsformen för samtliga deltagare. Fördelar med telefontolk är tolkens fysiska frånvaro innebär ökad anonymitet för patienten. Samtalet kan även bli mer naturligt och störningsmoment kan minska.

”Jag var ganska negativ först men jag föredrar det nu. Jag tycker det är jättebra att ha tolk på telefon. Det blir ett mindre störningsmoment eller hur jag ska uttrycka det. Det flyter, har man en bra tolk på telefon så kan det flyta jättebra. Då kan den här fördröjningen ändå bli lite mindre.” (IP5)

Nackdelar med telefontolkning kan vara att tolkens medverkan påverkar patienten trots att tolken inte befinner sig i rummet. Tolken blir något mer än bara ett språkrör mellan patient och vårdpersonal. Även tekniska aspekter och detaljrikedomen kan påverkas av tolkningsformen.

”Det är ju ibland som det kan bli tekniska fel vid telefontolkning, att det kopplas bort till exempel eller att man ringer upp och det är upptaget. Sådana saker och sen att just det jag nämnde att, den här fingertoppskänslan, den kanske man missar med telefontolk.” (IP4)

Kontakttolkning innebär att tolken arbetar i samma rum som patienten och vårdpersonalen. Fördelar med kontakttolk är att även den icke-verbala kommunikationen inkluderas i tolkningen. ”[...] icke-verbala uttryck som vi har kunde fångas upp när man har en tolk i rummet” (IP5). Med kontakttolk uppfattar patienten direkt om tolken känns säker att använda. Kontakttolken kan inge förtroende och patienten vågar samtala med vårdpersonalen. Vid långvarig vård kan kontakttolken bli en naturlig del i behandlingsprocessen. Nackdel med kontakttolk är att tolkens närvaro blir mer påtaglig: ”det

*finns då en tredje person som egentligen inte hör dit*” (IP1). Patienten kan dessutom vara bekant med kontakttolken eller möta tolken i sitt privatliv. Anhörigtolk, det vill säga när en närstående till patienten tolkar, är en tolkningsform som var vanligare förr. Numera undviks anhörigtolkning och används endast i nödfall.

”Vi tycker inte att det är rätt mot vare sig patienten eller anhöriga eller mot oss för man vet ju inte riktigt vad som förmedlas.” (IP1)

## **5.2 Hälsa- och sjukvårdsanställdas erfarenheter kring kommunikationen i patientmöten som involverar tolkar**

Nedan beskrivs deltagarnas uppfattningar om faktorer som påverkar kommunikationen i patientmötet utifrån kategorin *Kommunikation* och sub-kategorierna *Förutsättningar för kommunikation*, *Hinder för kommunikation* och *Möjliggörande för kommunikation*.

### **5.2.1 Förutsättningar för kommunikation via tolk**

Hur ofta deltagarna använder tolk varierar. Vissa använder tolk dagligen, ibland flera gånger per dag. Andra deltagare använder tolk varje vecka och andra har en mer varierande användning. Hur tolkningen går till rent praktiskt är något som påverkar patientmötet. Somliga deltagare föredrar bokstavlig tolkning vilket är kutym. *”Jag tänker att tolken ska tolka utan värderingar, det jag säger och det patienten säger.”* (IP4). Andra önskar förståelse och lyhördhet i tolkningen.

”Det viktiga är ju att tolken förstår vad jag vill ha sagt. Nu ska de ju översätta vartenda ord som jag säger.” (IP3)

Erfarenheterna av tolkning är varierande från att vara nöjd genomgående: *”Jag har bara goda erfarenheter av tolkar överlag”* (IP3), till erfarenheter av att tolkningen inte alltid är optimal: *”Såklart att man tycker att det är väldigt varierande kvalitet på tolkarna”* (IP2). Tolken kan också uppfattas som otillräcklig för att förmedla det essentiella i patientmötet.

”Ibland känns det ju som sagt att det flyter och ibland känns det som att det är jättesvårt och det bara känns efter samtalet ’Vad var det här för samtal? Vad ledde det till?’ Det blir liksom ingenting mer och man förstår att det här blev inte så bra.” (IP5)

Att tolken är kompetent inom SRHR är uppskattat. Det kan annars bli diskussioner med tolken innan översättning eftersom tolken kan ifrågasätta det som ska tolkas.

”Det måste ju vara jättesvårt att brottas med sina egna föreställningar hur vissa saker ska vara och sen ska man tolka det JAG säger. Varför skulle det vara rätt och riktigt helt plötsligt?” (IP3)

Patientens SRHR-kunskaper påverkar dialogen med vårdpersonalen men kunskapen varierar mellan utrikes födda. Somliga patienter är kunniga om kroppen och har bra SRHR-kunskap. I andra patientmöten kan vårdpersonalen märka att vissa samtalsämnen inom SRHR uppfattas som nyheter och patientens bristande kunskap om den egna kroppen kan vara ett större bekymmer än tolkningen.

”Ibland har man hört saker liksom från sin mamma: ’man får inte äta när man är gravid för då blir barnet stort’ och då svälter man sig... Det finns massor med sådana här föreställningar och sådana saker som gör att man får börja från noll.” (IP2)

Deltagarna pratar om hur samtalet kan påverkas av om tolken är kvinna eller man. Kvinnliga tolkar framhålls som mest lämpade för SRHR-relaterad tolkning även om manliga tolkar kan ha samma kompetens. Kvinnliga patienter kan uppleva att patientsamtalet blir obekvämt med en manlig tolk eftersom samtalsämnena anses känsliga. Då önskar deltagarna en kvinnlig tolk vid bokningen av tolk. För andra patienter spelar det ingen roll vilket kön tolken har.

”Jag kan inte säga att det alltid beror på kön, men sen det är klart att det är svårt ibland att prata om kvinnosaker och man pratar kanske preventivmedel eller sexualitet eller... En del blir ju väldigt, alltså tycker att det är jobbigt att det sitter en man där, tror jag. Eller man pratar mens.” (IP2)

### **5.2.2 Hinder för kommunikation via tolk**

Flertalet kommunikativa hinder uppmärksammas av deltagarna. Exempelvis kan det vara ovisst vad tolken faktiskt förmedlade till patienten. Ovissheten beror främst på att vårdpersonalen inte förstår det språk som informationen tolkas till och vad som översätts.

”Jag tänker att när tolkarna fångar upp det viktigaste och när de översätter det som ska översättas... Nu vet ju inte jag alla gånger vad som blir rätt och vad som blir fel. Det kan ju inte jag svara för.” (IP4)

Missförstånd kan ske när någon inte förstår vad den andra menar eller om tolken översätter fel. Dialekter i det tolkade språket kan medföra att patient och tolk har svårt att kommunicera med varandra. Deltagarna berättar att tolken inte alltid hittar ord för det som ska kommuniceras. Likaså att det kan saknas ord för en viss företeelse. ”*För det kan man ju märka ibland, att det finns kanske inte jättebra ord för mens till exempel*” (IP1).

Samtidigt som deltagarna uttrycker att tolken är avgörande för att kommunikation mellan patient och vårdpersonal ska fungera blir tolken ibland ett hinder.

”Man får ju inte riktigt den här personliga kontakten eftersom det är någon annan som förmedlar det jag säger. Det ska gå en annan... det ska gå en extra väg innan det når mottagaren.” (IP1)

Deltagarna kan få en känsla av att tolken inte förstår det som ska förmedlas och undrar hur tolken då ska kunna förklara för patienten. Det framkommer också att tolkar ibland inte översätter allt, ger egna råd, säger någonting annat eller pratar för mycket.

”En del tolkar pratar för mycket med patienten så man tänker att ’nej, men såhär länge kan det inte ta’. Då får man fråga ’men vad säger ni för någonting?’ [...] ’kan du tolka det där också, det där där hon sa?’. Man får påminna dem, det är precis som att de har stannat i sin kommunikation.” (IP3)

Somliga patienter är nöjda med tolkningen. ”*Jag tror aldrig jag har haft någon [patient] som har sagt att ’det här blev inte bra’.*” (IP4). Medan andra patienter har förmedlat missnöje när tolkningen är avslutad. Exempelvis kan patienten uppfatta att tolken översätter fel, låter bli att översätta eller inte förstår vad samtalet handlar om.

[...] ’inte bra’ brukar patienten säga då. ’Det här var inget bra, hon översatte inte vad jag sa...’ De har märkt att det här var tokigt på något sätt.” (IP2)

Enligt deltagarna kan tolksamtal kan skilja sig från andra samtal genom fördröjningen som uppstår i kommunikationen. Vårdpersonalen kan behöva tänka på vad som ska sägas närmast samtidigt som tolken ska lyssnas på och kroppsspråk ska läsas av. Kommunikationen uppfattas mindre spontan och mer eftertänksam. Tolksamtal tar även längre tid. Det är svårare att nå fram på samma sätt som vid kommunikation på ett gemensamt språk. Ibland kan tolken behöva översätta en gång till. Tidsbristen medför att ett patientsamtal genom tolk inte alltid hinner med lika mycket som under ett samtal med en svensktalande patient. Samtalen blir mer informativt inriktade samtidigt som det finns brister. ”*Det känns som att de får en andrahandsinformation på något sätt*” (IP3). Under patientsamtalet prioriteras samtalsämnen för att kunna hjälpa till med det viktigaste, resten skalas ibland bort. På grund av att kommunikationen inte alltid är lika effektiv när tolkning används får inte patienten nödvändigtvis samma vård som någon utan tolkbehov.

För vårdpersonalen kan kommunikationen bli mer ansträngd eftersom samtalet är långsammare samtidigt som det krävs mer ansträngning för att dialogen ska fungera. Därför kan samtalet upplevas som något konstlat. Det är inte heller säkert att kärnan i patientens problem framkommer eftersom tolken kan uppfattas som ett hinder av patienten. Möjligtvis skulle patienten förmedlat mer om tolkning inte var ett hinder.

”Tolkningen är ytterligare en dimension på kommunikationssvårigheterna, absolut. Visst är det så. Det är knepigt ibland.” (IP2)

”Man frågar det man vill ha svar på för att kunna hjälpa dem med det viktigaste på något sätt och sen så kanske man skalar bort det man skulle vilja prata om.” (IP3)

Känslor, nyanser och detaljer i måendet kan vara svåra att kommunicera när det handlar om känsliga frågor. Dock behöver SRHR-relaterade samtal inte bara vara känsligt för patienten.

Tolken kan också uppfatta samtalsämnen om SRHR som känsliga vilket kan påverka både kommunikation och patientmöte. Det har förekommit att tolkar avbrutit mitt i tolkningen.

”Så säger tolken att ’nej, det här går inte längre för att jag inte talar samma dialekt som patienten’ [...] då sa patienten att hon trodde inte på det för att patienten, [...] hon pratar ju riksspråket och det var inga problem i början utan det här kändes uppenbart för både mig och patienten att det här var ämnet som var för svårt eller, alltså som väckte för mycket hos tolken.” (IP5)

Patientens säkerhet är ett återkommande ämne hos deltagarna. Hedersrelaterat våld kan vara en faktor som inverkar på patientens vilja och möjlighet att tala öppet med en tolk närvarande. Patienten kan vara misstänksam och ibland på goda grunder. Kulturella föreställningar påverkar också patientmötet. Exempelvis kan abort vara känsligt om patienten kommer från en kultur där abort inte är accepterat. Med ytterligare en person närvarande, en tolk som kan ha liknande kulturell bakgrund som patienten, kan upplevelsen av skuld och skam vara mer påtaglig.

”När man pratar aborter med patienter som kommer från kulturer där det inte riktigt är okej att göra abort... Här kommer det ju in så mycket, både känslomässigt och skuld och skam för patienten.” (IP1)

Det finns en risk att patienten blir dömd av tolken. Patienten kan också uppfattas tillskriva tolken åsikter som tolken nödvändigtvis inte har.

”Det tänker jag då, när vi har stängt av tolken, då kanske personen känner ’jag kan lita på henne men jag vet inte om jag vågar riktigt säga det här’. För det finns ju massa saker som både kan vara i personen själv av kulturbärande dömande av många saker som har just med de här frågorna att göra som man kanske lägger på tolken som kanske inte är sant.” (IP5)

Patientens rädsla för tolken kan ha konsekvenser för patientmötet. Det kan handla om liv och död om sekretessbelagd information når fel person. Deltagarnas uppfattning är att rädslan kan vara befogad och att det är ett problem när det kommer till tolkning.

### **5.2.3 Möjliggörande aspekter för kommunikation**

Deltagarna hyser uppskattning för arbetet som tolkar gör och hur betydelsefull tolken är för att kunna genomföra patientmöten med personer som inte behärskar svenska språket. Utan tolkarna skulle inte vårdpersonalen klara sig och många tolkar framhålls som professionella.

”Jag är så tacksam och jag tycker det är helt... det är en ynnest att det finns. Det är jättestort att det finns, den möjligheten och det tycker patienterna också naturligtvis.” (IP4)

Tolken kan vara central för att skapa tillit i patientmötet genom att signalera att samtalsämnet är tillåtet att prata om. Samarbete och dialog mellan tolk och vårdpersonal är också angeläget för god kommunikation.



”Man kanske kan hjälpas åt: ’Den här [patienten] förstår inte det här. Patienten har aldrig hört talas som det. Du måste beskriva lite mer. [...] Jag måste få mer för att jag ska kunna förklara för henne vad du menar’. Till exempel så att man har dialog på det sättet.” (IP3)

När tolkningen brister eller på annat sätt inte fungerar kan alternativa kommunikationsmetoder användas för att förmedla det mest väsentliga. Kommunikationen under sådana omständigheter sker på begränsad svenska och engelska. Kroppsspråk samt att gestikulera med olika tecken används också under tolklösa situationer. Likaså att visa bilder eller rita teckningar. Den alternativa kommunikationen är betydelsefull eftersom den kan ge patienten en möjlighet att kommunicera ostört med vårdpersonalen trots att informationsöverföringen inte är optimal.

”Jag kan ju få en känsla av att ibland så, så har det ju hänt att när jag har haft samtal där tolken är med så pratar vi och då pratar vi mer generellt eller sådär. Sen när jag avslutar med tolken DÅ kommer det andra saker.. på knagglig svenska eller engelska eller med tecken eller... då kan det bli ett mycket mer nära samtal.” (IP5)

### **5.3 Uppfattningar om SRHR-utbildning för tolkar i Region Sörmland**

Nedanstående resultat presenterar deltagarnas uppfattningar om kompetenser de önskar att SRHR-utbildade tolkar ska besitta samt hinder och möjligheter med SRHR-utbildning för tolkar. Resultatet beskrivs utifrån kategorin *SRHR-utbildning* med subkategorierna *Önskat område i SRHR-utbildning*, *Negativt med SRHR-utbildning* och *Positivt med SRHR-utbildning*.

#### **5.3.1 Önskvärda kunskaper hos SRHR-tolkar**

Det framkom varierande önskemål angående vilka ämnen som bör inkluderas i en eventuell SRHR-utbildning i Region Sörmland.

”Jag tycker att det är ju mycket liksom, eller, att om jag skulle önska kompetens för tolkarna då är det ju, de ska kunna: preventivmedel och varför man använder preventivmedel av olika saker, de ska kunna det här med mödomshinna; att det inte finns någon och så, de ska kunna hjälpa till att förklara det. Jag tänker också på hbtq, [...] könssjukdomar och sådär, hur det smittas och olika sätt att ha sexuella praktiker på.” (IP3)

Kunskap om hur preventivmedel fungerar och varför ett preventivmedel väljs framför ett annat togs upp. Även aspekter kring graviditet ansågs behöva inkluderas. Likaså sexualitet, olika sexuella praktiker och sexuella dysfunktioner. Könstympling benämndes också vara relevant. Ogenomförbara arbetsuppgifter som att kontrollera om patienten är oskuld eller myter såsom mödomshinnans existens benämns som områden värda att inkludera.

”Eller om de är omskurna att man liksom kan... eller om man ska prata med, om mödomshinnan och när man får uppgiften att kolla om någon har haft sex eller inte, om de är oskuld eller inte omöjliga arbetsuppgifter.” (IP4)

Sexuellt våld, våld i nära relation samt dess normaliseringsprocess framhölls som betydelsefulla ämnen för tolkar att ha vetskap om. Övergripande kunskap om kroppens anatomi, fysiologi samt psykologi lyftes också fram som något som borde inkluderas i en SRHR-utbildning. Grundläggande SRHR-kompetens samt vokabulär ansågs rimligt för tolkar ska ha kännedom om. Även självkännedom hos tolken och att tolken förmedlar att patientmötet är en tillåtande miljö önskades ingå i SRHR-utbildningen.

### **5.3.2 Hinder och möjligheter med en SRHR-utbildning**

SRHR-utbildning kan medföra både hinder och möjligheter för tolkarna som utbildas och för vårdpersonal som använder SRHR-utbildade tolkar. Bland annat framkom det att SRHR-utbildning kan anses vara överflödig: *”inte sådär som jag känner ja, men det MÅSTE alla ha’. Nej, det känner jag väl inte kanske”* (IP2). Det ifrågasätts om tolkarna verkligen behöver förstå vad som ska tolkas. Vidare framhålls att SRHR-området är större än det verkar vilket kan göra utbildningen komplicerad.

”Det låter ju bra. Jag är inte motståndare till SRHR-utbildning men jag tänker att det är större än det låter.” (IP4)

Andra mer komplexa och känsligare områden kan eventuellt ha ett större behov av specialutbildade tolkar. SRHR-utbildade tolkar skulle kanske vara mer efterfrågade än vad det finns tillgänglighet vilket eventuellt skulle innebära att användningen av SRHR-utbildade tolkar blir ojämnt. Andra deltagare menar att det inte finns något negativt med SRHR-utbildning. *”Jag vet inte vad det skulle kunna vara för negativt. Jag kan inte se något negativt, egentligen”* (IP1).

Fördelar och möjligheter med SRHR-utbildning framhölls också. Följderna av en SRHR-utbildning kan vara att fler patienter kan nås samt att tilliten till hälso- och sjukvården ökar.

”Jag tror att det skulle öppna upp för många patientgrupper att få en möjlighet att kanske känna större tilltro till att prata om de här sakerna som är väldigt nära alla.” (IP5)

Många av möjligheterna med SRHR-utbildning berör kommunikationen mellan de medverkande. Dialogen med patienten skulle bli mer följsam och samtalet skulle bli lättare samt inte behöva vara lika informativt fokuserat. Istället finns det möjlighet att dialogen är djupare och mer intuitiv. Överlag skulle kommunikationen bli tryggare.

”Och vi skulle kunna, det kanske skulle vara så att vi skulle kunna grotta in oss i mer och fråga mer saker. Ännu mer.” (IP3)

SRHR-utbildning kan innebära att tolkens kunskapsnivå ökar och att tolken skulle ha ord för det som kommuniceras. Vårdpersonal skulle känna sig tryggare i patientmötet.

”Där tänker jag att en SRHR-tolk då skulle kunna ha en medvetenhet som inte andra tolkar har som också hjälper till att gör patienten trygg.” (IP5)

”Jag tror att följderna skulle bli att det blev både tryggare och säkrare vård samt tryggare och säkrare möten mellan vården och dem som söker oss, vårdtagarna.” (IP1)

## 6 DISKUSSION

I metoddiskussionen diskuteras studiens tillvägagångsätt och i resultatdiskussionen diskuteras resultatet som framkommit vid analysen.

### 6.1 Metoddiskussion

Nedan diskuteras studiens metodval, urval, datainsamling samt analys. Därefter diskuteras studiens kvalitetskriterier och etiska aspekter.

#### 6.1.1 Metodvalsdiskussion

Kvalitativ metod valdes eftersom studiens syfte är att undersöka deltagarnas uppfattningar och erfarenheter kring tolkning. Dock innebär kvalitativ metod att det inte finns möjlighet att generalisera resultatet vilket hade varit möjligt i en kvantitativ studie (Bryman, 2018). Kvalitativ metod ger istället deltagarna möjlighet att berätta om erfarenheter och uppfattningar (Graneheim & Lundman, 2004). Deltagarnas erfarenheter och uppfattningar framkom i intervjuerna och har förmedlats i studiens resultat. Valet av kvalitativ metod påverkade således att studiens resultat inte går att generalisera men istället framkommer en bredd och ett djup av uppfattningar samt erfarenheter från deltagarna.

Kvalitativ forskning kan enligt Bryman (2018) kritiseras för att vara alltför subjektiv eftersom forskningen är formbar medan den genomförs. Ett objektiva förhållningsätt har genomgående försökt hållas genom att inte förutse studiens resultat eller slutsats. En öppenhet inför frågeställningarnas genererade material har prioriterats. Deltagarnas uppfattningar har synliggjorts genom att inkludera material oavsett vilken deltagare materialet kommer ifrån eller om uppfattningarna skiljer sig åt deltagarna emellan.

#### 6.1.2 Urvalsdiskussion

Urvalsprocessen, som var mål- och kriteriestyrd (Bryman, 2018), försvårades då det initialt var svårt att hitta deltagare. På grund av svårigheterna kontaktades en anställd inom Region Sörmland (som inte medverkar i studien) som därefter rekommenderade nya personer som kontaktades muntligen istället för via mejl. Deltagarna påpekade att de får många mejl vilket kan innebära att mejlet om studien har bortprioriterats eller missats. Urvalet påverkades vidare av de något snäva inklusionskriterierna: yrkesutövning inom Region Sörmland, arbetsuppgifter som berör SRHR samt att tolkning eller behov av tolkning har förekommit. Inklusionskriterierna innebar dels att urvalet var begränsat, dels att personer som var intresserade av att medverka inte kunde göra det eftersom erfarenhet av tolkning saknades.

Trots svårigheten att hitta deltagare till studien kan det ha varit en fördel att initial information om studien kom från en samordnare inom Region Sörmland. Det kan ha inneburit att deltagarna såg medverkan i studien som seriös och en möjlighet att påverka genom att göra sin röst hörd i frågan om SRHR-utbildning. Deltagarna kontaktades primärt

via mejl vilket kan anses vara positivt. Då fanns möjlighet att ta ställning till studien genom att läsa missivbrevet och därefter svara eller inte svara på mejlet. Att bli tillfrågad muntligt om att delta i studien innebär inte samma möjlighet eftersom deltagaren då inte kan läsa missivbrevet innan deltagaren tar ställning till medverkan i studien.

Att endast fem personer medverkar i studien begränsar studiens resultat något. Förmodligen skulle fler resultat tillkommit om fler personer hade deltagit i studien. Bryman (2018) menar att mättnad i data uppkommer när inga nya svar genereras i datainsamlingen. Således uppfyller inte föreliggande studies resultat mättnad i data. Det var önskvärt att sex personer skulle ha medverkat i studien då det hade varit möjligt inom studiens tidsram. Dock bör inte mättnad i data ha uppkommit med sex deltagare men det hade varit önskvärt med ytterligare en deltagare för att få en rikare mängd data i studien. Trots det genererades en bredd i data, möjligtvis eftersom deltagarna har olika bakgrund i och med deras arbetslivserfarenheter samt nuvarande arbete. Resultatet påverkas också av deltagarnas yrken då två av deltagarna är kuratorer och tre är barnmorskor. Även om deltagarna verksamma inom två yrken har de olika arbetsuppgifter som berör olika områden av hälso- och sjukvård inklusive SRHR vilket medför en bredd i insamlat material.

Resultatet kan vidare ha påverkats av att samtliga deltagare är kvinnor. Något som framkom i resultatet var att kvinnliga tolkar oftast föredrogs enligt deltagarnas erfarenheter. Det kan antas att patienterna även föredrar kvinnlig vårdpersonal. Om studien istället utgått från manliga deltagare går det att förmoda att de i så fall skulle ha patienter som accepterar manlig hälso- och sjukvårdspersonal och eventuellt också en manlig tolk. Emellertid kan det finnas andra faktorer som påverkar valet av hälso- och sjukvårdspersonal respektive tolk. Det kan finnas föreställningar om att vårdpersonal eller tolk av endera kön har högre kompetens än det andra könet och därmed föredras av patienten.

Många av de uppmärksammade SRHR-områdena i studien kan anses typiskt kvinnliga hälso- och sjukvårdsområden såsom abort, graviditet och vissa sorters preventivmedel. Det kan ha påverkats av att tre av deltagarna är barnmorskor och till stor del träffar kvinnliga patienter. Om deltagarna istället haft arbetsområden med fler manliga patienter hade möjligtvis andra aspekter framkommit. Exempelvis inom vilka kunskapsområden som deltagarna önskar ska ingå i en SRHR-utbildning för tolkar.

### **6.1.3 Datainsamlingsdiskussion**

Vid datainsamlingen användes intervjuguide framtagen för semistrukturerad intervju. Intervjuguidens struktur med tydliga teman kan, enligt Bryman (2018), innebära att intervjun upplevdes som logisk i sin struktur vilket underlättade genomförandet. En fördel med semistrukturerad intervju är att det finns möjlighet att ställa följdfrågor vid behov eller att följa upp något speciellt deltagaren berättade (Bryman, 2018). Följdfrågor tillämpades under intervjutillfällena vilket kan ha inneburit att deltagarna fick en möjlighet att utveckla sitt resonemang kring ämnet. Det kan vara en nackdel att alla deltagare inte fick samma följdfrågor eftersom deltagarna själva tog upp olika ämnen på grund av eget intresse eller arbetsområde. Dock kan det ha inneburit en bredd i svaren vilket är en fördel.

Bryman (2018) rekommenderar att en pilotintervju genomförs för att testa intervjuguiden. Pilotintervjun kan ha inneburit ökad trygghet vid genomförandet av intervjun eftersom den gav möjlighet att använda intervjufrågorna i praktiken. Likaså att frågorna var lättare att förstå för deltagarna då intervjuguiden reviderades efter pilotintervjun genom att vissa frågor förtydligades. Trots att pilotintervju genomfördes blev tre av intervjuerna mellan 46 och 59 minuter. Önskvärd intervjulängd var ungefär 30 minuter för att få tillräckligt med data att analysera. Dock genererade de långa intervjuerna mer data vilket kan vara till fördel för studiens resultat eftersom det gav mer material att analysera. Att tre intervjuer blev över 46 minuter skulle kunna indikera att intervjuguiden har för många frågor eller att ämnena som studien berör är viktiga för deltagarna och att det finns mycket att förmedla.

Som Patel och Davidson (2011) nämner är det viktigt att deltagaren innan intervjun har möjlighet att ta ställning till sin medverkan. Därför fick samtliga deltagare innan intervjun en fysisk kopia på missivbrevet. Bryman (2018) påtalar att intervjun bör genomföras på en plats där deltagaren vet att ingen obehörig kan höra intervjun samt att miljön är lugn och ostörd. Samtliga intervjuplatser uppfyller Brymans (2018) kriterier. Förhoppningsvis medförde intervjuplatserna att deltagarna upplevde intervjusituationen som trygg och att de kunde prata ostört. Att intervjuerna genomfördes under trygga omständigheter kan ha inneburit att deltagarna upplevde att de kunde dela med sig av sina uppfattningar utan att hålla tillbaka något. Det påverkar studiens kvalitet positivt eftersom deltagarna förmodligen har kunnat tala uppriktigt om problem de uppmärksammat vilket kan indikera att resultatet är trovärdigt.

#### **6.1.4 Analysmetodsdiskussion**

Eftersom kvalitativ innehållsanalys utgår från att tolkning av data är subjektivt (Graneheim & Lundman, 2004) är studiens innehållsanalys påverkad av vem som analyserat. Att förkunskaper saknas kring det aktuella ämnet kan därför vara en fördel då det är lättare att distansera sig från materialet. För att minimera risken för en felaktig tolkning genomfördes analysen av texternas manifesta innehåll enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning. Genom att manifest innehållsanalys genomfördes utgår studien endast från vad deltagarna uttryckligen framförde i intervjuerna. En svårighet med att genomföra manifest innehållsanalys är att inte anta eller tolka vad deltagarna menar utan att utgå från vad deltagaren sagt. Genom manifest innehållsanalys påverkas resultatet förhoppningsvis inte lika mycket av vem som genomfört studien jämfört med om studien hade utgått från en latent innehållsanalys.

Analysen påverkades av att markeringen av meningsbärande enheter initialt varit för generös. Det ledde till att de urklippta och kondenserade meningsbärande enheterna var tvungna att verifieras ytterligare en gång med studiens syfte i åtanke. Vid den andra verifieringen av materialet avlägsnades material som inte ansågs tillhöra syftet. Fördelen med ännu en genomgång var att alla meningsbärande enheter som slutligen kvar för vidare innehållsanalys verkligen tillhörde studiens syfte även om processen blev omständligare. Efter sub-kategorisering skrevs allt kvarvarande material in i en digital matris

såsom Tabell 1 visar. Det kan ha inverkat positivt på studien då det medförde enklare och hanterbar överblick av materialet.

Den digitaliserade matrisen innebar att somliga sub-kategoriseringar ändrades och kategoriseringen upplevdes därmed tydligare. Den kvalitativa innehållsanalysen genomfördes och beskrevs enligt Graneheim och Lundmans (2004) vedertagna metod, något som styrker pålitligheten (Bryman, 2018) och överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004).

#### **6.1.5 Diskussion om kvalitetskriterier**

De fyra kvalitetskriterier som har beaktats i studien för att uppnå tillförlitlighet i studien är: trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet (Graneheim & Lundman, 2004) samt konfirmerbarhet (Bryman, 2018).

Studiens trovärdighet styrks av att deltagarna intervjuades på platser där de kunde tala ostört. Vidare styrks trovärdigheten av att materialet har lästs och genomlyssnats flera gånger samt att citat från deltagarna visas i analysmatrisen i metodavsnittet samt i resultatet. Även överförbarheten styrks av citaten i resultatet (Graneheim & Lundman, 2004). I studien har kontexten samt analysprocessen beskrivits vilket påverkar överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004). Resultatet anses vara en indikation på möjliga uppfattningar om tolkning och tankar kring hinder och möjligheter med en SRHR-utbildning samt vad den i så fall skulle inkludera.

Pålitligheten styrks enligt Bryman (2018) genom att redovisa forskningsprocessen, vilket genomgående gjorts i metoden. Likaså har en koppling mellan insamlade data och resultat försökt påvisas via exempelvis citat i resultatdelen. Konfirmerbarhet handlar enligt Bryman (2018) om objektivitet i studien. I studien har ett objektivt förhållningssätt prioriterats och inga antaganden om resultat eller slutsats i studien har gjorts. Saknad av förkunskap kring studiens ämne anses styrka konfirmerbarheten eftersom förkunskap kan påverka analys eller resultat. Objektivitet har också påvisats genom att undvika ledande frågor och att låta deltagarna utveckla sina resonemang under intervjutillfällena via exempelvis följdfrågor.

#### **6.1.6 Etikdiskussion**

Trots att Vetenskapsrådet (2017) har tagit fram nya riktlinjer kring forskningssed används främst Vetenskapsrådets (2002) äldre riktlinjer för etiska ställningstaganden i studien. De senare anses vara etablerade, tydligare samt lättare att följa. Användbarheten påverkas framförallt i studier som inte behöver genomgå etisk prövning.

Informationskravet (Vetenskapsrådet, 2002) beaktades genom att medvetandegöra deltagarna om deras rättigheter. Det gjordes via missivbrevet och därefter muntligt samt skriftligt vid intervjutillfället. Samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2002) anses ha följts då deltagarna var informerade enligt informationskravet vilket kan påvisa att samtycke finns. En aspekt kring samtyckeskravet är att föreliggande studie inte berör deltagarnas privatliv

eller något känsligt. Om studien istället hade utgått från patienternas uppfattningar eller erfarenheter hade strängare krav kring etiska betänkanden krävts.

Konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 2017) följdes genom att citaten kodades med respektive deltagares kod för att citaten inte ska kunna härledas till en specifik deltagare. I urvalet nämns inte heller deltagarnas ålder, arbetsplats eller kommun. Därmed bör inte deltagarna kunna identifieras vilket kan ses som en aspekt kring att uppfylla konfidentialitetskravet. Nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002) beaktades då studiens material inte har eller kommer att användas till något annat ändamål än föreliggande studie.

Att studien är skriven på uppdrag av en samordnare från Region Sörmland har inte påverkat studiens utformning. Uppdragsgivaren har inte påverkat syfte, frågeställningar, vilka som deltagit, studiens resultat eller slutsatser. Det uppdragsgivaren har gjort är att ge uppslag för studien, tillhandahållit bakgrundsinformation samt kontextuell information som hade varit svår eller omöjlig att hitta annars. Att uppdragsgivaren kunde bistå med att mejla missivbrev till potentiella deltagare skedde i samråd och underlättade studiens genomförande. Då mejlet med missivbrev initialt skickades till över 90 personer är inte uppdragsgivaren medveten om vilka som slutligen kom att delta i studien.

## **6.2 Resultatdiskussion**

I resultatdiskussionen behandlas studiens resultat utifrån teoretiskt perspektiv och tidigare forskning.

### **6.2.1 *Diskussion om förekommande tolkningsformer i Region Sörmland***

Då den första frågeställningen var mer faktabaserad och konkret än de två andra genererade frågeställningen mindre material. Dock ger resultatet en bild av vilken typ av tolkning deltagarna använder vilket kan vara relevant för hur resultatet av de andra frågeställningarna ska tolkas. Detta eftersom det framgår vilken form av tolkning deltagarna utgår från när de förmedlar sin uppfattning och erfarenhet kring tolkning.

Resultatet visar att deltagarna använder telefon- och kontakttolk samt att erfarenhet av anhörigtolkning finns. Telefontolkning är vanligare än kontakttolkning inom Region Sörmland (Språkservice, 2020) och verkade föredras av deltagarna eftersom varken patienten eller vårdpersonalen behöver ta hänsyn till tolkens fysiska närvaro. Överlag minskar störningsmoment med en telefontolk men den tekniska aspekten med telefontolkning uppfattades som ett hinder. Ibland kan tekniska komplikationer störa patientmötet genom att exempelvis tolken inte svarar i telefon eller att samtalet hackar. I filter- och brusmodellen (Nilsson & Waldemarson, 2016) benämns brus som olika sorters störningar som inverkar på kommunikationen. Teknisk problematik vid telefontolkning kan utläsas som fysiskt brus som hindrar optimal kommunikation. Kolak et al. (2017) påvisar att barnmorskor upplevde telefontolkning som mer osäkert än kontakttolkning.



Deltagarna i föreliggande studie verkar inte uppfatta ovisshet över kommunikation som mer påtagligt vid telefontolkning jämfört med kontakttolkning. Dock upplevde deltagarna ovisshet som ett generellt problem vid tolkning.

En kommunikativ faktor som uteblir vid telefontolkning är kroppsspråket vilket innebär att ansiktsuttryck och övrigt kroppsspråk inte inkluderas i tolkningen. Det skulle kunna påverka negativt då tolkningen inte tar hänsyn till vårdpersonalens och patientens kroppsspråk utan endast baserar tolkningen på vad som sägs. Det medför att tolken vid telefontolkning inte har en helhetsbild av samtalet utan att vårdpersonal och patient själva måste förstå hur kroppsspråket relaterar till vad som sägs.

Stockholms läns landsting (2017) har i sin kartläggning beskrivit att kontakttolkning kan vara påfrestande för patienten. Även deltagarna i studien framhåller att en kontakttolk kan påverka att patienten inte känner sig trygg. Dock påpekas det att en kontakttolk också kan innebära totala motsatsen: kontakttolken gör patienten trygg. I enlighet med barriärmodellen (Nilsson & Waldemarson, 2016) kan kontakttolken ses som en kommunikationsbarriär. Detta eftersom samtalet mellan vårdpersonalen och patienten filtreras genom tolken, en hindrande faktor. Tolken blir ytterligare en barriär för inblandade personer att förhålla sig till.

Anhörigtolk nämns som en anomali, något som endast används när annan kommunikation inte fungerar eller finns tillgänglig. Lundin et al. (2018) och Socialstyrelsen (2018) beskriver samma fenomen. Deltagarna i föreliggande studie menar att det inte går att veta vad som egentligen förmedlas genom en anhörigtolk. Socialstyrelsens (2018) kartläggning visar att anhöriga inte nödvändigtvis besitter tolkningskompetens och att felaktig vård eller behandling är en risk.

## **6.2.2 *Diskussion om deltagarnas uppfattningar kring kommunikationen i patientmöten som involverar tolk***

Enligt deltagarna i studien är tolken essentiell för att kommunikationen ska fungera under patientmötena, vilket även Fatahi et al. (2008) framhåller. Patientens kunskap om SRHR påverkar kommunikationsförutsättningarna. Deltagarna framhåller att patienternas kunskaper varierar och vid bristande kunskap kan undervisning först behövas. Då utrikes födda kan ha låg SRHR-relaterad kunskap (Nkulu Kalengayi et al., 2012; Åkerman et al., 2019) samt låg health literacy (Wångdahl et al., 2014) kan det vara relevant att ta hänsyn till patientens health literacy. Detta eftersom deltagarna uppfattar patienternas kunskapsnivå som en förutsättning för kommunikation. Således kan vårdpersonalen behöva vetskap om patientens kunskapsnivå för att anpassa kommunikationen.

Precis som Fatahi et al. (2008) och Krupic et al. (2016) framhåller deltagarna i föreliggande studie att kvinnliga tolkar är att föredra vid SRHR-tolkning. Framförallt är det kvinnliga patienter som upplever att samtalen kan vara obekväma med manlig tolk. Det kan innebära att tolkens könstillhörighet är en barriär för kommunikationen enligt barriärmodellen (Nilsson & Waldemarson, 2016). Att könstillhörighet blir en barriär kan bero på normer eller värderingar. Tolken könstillhörighet kan också påverka som filter enligt filter- och

brusmodellen (Nilsson & Waldemarson, 2016) genom att patienten har förutfattade meningar eller erfarenhet av att exempelvis män är olämpliga som tolkar vid samtal om SRHR.

Deltagarnas uppfattning kring hinder i kommunikationen genom tolk är att vissa hinder kan vara svåra eller omöjliga för deltagarna själva att påverka. Exempelvis nämns vikten utav att patientens och tolkens språk samt dialekt överensstämmer. Krupic et al. (2016) bekräftar att språkligt överensstämmande inte alltid sker och Akhavan (2012) beskriver språk som en barriär i kommunikationen. Ibland finns inte heller rätt ord i det tolkade språket (Stockholms läns landsting, 2017) vilket deltagarna i studien också kan uppfatta som hindrande.

Eftersom kommunikationen går omvägen via tolken uppstår flertalet svårigheter jämfört med enspråkiga samtal. Tolken som kanal för kommunikation enligt filter- och brusmodellen (Nilsson & Waldemarson, 2016) kan vara mer komplicerad än exempelvis ett telefonsamtal. Komplexiteten kan bero på att samtalet är beroende av ytterligare en person för att föra samtalet framåt än personerna som egentligen talar med varandra. Nilsson och Waldemarson (2016) adderar därtill svårigheten att tolkning alltid är subjektivt i och med alla människors egna förväntningar och viljor i ett samtal. Deltagarna uppmärksammar hinder såsom dömande, ovisshet och missförstånd vilket enligt Nilsson och Waldemarson (2016) kan betraktas som psykologiskt brus eftersom brus är kommunikationspåverkande störningar.

Både barriärmodellen och filter- och brusmodellen (Nilsson & Waldemarson, 2016) beskriver att kultur är en faktor som inverkar på kommunikationen. I filter- och brusmodellen kan kulturen verka hindrande för kommunikationen. Filtret kan påverka samtalet mellan tolk och patient, tolk och vårdpersonal samt mellan vårdpersonal och patient. Barriärmodellen nämner kultur som ett kommunikativt hinder då kulturen medför normer. Akhavan (2012) beskriver att kulturella förutsättningar kan hindra kommunikationen. Deltagarna i föreliggande studie beskriver att tolken kan bli upprätthållare av patientens kulturella föreställningar samt förutfattade meningar. Således kan kultur vara en faktor som påverkar vid tolkning.

Faktorer som möjliggör kommunikation är exempelvis samarbete mellan tolk och vårdpersonal. Fatahi et al. (2008) beskriver att samtliga medverkande i patientmötet har en roll och ett ansvar för god kommunikation. Deltagarna uppfattar framför allt tolken som en avgörande faktor för kommunikationens existens men även för att skapa tillit. Alternativa kommunikationssätt uppfattas som en lösning när tolkning av någon anledning uteblir. Deltagarna belyser alternativa kommunikationssätt såsom att rita, visa bilder eller använda kroppsspråk som sätt att möjliggöra intimare kommunikation utan tolkning. Det innebär att ett hinder enligt barriärmodellen (Nilsson & Waldemarson, 2016), tolkning, avlägsnas men ett nytt hinder, språkförbistring, uppstår. Båda hindren medför svårigheter men samtidigt fördelar för kommunikationen.

### **6.2.3 Diskussion om deltagarnas uppfattning av SRHR-utbildning för tolkar i Region Sörmland**

Deltagarna förmedlade flertalet SRHR-relaterade ämnen som tolkar borde ha kompetens inom såsom abort, könsbaserat våld och olika sexualiteter, något Starr et al. (2018) också uppmärksammar som aktuella områden att arbeta med inom SRHR. I utbildningen Tolkbart (Västra Götalandsregionen, 2019) inkluderas flera ämnen (anatomiska, hbtq, STI och våld i nära relation) som deltagarna i studien benämner som viktiga för tolkar att ha kunskap inom. Det kan innebära att bristerna som deltagarna i studien har uppmärksammat är förekommande inom fler regioner i Sverige och inget unikt för tolkning inom Region Sörmland.

Områdena som deltagarna i studien benämner som viktiga kan bero på att bristande kompetens har uppmärksamats just där. Det kan också bero på att ämnet är frekvent förekommande inom deltagarnas yrke eller något som deltagarna har extra stort intresse för.

Att deltagarna nämner flertalet ämnen som borde inkluderas i SRHR-utbildning kan indikera att bristande kunskap eller förmåga att förklara har uppmärksamats. Deltagarna påtalade att tolken behöver viss självkännedom, kulturell kompetens och förståelse för att kunna förmedla acceptans kring samtalsämnena. För att tolksamtalen ska fungera optimalt krävs således att tolken förstår innebörden och komplexiteten av det som tolkas. Eftersom SRHR upplevs som känsligt för många patienter skulle en inkännande tolk kunna vara en viktig del i att göra patienten trygg och öka tilliten till hälso- och sjukvården. Att tolken kan fungera som en brygga mellan patient och vårdpersonal kan vara viktigt med tanke på att 68 procent av kvinnorna i Åkermans et al. (2019) studie upplevde lågt förtroende för hälso- och sjukvården.

SRHR-utbildning kan enligt deltagarna vara begränsad eftersom SRHR-området är brett och komplext. Om det inte finns tillräckligt många SRHR-utbildade tolkar kan inte alla få tillgång till dem vilket skulle vara orättvist för patienterna. SRHR-utbildning behöver nödvändigtvis inte uppfattas som fullkomlig utan snarare ett sätt att ge tolken ökad kompetens i sin yrkesutövning (Västra Götalandsregionen, 2019). Utbildningen Tolkbart har utvärderats och justerats utefter aktuella behov (C. Lundh, personlig kommunikation, 2 mars 2020), något som kan antas att även Region Sörmland skulle göra.

Deltagarna i studien förmedlar att andra områden kan ha större behov av specialutbildade tolkar. Dock går det att hävda att det finns behov av SRHR-utbildning för tolkar. Detta eftersom ojämlikhet i hälsa (Rostila & Hjern, 2018) och SRHR (Folkhälsomyndigheten, 2019b) förekommer hos utrikes födda. Vidare kan utrikes födda kvinnor ha begränsad kunskap om sin kropp (Nkulu Kalengayi et al., 2012; Wängdahl et al., 2014; Åkerman et al., 2019) och kan därför behöva stärkas. Andra delar i resultatet visar istället att SRHR-utbildning är något som deltagarna önskar hos tolkarna. Vilket kan anses stämma överens med att utbildningen Tolkbart uppkom som ett resultat av efterfrågan av SRHR-kompetens hos tolkar från första början (H. Rahm, personlig kommunikation, 2 mars, 2020). Av studiens resultat framgår det att deltagarna har olika erfarenheter av både tolkar och tolkning. Detta kan förklara att uppfattningen av SRHR-utbildning och behovet av SRHR-utbildade tolkar ser något olika ut mellan deltagarna.

Områden inom SRHR finns med i Agenda 2030 (UN, 2015) och regeringens proposition (Prop. 2017/18:249) vilket påvisar att SRHR är viktigt. Vidare kan ojämlikheten inom SRHR (Folkhälsomyndigheten, 2019b) och hälsa i allmänhet (Folkhälsomyndigheten 2019a; Rostila & Hjern, 2018) hos migrantgrupper ses som ett folkhälsoproblem då den utrikes födda befolkningen i Sverige uppgår till nästan 20 procent av befolkningen (SCB, 2020b). Hälsa- och sjukvårdsinsatser för utrikes födda bör prioriteras (Burström, 2018). Det kan därför anses angeläget att utbilda tolkar och tillgodose rätt kompetens så att utrikes födda får så bra hälso- och sjukvård som möjligt.

Möjligheterna med SRHR-utbildning för tolkar kan anses överväga hindren. Deltagarna framhöll att det skulle få positiva effekter på kommunikation samt patienternas tillit men framförallt att patientmötena skulle bli tryggare och säkrare för alla inblandade. Bättre och tryggare patientmöten skulle i längden kunna innebära att utrikes födda får bättre hälso- och sjukvård samt SRHR-relaterad kunskap. SRHR-utbildning kan vara en del för att minska ojämlikheterna i hälsa i enlighet med både Agenda 2030 (UN, 2015), regeringens proposition (Prop. 2017/18:249) samt Region Sörmlands mål om hållbarhet och att bli Sveriges friskaste län år 2025 (Region Sörmland, u.å.-b).

## 7 SLUTSATS

- Deltagarna i studien använder främst telefontolk även om kontakttolkning förekommer. Båda formerna av tolkning har fördelar och nackdelar. Vilken form av tolkning deltagarna föredrar är olika beroende på preferenser och behov.
- Erfarenheterna av patientmöten med tolk är att kommunikativa hinder förekommer men att tolken är ett måste och därmed också en förutsättning för kommunikation. Det finns möjlighet till förbättringar i kommunikationen genom bland annat ökad kunskap om SRHR hos tolkarna.
- Överlag kan SRHR-utbildning innebära tryggare och säkrare möten. Kompetenser som önskas hos SRHR-tolkar innefattar bland annat följande områden: abort, relevant anatomi, graviditet, hbtq, könssjukdomar, könsstympning, preventivmedel, sexuellt våld samt sexuella myter.

### 7.1 Praktisk användning av studiens resultat och vidare forskning

Studiens resultat kan användas som en utgångspunkt för att avgöra om SRHR-utbildning för tolkar är aktuellt inom Region Sörmland. Därtill kan studien ses som en indikator på vilka kommunikativa svårigheter som förekommer vid patientmöten med tolk och hur en eventuell SRHR-utbildning kan motverka hinder i kommunikationen. Studien kan även indikera SRHR-ämnen som kan vara relevanta att inkludera i en eventuell SRHR-utbildning inom Region Sörmland.

En liknande studie men baserad på kvantitativ metod kan genomföras då en kvantitativ studie kan komplettera en kvalitativ studie. En kvantitativ studie kan fånga upp fler hälso- och sjukvårdsanställdas uppfattningar kring SRHR-utbildning samt ge möjlighet att generalisera resultatet. Föreliggande studie kan ge underlag för relevanta frågor eller förslag på svarsalternativ i en kvantitativ studie.

Som nämnts i resultatet skulle andra områden utöver SRHR eventuellt ha behov av specialutbildade tolkar. Studien skulle kunna utgå från tolkarnas eller från hälso- och sjukvårdsanställdas perspektiv och undersöka behovet. Förslagsvis skulle sådana områden kunna vara tolkning inom psykiatri eller tolkning med barn inblandade. Forskning som utvärderar SRHR-utbildningar kan vara relevant att genomföra då inga vetenskapliga artiklar som berör ämnet har hittats.

## REFERENSLISTA

- Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11(47). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-47>
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (3:e uppl.). Liber.
- Burström, B. (2018). Ojämlig tillgång till hälso- och sjukvård. I M. Rostila & S. Toivanen (Red.), *Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd* (2:a uppl. s. 178-191). Liber.
- Ejlertsson, G., & Andersson, I. (2009). Folkhälsa – några begreppsdefinitioner. I G. Ejlertsson & I. Andersson (Red.), *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen* (s. 17-30). Studentlitteratur.
- Fatahi, N., Hellström, M., Skott, C., & Mattsson, B. (2008). General practitioners' views on consultations with interpreters: A triad situation with complex issues, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(1), 40-45. <https://doi.org/10.1080/02813430701877633>
- Folkhälsomyndigheten. (2015, 17 oktober). *Sjukdomsinformation om sexuellt överförda infektioner (STI)*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/smittsamma-sjukdomar/sexuellt-overforda-infektioner-sti/>
- Folkhälsomyndigheten. (2019a). *Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. Ett kunskapsunderlag om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland utrikes födda personer boende i Sverige*. Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten. (2019b). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017*. Folkhälsomyndigheten.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Kammarkollegiet. (2019). *God tolksed. Kammarkollegiets råd till auktoriserade tolkar*. Kammarkollegiet. [https://www.kammarkollegiet.se/download/18.27f1fe4c168c1d817515205f/1551777027993/God\\_tolksed\\_mars2019.pdf](https://www.kammarkollegiet.se/download/18.27f1fe4c168c1d817515205f/1551777027993/God_tolksed_mars2019.pdf)
- Kolak, M., Jensen, C., & Johansson, M. (2017). Midwives' experiences of providing contraception counselling to immigrant women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 100-106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2017.04.002>
- Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1721-1728. <https://doi.org/10.1111/jocn.13226>

- Kunskapsnätverket HIV/STI Mellansverige. (2017). *Projektrapport SRHR-tolkar 2017*. Kunskapsnätverket HIV/STI Mellansverige.
- Kunskapsnätverket HIV/STI Mellansverige. (2018). *Slutrapport. SRHR-tolkar 2018*. Kunskapsnätverket HIV/STI Mellansverige.
- Lundin, C., Hadziabdic, E., & Hjelm, K. (2018). Language interpretation conditions and boundaries in multilingual and multicultural emergency healthcare. *BMC International Health and Human Rights*, 18(23). <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0157-3>
- Nilsson, B., & Waldemarson, A-K. (2016). *Kommunikation. Samspel mellan människor* (4:e uppl.). Studentlitteratur.
- Nkulu Kalengayi, F. K., Hurtig, A-K., Ahlm, C., & Krantz, I. (2012). Fear of Deportation May Limit Legal Immigrants' Access to HIV/AIDS-Related Care: A Survey of Swedish Language School Students in Northern Sweden. *Journal of Immigrant Minority Health*, 14, 39-47. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9509-y>
- Olander, E., Ringsberg, K. C., & Tillgren, P. (2014). Health literacy – ett dynamiskt begrepp. I K. C. Ringsberg, E. Olander & P. Tillgren (Red.), *Health Literacy – Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (s. 47-74). Studentlitteratur.
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (4:e uppl.). Studentlitteratur.
- Prop. 2017/18:249. *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik*. [https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017\\_18\\_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf](https://www.regeringen.se/498282/contentassets/8d6fca158ec0498491f21f7c1cb2fe6d/prop.-2017_18_249-god-och-jamlik-halsa--en-utvecklad-folkhalsopolitik.pdf)
- Region Sörmland. (u.å.-a). *Om Region Sörmland*. <https://regionsormland.se/om-region-sormland/>
- Region Sörmland. (u.å.-b). *Region Sörmland* [PowerPoint slides]. <https://regionsormland.se/siteassets/om-regionen/region-sormland-slutver.pptx>
- Region Sörmland. (2019, 16 september). *Vision och uppdrag*. <https://regionsormland.se/om-region-sormland/om-oss-och-vart-arbete/>
- Rostila, M., & Hjern, A. (2018). Migration och ojämlikhet i hälsa. I M. Rostila & S. Toivanen (Red.), *Den orättvisa hälsan. Om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd* (2:a uppl. s. 86-110). Liber.
- SFS. (2014:821). *Patientlag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)
- SFS. (2017:900). *Förvaltningslag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forvaltningslag-2017900\\_sfs-2017-900](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forvaltningslag-2017900_sfs-2017-900)

- Socialstyrelsen. (2016). *Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018). *Barn och andra anhöriga som översätter och medlar inom socialtjänst och hälso- och sjukvård*. Socialstyrelsen.
- SOU 2018:83. *Att förstå och bli förstådd – ett reformerat regelverk för tolkar i talade språk*.  
<https://www.regeringen.se/4aeb03/contentassets/94589a6823994d2385f4f55b24be734e/att-forsta-och-bli-forstadd--ett-reformerat-regelverk-for-tolkar-i-talade-sprak-sou-201883>
- Språkservice. (2020). *Årsstatistik 2019 Region Sörmland*. Språkservice.
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet*, 391, 2642-2692.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Statistiska Centralbyrån. (2020a, 20 februari). *Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2019 och befolkningsförändringar 1 oktober–31 december 2019. Totalt*.  
<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarsstatistik--kommun-lan-och-riket/kvartal-4-2019/>
- Statistiska Centralbyrån. (2020b, 20 februari). *Utrikes födda i Sverige*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/utrikes-fodda/>
- Stockholms läns landsting. (2017). *Kartläggning av SRHR-tolkning i Stockholms läns landsting*. Stockholms läns landsting.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020, 2 mars). *Rätten till tolk*.  
<https://skr.se/integrationsocialomsorg/asylochflyktingmottagandeintegration/ansvarsfordelningregelverk/rattentilltolk.25879.html>
- United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations.  
<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer*. Vetenskapsrådet.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Vetenskapsrådet.  
[https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed\\_VR\\_2017.pdf](https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1555332112063/God-forskningssed_VR_2017.pdf)



- Västra Götalandsregionen. (2019, 12 november). *Tolkbart*. <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/amnesomraden/kunskapscentrum-for-sexuell-halsa/verksamhetsutveckling/srhr-tolkar/>
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health, 14*(1030). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization. [https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch\\_IX\\_01p.pdf](https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf)
- Åkerman, E., Larsson, E. C., Essén, B., & Westerling, R. (2019). A missed opportunity? Lack of knowledge about sexual and reproductive health services among immigrant women in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare, 19*, 64-70. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.12.005>

## **BILAGA A; MISSIVBREV**

Hej!

Mitt namn är Malin Klarin och jag studerar sista terminen på folkhälsoprogrammet vid Mälardalens högskola i Västerås. Jag skriver just nu mitt examensarbete i folkhälsovetenskap.

Jag är intresserad av att intervjua dig som arbetar med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) i någon form och som har varit i kontakt med patienter som har haft tolk eller haft behov av tolk.

Syftet med studien är att undersöka hälso- och sjukvårdsanställdas behov av SRHR-tolkar i arbetet.

Jag kommer att intervjua sex personer från Region Sörmland i ungefär 30-40 minuter. Intervjuerna kommer äga rum under vecka 11 och 12. Intervjuerna kommer att spelas in på ljudfil för att kunna transkriberas och analyseras. Det kommer därefter leda till studiens resultat.

Ingen deltagare kommer att kunna identifieras i studien. Ingen obehörig kommer att ha tillgång till materialet. Intervjuerna kommer enbart att användas i den här studien och efter examination kommer materialet att raderas. Det är frivilligt att delta och det går att när som helst att avbryta medverkan i studien utan att uppge anledning.

Uppsatsen beräknas vara klar under maj och kommer därefter att finnas tillgänglig på databasen DiVA.

Om du vill delta i studien, har frågor kring studien eller vill ha uppsatsen skickad till dig när den är färdig så tveka inte att höra av dig till mig eller min handledare.

Vänligen,  
Malin Klarin

Kontaktuppgifter:

Mejl:

Telefonnummer:

Handledare: Anita Larsson

Mejl:

## **BILAGA B; INTERVJUGUIDE**

Presentation samt förklaring av syftet med studien. Etiska aspekter såsom frivilligt medverkande, vad studien kommer användas till och att allt material kommer raderas efter betygssättning nämns. Deltagaren tillfrågas om hen har några frågor innan inspelning påbörjas.

### **BAKGRUND**

- När började du arbeta inom Region Sörmland?
- Hur länge har du arbetat med det du arbetar med nu?
- Kan du berätta om hur en arbetsdag ser ut för dig?
  - Är det något mer du skulle vilja prata om din bakgrund?

### **ATT ANVÄNDA TOLK I ARBETET**

- Hur förekommande är det med patientmöten som har tolk eller behov av tolk i ditt arbete? Månadsvis? Veckovis?
- Hur gör du om du behöver ta hjälp av en tolk i dina patientmöten?
- Vilken typ av kriterier kan du välja på tolkarna när du beställer en tolk? Tex kön.
- Vilken erfarenhet har du av att använda tolk vid patientmöten?
- Hur skiljer sig ett patientmöte med tolk ifrån ett patientmöte utan tolk?
  - Har du något mer du skulle vilja berätta om tolkning?

### **ATT ANVÄNDA TOLK I SRHR-FRÅGOR**

- Vad innebär sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) för dig i ditt arbete?
- Har du tidigare erfarenhet av att arbetat någonstans där tolkar har haft SRHR-utbildning?
- Hur uppfattar du att tolkning fungerar med tolkar utan SRHR-utbildning?
- Hur tror du patienterna uppfattar patientmöten med tolkar utan SRHR-utbildning?
- Skulle du kunna beskriva något tillfälle när du har önskat att en tolk hade SRHR-kompetens?
- Vilka kunskapsområden önskar du skulle ingå i SRHR-utbildningen för tolkar?
- Vad tror du följderna skulle bli av att tolkar utbildades i SRHR för Region Sörmland?
  - Fördelar och nackdelar? Möjligheter?
  - Är det något mer du vill berätta om tolkning i SRHR-frågor?

Finns det något du vill tillägga som du tycker är viktigt utöver det vi har pratat om?

Då är intervjun avslutad och jag vill tacka dig för att du har medverkat.



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)