

Community Interpreting in the public Danish healthcare system

By, Lisa Shilpa Lomborg Kirkegaard

Programme: MCO, Multicultural Communication in Organizations

Course: Master thesis

Supervisor: Gyde Hansen

Type of Examination: Oral exam based on written product

Characters: 170.956

Numbers of pages: 73

Hand-in date: August 1st, 2016

Copenhagen Business School, 2016

Table of Contents

ABSTRACT	5
1. INTRODUCTION.....	7
1.1 BACKGROUND	8
1.2 RESEARCH QUESTIONS	8
1.3 ASSUMPTIONS.....	9
1.4 DELIMITATION.....	11
1.5 LITERATURE REVIEW.....	12
2. THEORETICAL FRAMEWORK.....	13
2.1 SOCIAL CONSTRUCTIVISM	13
2.2 HERMENEUTIC APPROACH.....	13
2.3 INDUCTIVE APPROACH.....	14
2.4 APPLIED THEORY.....	15
2.4.1 <i>Community interpreting</i>	15
2.4.2 <i>Communication</i>	16
2.4.3 <i>Culture</i>	18
2.4.4 <i>Improvement Theory</i>	21
3. METHODOLOGY.....	21
3.1 PILOT STUDY	22
3.2 QUALITATIVE METHOD	23
4. RESEARCH DESIGN	24
4.1 INTERVIEWS.....	24
4.1.1 <i>The Qualitative Interview</i>	24
4.1.2 <i>Semi-Structured Interviews</i>	25
4.1.3 <i>Place</i>	26
4.1.4 <i>Participants</i>	26
4.1.5 <i>Time</i>	27
4.1.6 <i>Interview guide</i>	28
4.2. PROBLEMS IN THE DATA COLLECTING PROCESS.....	29
4.3 DATA ANALYSIS	29
4.3.1 <i>Step 1: Organize and Prepare</i>	30
4.3.2 <i>Step 2: Obtain general sense</i>	30
4.3.3 <i>Step 3: Coding</i>	31
4.3.4 <i>Step 4: Description</i>	31
4.3.5 <i>Step 5: Representation</i>	31
4.3.6 <i>Step 6: Interpretation</i>	32
5. ANALYSIS AND RESULTS OF MY INVESTIGATION	32
5.1 INTERPRETERS	32
5.1.1 <i>Who are used as interpreters and are they qualified? How is the availability of interpreters?</i>	33
5.1.2 <i>Sub-conclusion</i>	36

5.2 INTERPRETATION, EXPERIENCE, QUALITY?	36
<i>5.2.1 Is the quality of the interpretation adequate?</i>	36
<i>5.2.2 Sub-conclusion</i>	43
5.3 RELATIVES.....	43
<i>5.3.1 Is it tenable to let relatives (of the non-Danish speaking patients), including children, interpret?</i>	43
<i>5.3.2 Sub-conclusion</i>	50
5.4 VIDEO AND TELEPHONY.....	50
<i>5.4.1 Does the use of video and/or telephony as an interpretation tool solve the communication problem?</i>	51
<i>5.4.2 Sub-conclusion</i>	54
5.5 OPTIMIZATION.....	54
<i>5.5.1 What initiatives are needed in order to optimize the communication with the non-Danish speaking patients, according to the interviewed in appendix A-G?</i>	55
<i>5.5.2 Sub-conclusion</i>	57
6. DISCUSSION	58
6.1 DISCUSSION OF METHODOLOGY.....	58
6.2 DISCUSSION OF THEORY	59
6.3 DISCUSSION OF SUB-QUESTION 1: WHO ARE USED AS INTERPRETERS AND ARE THEY QUALIFIED? HOW IS THE AVAILABILITY OF INTERPRETERS?	60
6.4 DISCUSSION OF SUB-QUESTION 2: IS THE QUALITY OF THE INTERPRETATION ADEQUATE?	61
6.5 DISCUSSION OF SUB-QUESTION 3: IS IT TENABLE TO LET RELATIVES (OF THE NON-DANISH SPEAKING PATIENTS), INCLUDING CHILDREN, INTERPRET?	63
6.6 DISCUSSION OF SUB-QUESTION 4: DOES THE USE OF VIDEO AND/OR TELEPHONY AS AN INTERPRETATION TOOL SOLVE THE COMMUNICATION PROBLEM?	64
6.7 DISCUSSION OF SUB-QUESTION 5: WHAT INITIATIVES ARE NEEDED IN ORDER TO OPTIMIZE THE COMMUNICATION WITH THE NON-DANISH SPEAKING PATIENTS, ACCORDING TO THE INTERVIEWED?	65
7. RECOMMENDATIONS.....	65
7.1 OPTIMIZING INTERPRETERS	66
7.2 OPTIMIZATION OF THE QUALITY OF THE INTERPRETATION	67
7.3 OPTIMIZATION OF AVAILABILITY OF INTERPRETERS	67
7.4 OPTIMIZATION OF THE GENERAL COMMUNICATION WITH THE NON-DANISH SPEAKING PATIENTS.....	68
8. CONCLUSION.....	68
8.1 WHAT IS THE SITUATION IN THE PUBLIC DANISH HEALTHCARE SYSTEM AS TO INTERPRETERS?	69
8.2 IF NECESSARY, HOW CAN YOU OPTIMIZE THE COMMUNICATION WITH NON-DANISH SPEAKING PATIENTS IN THE PUBLIC DANISH HEALTHCARE SYSTEM?.....	69
9. PERSPECTIVES.....	72
9.1 EMPIRICAL DATA COLLECTION	72

9.2 METHOD	72
9.3 COMMUNITY INTERPRETING.....	73
9.4 CONTRIBUTION TO PRACTICE	73
REFERENCES	75
ARTICLES	75
BOOKS	75
LEGISLATION.....	76
WEBSITES.....	76
APPENDICES.....	78
APPENDIX 1: INTERVIEW GUIDE.....	78
APPENDIX A	81
APPENDIX B	89
APPENDIX C.....	101
APPENDIX D	107
APPENDIX E.....	118
APPENDIX F.....	129
APPENDIX G	138

Abstract

Community interpreting is an interpretation that focuses on how to communicate in cross-cultural settings, which takes place within community settings such as a medical or legal context. Since Denmark is becoming a more multiculturalist country, I found this issue should be addressed according to the communication and interpretation that exists within the public Danish healthcare system.

In this project, the aim has been to reveal how efficient the interpretation and communication are within the public Danish healthcare system. This project focuses on two research questions: 1) What is the situation in the public Danish healthcare system as to interpreters? And 2) If necessary, how can you optimize the communication with non-Danish speaking patients in the public Danish healthcare system? In order to answer these questions, I have chosen to focus on the availability and quality of interpreters and the interpretation, along with quality of the actual communication that exist within the medical context. Several initiatives have been included in order to explore these topics, which will be elaborated on in the following paragraphs.

This project has conducted a qualitative method and has included qualitative semi-structured interviews with seven female nurses from three different public hospitals in Denmark. I have applied interview theory as defined by Steinar Kvale & Svend Brinkmann and Staunæs & Søndergaard. Furthermore, I have used John W. Creswell's six data analysis steps, which has created a framework of the data analysis. This has allowed me to elucidate the current communication situation and thereby providing some well-documented recommendations based on the analysis of the results of the empirical data.

Moreover, I have applied community interpreting theory as defined by Sandra Beatriz Hale as well as communication theory as defined by Richard L. Wiseman. Additionally, cross-cultural theory as defined by Joann Keyton, Geert Hofstede, Richard L. Wiseman and Maribel Blasco has been included. These theories have supported the analysis, which has enabled me to provide some well-documented recommendations. Below, the four recommendations will briefly be elaborated on, together with the conclusion of this project.

Firstly, I ended up concluding that there was a need to optimize the interpreters as it was discovered in the analysis that the interpreters did not have the competences to interpret adequately. The interpreters that were used depended on where in the country the hospitals were. There appeared to be a huge difference between the eastern and the western part,

where the eastern part used '*authorized*' interpreters and the western part used '*experienced, but without an education*'. I argued for the development of an education where the nurses or whoever had the interest should be given the possibility to be well educated within the interpretation field and thereby fulfill the required skills that an interpreter should possess according to Sandra Hale. This assisted in answering the first research question regarding the situation in the public Danish healthcare system as to interpreters.

Secondly, an optimization of the quality of the interpretation should be in focus, as it was explored in the analysis that the quality was not adequate. Implementing an education where the interpreters learned about the 'Code of Ethics', which Sandra Hale argues is essential in order to communicate and interpreter correctly within a medical context, could help with this.

Thirdly, the analysis revealed that the lack of access to interpreters also caused miscommunication, since the nurses and midwives did not have the ability to communicate with the patients without an interpreter. Therefore, I argued that an implementation of video/telephony should assist in reducing the problems associated with the lack of available interpreters. While this is a cost-consuming implementation, I argued that in the end such an optimization approach would be more time- and cost-efficient.

Lastly, I argued that in order to optimize the communication the written materials should be translated, as it will optimize the access to a communication tool that will be helpful during the daily communication with the patients. The development of an App should also assist in optimizing the communication on a daily basis. This, together with the last two recommendations, has helped to elucidate and conclude that there exists a need to optimize the communication with the non-Danish speaking patients, which answers the second research question.

1. Introduction

During my studies I have come across many different aspects of communication. An aspect, which I find very interesting, is community interpreting. Community interpreting is defined as "*an interpretation that takes place in settings where the most intimate and significant issues of everyday individuals are discussed*" (Hale, 2007:25). I found that there exist many interesting issues and complications associated with this type of interpretation. One issue that I found particularly interesting was community interpreting in a medical context since a medical context qualifies as an intimate setting. Furthermore, community interpreting involves that you take into considerations different communication barriers, where culture, language, and religion can play a significant role (Hale, 2007). Community interpreting in the public Danish healthcare system is a very relevant issue to elucidate, since the need to conduct cross-cultural communication within this sector is increasing. This increase is both due to the fact that we live in a highly globalized world, which inevitably creates more multicultural environments, also in Denmark. Besides that, the disturbances in Syria and the Middle East have resulted in an increased influx of refugees to Denmark, which in turn creates a multiculturalist country. Multiculturalism results in diversity in regards to culture, religion and, importantly language. This diversity unavoidably creates communication barriers when communicating with people from a different culture, since culture plays a significant role in how we perceive the world and make sense of it (Keyton, 2011). According to Keyton (2011) culture confines what we see and how we interpret what we see because culture is the framework of how we understand the world and the settings we are put in. This creates a need to obtain the knowledge and know-how to interpret in cross-cultural settings, where the medical context is one important setting to consider.

This globalization and the increase in the amount of refugees, hence the development of a more multicultural country, demands a need for more people to have the ability to interpret and communicate across cultures. That is why the knowledge and know-how of community interpreting are essential in order for communication to succeed. This need for interpreters can be found in many places and the public Danish healthcare system is only one among many. Thus this project, which has a focus on community interpreting, will elucidate the situation that arises when hospital staff has to communicate with non-Danish speaking patients in the public Danish healthcare system.

1.1 Background

For several years, there has been an increasing demand for qualified interpreters in the public Danish healthcare system. According to Kjeld Møller Pedersen from University of Southern Denmark the increasing demand for interpreters is due to the increasing amount of refugees coming to Denmark (Foght, 2015). Furthermore, from 2015 to 2016 there has been an increase in immigrants from the non-western world from around 295.000 to 315.000 (Danmarksstatistik.dk). These numbers help illustrate the situation concerning people with another primary language than Danish, as the need for more interpreters is increasing. According to these numbers the non-western world countries are all the countries outside the EU, Andorra, Canada, Iceland, Liechtenstein, Monaco, New Zealand, Norway, San Marion, Switzerland, USA and the Vatican (Danmarksstatistik.dk). This demonstrates the fact that people with the knowledge of different languages along with the understanding of a lot of different cultural backgrounds will be needed in order to communicate with the refugees and immigrants; the need for qualified interpreters is therefore vital.

Furthermore, the reason why the Danish government and the public Danish healthcare system cannot ignore the need to accommodate the incoming refugees and immigrants' needs – hence the emergent need for interpreters – is because of the Danish Health Act which states that patient safety is central. In Denmark, patient safety is of great importance. That is why any patient who does not master the Danish language has the right to an interpreter in order to secure patient safety (retsinformation.dk). All patients that do not master the Danish language are entitled to a gratuitous interpreter, and the Danish government will pay the costs associated with this service c.f. SL § 50.

1.2 Research questions

The purpose of this thesis is to go in depth and investigate the current situation in regards to communication with the non-Danish speaking patients in the public Danish healthcare system. This thesis will investigate and analyze the situation in the public Danish healthcare system on the basis of the following research questions:

- 1. What is the situation in the public Danish healthcare system as to interpreters?**
- 2. If necessary, how can you optimize the communication with non-Danish speaking patients in the public Danish healthcare system?**

In order to answer these questions, in this thesis I will consider the following sub-questions, which will assist in exploring the research questions:

1. Who are used as interpreters? How is the availability of interpreters?
2. Is the quality of the interpretation adequate?
3. Is it tenable to let relatives (of the non-Danish speaking patients), including children, interpret?
4. Does the use of video-telephony as an interpretation tool solve the communication problem?
5. What initiatives are needed in order to optimize the communication with the non-Danish speaking patients, according to the interviewed?

1.3 Assumptions

The above mentioned questions are based on the following assumptions:

1. There is an increasing need for better-educated interpreters in the Danish health care system.
2. Videoconferencing can be a substitute for calling in physical interpreters, however it is costly for the hospitals and it is not as sufficient as a physical interpreter
3. At the moment the quality of the interpretation is not guaranteed and has to be improved
4. Relatives of the non-Danish speaking patients, including children, are used a lot as interpreters. A law should prohibit the use of children between 15 to 18 years old as interpreters
5. The need to cope with miscommunication with non-Danish speaking patients is nationwide.

These assumptions were made prior to this project and are therefore important to take into account in order to generate a full and clear understanding of the thoughts behind this study and the approaches that have been made in this project. Furthermore, my assumptions are important to consider as "*foreknowledge of a text's subject matter*" (Kvale 2007:21) since they may have an influence on the direction of the project. It is important to understand the assumptions in order to fully understand the different interpretations made in this project. (Andersen, 2009:33).

The assumptions were made based on information which I had previously gathered from watching the news and reading articles where a lot of different opinions about

community interpreting and the situation regarding communication with non-Danish speaking patients in the Danish healthcare system were discussed. However, most of my assumptions were based on talking with employees within the healthcare system who told stories about different episodes with interpreters and non-Danish speaking patients.

My first assumption regarding the considerable need for well-educated interpreters was mainly based on my discussions with relatives and friends that are employed within the Danish healthcare system. However, it is necessary to mention that all the people I talked with live and work in the western part of Denmark, Jutland. I did not know whether my assumption would hold for the rest of the country.

The fact that I assumed that there was a lack of interpreters led to the second assumption where the use of video- and/or telephone conferencing could be a solution that would allow the system to cope with the lack of interpreters. Moreover, according to a pilot study made in 2009 at Odense University Hospital I found that video- and/or telephone conferencing had already been discussed in regards of dealing with the lack of interpreters (Kildebogaard, 2009). This further supported my thoughts about the fact that videoconferencing should be considered to some extent when talking about communicating with non-Danish speaking patients. The study from Odense University Hospital was made to prove that in order to minimize the time-consuming process that is associated with getting an interpreter, the hospitals should implement videoconferencing as an interpretation tool. This should reduce time and create more availability of interpreters (*ibid.*). The aim of this project was to implement videoconferencing in 90% of the Danish healthcare system by the end of 2012. My assumption towards this project and to the implementation of video- and/or telephone conferencing in general was that it would be a very expensive and insufficient.

The third assumption made prior to this project was the assumption that the quality of the interpreters is not adequate to the expected level of qualified interpreters that the hospitals had. The assumption was mainly based on the fact that I assumed that the interpreters did not have the sufficient medical terminology, which I again assumed would be needed to interpret adequately. Before starting the research on the actual situation I had the assumption that because the interpreters did not have any educational background within the healthcare sector and within the field of interpretation they did not have the skills to interpret adequately due to the fact that being bilingual did not provide them with the ability to interpret language for special purposes like medical language correctly. This assumption has

had a strong influence on the questions made in the interviews. Therefore it is important to mention this in order to generate an understanding on the thoughts behind these specific research questions that this project is built upon.

The fourth assumption concerns the use of relatives, of the non-Danish speaking patients, including children, as interpreters. I assumed that due to the lack of resources, I believe existed in the healthcare system, the hospitals had chosen to use relatives as interpreters. Furthermore, I believed that the use of children was something that was very common. That is why I investigated if there were any laws preventing this. According to the Danish Health Act (SL) it is illegal to use children below the age of 18 as interpreters in Denmark. However, it is legal to use children between 15-18 years old in case of an emergency situation. Before researching these legal questions about using interpreters, I thought that using children was legal due to the fact that a lot of people I have talked with, who have worked within the healthcare system, have stated that they have used children to interpret. I assumed that when they were talking about children they meant children below 18 years and this assumption had led me to think that there were not any laws prohibiting the use of children under 18 years old as interpreters.

The fifth and last assumption that was made prior to this project was the assumption that the huge communication problem with non-Danish speaking patients was not a local problem occurring in only one hospital in a specific region - it was nationwide. I assumed that the need to cope with this problem was not something that should be investigated in only one hospital since there are non-Danish speaking patients all over Denmark.

1.4 Delimitation

My project is a pilot study, thus I reckoned it necessary to narrow the scope of the paper to focus only on the public healthcare system. Therefore, none of the private hospitals and general practitioners in Denmark will be implemented in the empirical data, and interviews will only be gathered from the public healthcare system. I have chosen to do interviews with female nurses and midwives among three public hospitals as it allows me to provide an in-depth analysis of the situation within this sector and within the specific departments. I have chosen to use nurses and midwives and not doctors, care assistants, or other people who work at hospitals, in order to limit the view of the project from only one point of the hospitals. Barriers from other levels of society, such as economical or financial barriers or, other

barriers that affect the efficiency of the interpreters and the communication with the non-Danish speaking patients will not be accounted for in this project. These limitations mean that my results and solutions will only shed light on a small percentage of the public healthcare sector and therefore the results are not generalizable for the entire public healthcare system.

1.5 Literature Review

In order to generate a clear understanding of how to address the research questions most efficiently this thesis will apply community interpreting theory as defined by Sandra Hale (Hale, 2007). Hale focuses on describing what community interpreting entails. She works on optimizing and improving the use of interpreters in many communicational settings, the medical context being one of them. The medical context will be the focus point in this project. Therefore, the implementation of Hale's theory is crucial in order to create an understanding of what needs to be focused on in order to optimize the communication with the non-Danish speaking patients in the public Danish healthcare system.

Moreover, communication theory as defined by Richard L. Wiseman (Wiseman, 1995) along with a model defined at communicationtheory.org will assist in demonstrating how to optimize communication and what theoretical aspects should be encountered in order to successfully do so. Additionally, Joann Keyton's theory on culture (Keyton, 2011), Geert Hofstede's theory on cultural dimensions (Hofstede, 2010) and Maribel Blasco's theory on cultural intelligence (Blasco, 2012) will contribute to the analysis. All these sources will assist in providing sufficient recommendations for the hospitals. Hofstede is important to mention as he talks about cultural differences and the importance of this awareness. Furthermore, Wiseman is a rather old source, yet still very relevant. More importantly, Wiseman focuses on cross-cultural communication hence this is deemed necessary to implement since the point of departure in this study focuses on communication across cultures.

The aim of this project is to provide some well-documented recommendations on how to optimize the communication at hospitals. Since optimize is a synonym for improvement I will include improvement theories as defined by Nigel Slack (2015). This will allow my project to generate a clear view on which improvements are needed in order to answer the research question on optimization.

2. Theoretical Framework

This thesis will work with the socially constructed knowledge claim and furthermore use an inductive approach. In the following paragraph Social Constructivism, the Hermeneutic Approach and the Inductive method will be explained.

2.1 Social Constructivism

John Creswell (Creswell, 2003) perceives the social constructivist paradigm as "*subjective meanings of their experiences – meanings directed toward certain objects or things*" (Creswell, 2003:8) where it is believed that individuals develop the meaning of the world.

The epistemological theory within social constructivism states that knowledge is created, not through scientific facts, but through social constructions such as culture, history and "*a more active role to the human player*" meaning that the focus on the thoughts and expressions made by the people involved in the research is deemed important compared to statistical data and other quantitative empirical data (Collin and Køppe, 2014:421)). Social constructivism furthermore takes its rise from the differences in the way people think and act according to each other, where culture has a huge impact on the thoughts and action patterns of people (Keyton, 2011).

Furthermore, social constructivism is closely aligned with the Hermeneutic paradigm where the researcher has one perception of the world which changes after interpreting the data collected within the social settings and thereby generates a new perception of the world (Collin and Køpper, 2014).

2.2 Hermeneutic Approach

As stated above this thesis will consider the social constructivist knowledge claim where the focus is on the meaning of the social actors. Furthermore, this project will take an hermeneutic approach since this approach is very much aligned with the social constructivist paradigm. The hermeneutic approach works with the ontology that conceives the social world as somewhat different from nature and an epistemology that conceives the social world as different interpretations that are always uncertain and can be discussed (Juul & Pedersen, 2012). This project will focus on the hermeneutic circle, which states that: "...he [the reader] will never meet the text as a clean slate" (Juul & Pedersen, 2012:111), the reader will always have some assumptions and anticipations about what he/she is going to read and study. Therefore, this project works with a hermeneutic social constructivist approach since it

interprets on the basis of social actors and the assumptions made prior to the project as well as the interpretation made based on the empirical findings. This approach will help shed light on the communication situation with the non-Danish speaking patients, which will enable me to propose further research that could provide less subjective and more well-documented investigations. I will nevertheless try to give some recommendations.

2.3 Inductive Approach

In this project I employ the inductive approach where the theoretical orientation has become the *end point for a study*, meaning that the project has started with the empirical data collection and ended with the application of theoretical orientations (Creswell, 2003:132). Furthermore, an inductive approach focuses on letting the "*empirical world decide which questions are worth seeking an answer to*" (Kvale & Brinkmann, 2015:224). In the following model it is illustrated how the inductive approach is built and the steps that this thesis has undergone.

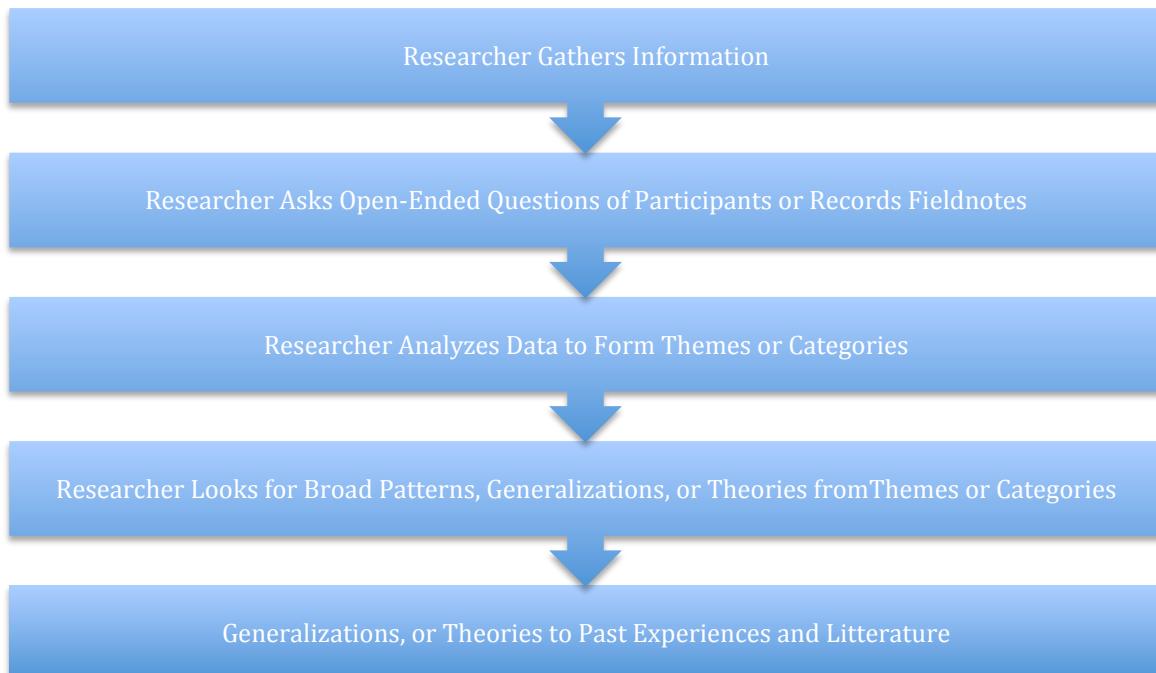


Figure 1: Inductive Approach, (Creswell, 2007:132)

The model above is closely aligned with the one used in the Data Analysis which will be elaborated on in chapter 4 and therefore the focal point in this paragraph is only to illustrate the overall approach that has been taken towards this project.

2.4 Applied Theory

The theories that have been applied in this study will be explained in the following, which will contribute to the understanding of the situation and how to cope with it in the analysis.

2.4.1 Community interpreting

Since this project focuses on how to communicate with non-Danish speaking patients in a medical context, the practice of community interpreting will be taken into account to provide a thorough look at how to communicate and interpret across cultural and language barriers. The theory of community interpreting will assist in analyzing how the different hospitals communicate and how they might not communicate with the non-Danish speaking patients according to the practice of community interpreting. First of all it is essential to determine what is meant by the term interpretation before going more in-depth with the practice of community interpreting. According to Hale (2007), interpretation "*is the translation of the spoken word*" whereas translation "*is a translation of the writing word*" (*ibid.*:3). Having generated an understanding of the term 'interpretation' it now allows for further explanation of the practice of community interpreting.

Community interpreting revolves around interpretation in more community-based settings such as those found in medical or legal contexts. The healthcare system is one among many sectors where community interpreting takes place and therefore this theory is of great importance when analyzing the communication and interpretation situation at the Danish hospitals. Interpretation in such settings differs from other settings because the interpretation takes place in a context where the welfare of the client is very often affected directly by the outcome of the interpretation (*ibid.*). In order to achieve effective communication Hale (2007) further argues that the practitioners should obtain knowledge about the language that is used in medical contexts. This knowledge can be obtained by training interpreters in the practice of community interpreting where the interpreter will gain thoroughly knowledge about the medical settings and further strengthen their ability to communicate correctly in order to avoid miscommunication (Hale, 2007).

Furthermore, in order to achieve successful community interpreting, Hale (2007) argues that training is essential for the practitioners. This training should revolve around being able to generate an accurate interpretation. According to Hale (2007), an accurate interpretation has three important criteria where the first one is to be able to

“render the meaning of the utterance at the discourse level, taking into account the pragmatic dimension of language [...] produce a similar reaction to such utterance[...] as the original would have” (Hale, 2007:40).

Secondly, the interpreter will have to take into account both the lexical, grammatical and syntactic aspects of the utterance. Last and thirdly, in order to provide the most accurate interpretation in community interpreting the practitioner will also need to be able to consider possible cross-cultural differences. These criteria are important to consider and will be implemented in the analysis in order to help shed light on how to optimize the communication with non-Danish speaking patients. Moreover, the ‘Code of Ethics’ is important to consider when dealing with community interpreting, and will thus be explained below.

2.4.1.1 ‘Code of Ethics’

The ‘code of ethics’ is of great importance to bear in mind when interpreting in community settings such as medical context, since this is where the rules of how to behave are clarified. The ‘code of ethics’ are under professional circumstances guidelines for the interpreters to follow on *“how to conduct themselves ethically for the benefit of the clients they serve”* (Hale, 2007:103) in order to create a successful interpretation. Furthermore, Hale (2007) argues that professional interpreters also have a responsibility to possess knowledge of the necessary language and furthermore be able to understand the *“social and institutional settings”* (*ibid.*). The ‘code of ethics’ will thus assist in analyzing how the different hospitals communicate with the non-Danish speaking patients according to the practice of community interpreting and the rules set by Hale in order to generate a successful interpretation and thereby optimize the communication.

2.4.2 Communication

The following figure generates an overview of what is perceived as possible barriers to communication (communicationtheory.org). I am aware that there does not seem to be an author of the figure, however the model provides a great overview on different, and what I deemed relevant, barriers to communication, which is why I decided to include this figure.

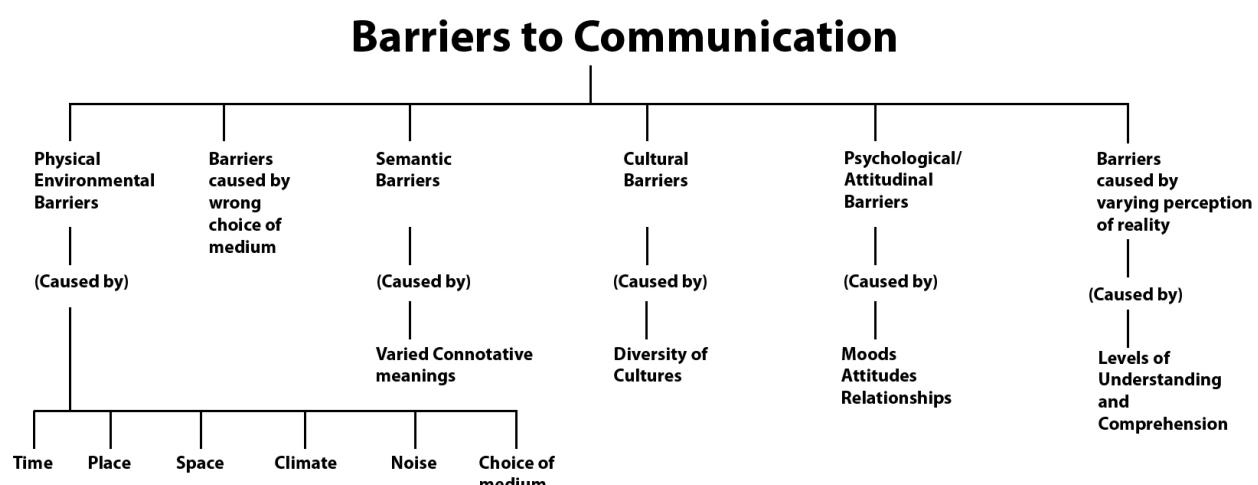


FIGURE 2: Barriers to Communication

Additionally, this model is closely aligned with Wiseman's theory on communication, which is yet another reason why it is relevant and reliable as a source, despite the missing author.

In order to optimize communication I argue that one will need to take into account all possible barriers mentioned in this model. In the following paragraph the six over-headings of the model will be described briefly and thereafter be aligned with both Hale's theory on community interpreting and Richard L. Wiseman's and Joann Keyton's theory on communication and culture.

'Physical Environmental Barriers' involve mainly the setting of the communication with regard to time, place, space, climate, noise and choice of medium. The 'Barriers caused by wrong choice of medium' is about using the appropriate medium to conduct the communication according to the settings of the communication. The 'Semantic Barriers' focus on the meaning of words, both denotation and connotation. Whereas denotation is about the direct meaning of a word, connotation is about how an individual understands the word according to his or her experience and background. The third category is centered on cultural barriers ,which Hale talks about in her third criteria and Keyton also focuses on. 'Physiological or Attitudinal Barriers' are related to the way we react or respond to the message we receive according to how we perceive the person who communicates it. The last category of barriers, which are caused by varying perceptions of reality, are related to how we perceive the world and how we make sense of what is going on around us.

Hale (2007) already touched upon some of the barriers, especially the barrier of 'Physical Environment' such as the medical settings, as well as barriers caused by wrong choice of medium is closely related to what Hale talks about, which is the case if the

interpreter is not able to fulfill the first criteria that has to be fulfilled in order to create an accurate interpretation. Barriers caused by varying perceptions of reality, is associated with Hale's second and third criteria. In the following, Richard L. Wiseman will assist in supporting the other barriers that this model argues are important to consider in order to optimize communication.

In order to optimize the communication with the non-Danish speaking patients this study will draw upon Richard L. Wiseman's theory on intercultural and cross-cultural health communication (Wiseman, 1995). This theory goes along with Hale's theory on community interpreting and functions as a supplement to the communication aspect of this study. Whereas Hale's theory focuses mostly on the role of the interpreter, Wiseman focuses on the act of communication itself.

According to Wiseman (1995) communication is "*a process involving the exchange of messages and the creation of meaning*" (Wiseman, 1995:15). It is essential to consider culture and generate an understanding of the client's cultural background in order to communicate successfully since "*culture shapes the interpretation and transmission of verbal and nonverbal messages*" (*ibid.*:218). Therefore, in order to communicate efficiently it is essential to obtain knowledge of the cultural background of the patient. To have an understanding of the patient's cultural background, meaning a low cultural distance, will most likely result in high mutual understanding.

2.4.3 Culture

In order to fully understand how to cope with cross-cultural communication and further elaborate on how Cultural Barriers in Figure 2 play a significant role in communication, it is essential to define what is meant by culture and thereby how to accommodate these cross-cultural communication barriers.

According to Hofstede (Keyton, 2011) culture is "*the collective programming of the mind that distinguishes the members of one group or category of people from another*" (*ibid.*:17). Furthermore, culture acts as both *confining* and *facilitating* where confining refers to how culture acts as a framework and limits how we perceive the world and what we see. Facilitating refers to how we make sense of what is happening so that we can adapt to the setting we are put into. This refers to the barriers caused by varying perceptions of reality which are presented in Figure 2. Furthermore, Geert Hofstede (Hofstede, 2010) talks about cultural dimension theory where the following three out of Hofstede's four-dimensional

model are important to consider in this project: *Power distance*, *Individualism vs. Collectivism*, *Femininity vs. Masculinity* (*ibid.*:31). These are all closely related to some of Wiseman's (1995) 11 categories in which miscommunication can occur. Five out of Wiseman's 11 categories were found relevant for this project and will be discussed together with Hofstede's dimensions on culture in the following section.

Power distance should be explained first since it has an impact on how we communicate in cross-cultural settings. A Power Distance Index survey shows that the Arabic speaking countries, African countries, most Asian countries and Eastern Europe countries, all are high power distance cultures, whereas the low power distance cultures appeared to be more common in the Nordic countries of Europe, German-speaking countries and the United States (Hofstede, 2010). In order to understand what this difference means one will need to understand the division of these two power distances. In high power distance cultures people see themselves as more equal to one another and it is likely that a person will go into arguments about different issues, whereas in low power distance cultures inequality among people is expected and an individual's opinions are not highly valued (*ibid.*). According to Hofstede (2010) the power distance affects the consultations with the patients, since in countries with a large power distance, the time spent at the doctors is briefer and "*there is less room for unexpected exchanges*" due to the fact that the doctor is seen as having more authority, and the individual is thus not allowed to have a say in the matter (Hofstede, 2010:71).

The following category is one that both Hofstede and Wiseman encounter: *individualistic vs. collectivistic*, where it is seen that in a lot of non-Western cultures the need of the collective within the family is raised above the need of an individual (Wiseman, 1995). This can impact the decision-making regarding what is the best for the individual since the collective need of the family is prioritized. This is quite different from Western cultures which is more individualist and focuses on each individual and the individual's needs. This difference in the perception of individuals and collective needs is closely associated with the following aspect that can influence communication.

The role of the family is also something that should be taken into consideration when communicating across cultures, since collectivistic cultures often place the role of the family above the role of the individual (Wiseman, 1995). This means that it is not the individual, i.e. the patient, that makes treatment-related decisions, but the family. This is aligned with what

Hofstede talks about when he refers to the extended role of a family in collectivistic culture compared to individualistic culture (Hofstede, 2010). This can conflict with how the decision-making process is viewed in Western cultures where the individual is above the needs and the decisions of the family. Followed by the differences between individualistic and collectivistic cultures, the gender issue is of great importance within the medical context and in regard to communicating within this context.

Gender is the third aspect that is important to consider in this study which further refers to Hofstede's dimension on Masculinity vs. Femininity and Cultural barriers in Figure 2. The role of women is often subordinate to men in most non-Western countries. This division of roles influences the decision-making, as the man has the final say in a treatment decision in patriarchal cultures, regardless of what the woman might want. This is again extremely relevant to take into account when communicating with non-Danish speaking patients, and therefore important to include in this theoretical paragraph.

The second last category that is important to consider when focusing on the cause(s) of miscommunication is what Wiseman (1995) refers to as *communication patterns*, which is referred to as Semantic Barriers in Figure 2. This is closely related to Hale's argumentation on how to achieve accurate interpretation. Language barriers, translation and translation problems, misinterpretation etc. are under this category and again something that should be analyzed in this study in order to optimize the communication with non-Danish speaking patients. Therefore, the exploration of this issue is of great importance and is something that should not be neglected.

The last of Wiseman's categories that is deemed important to focus on in this study is the *within-group diversity*. This is related to the fact that it is not possible to put a group e.g. all Chinese people into one category (Wiseman, 1995). Within a group there exist subgroups meaning there will inevitably exist diversity within different cultures, which again is something that should be considered when communicating with different cultures and countries.

2.4.3.1 Cultural Intelligence

Cultural intelligence (hereinafter referred to as CQ) is important for the interpreters to consider when communicating with different patients from around the world. CQ refers to the global and cultural understanding of people (Blasco, 2012). In order for the interpreters to interpret and communicate successfully they must have CQ, hence this term is important to

consider when focusing on how to optimize the communication with non-Danish speaking patients. CQ is similar to what Wiseman and Hale and is therefore included.

2.4.4 Improvement Theory

Nigel Slack's (2015) thoughts on breakthrough and continuous improvements will help to define what variety of improvements will have to be implemented in order to provide some well-documented recommendations. The two different improvements are described below, however it is important to take into account the fact that the two of them can be combined, something that is referred to as "*organizational ambidexterity*" (Slack, 2015:228), which means that focusing on breakthrough improvements does not necessarily exclude the focus on implementing continuous improvements.

2.4.4.1 Breakthrough Improvement

A radical improvement is generally new to the market and "*the impact of these improvements is relatively sudden and represents a step change in practice (and hopefully performance)*" (Slack, 2015:227). A breakthrough improvement often causes disruption during the on-going work of the operation and furthermore, such improvement is most often very costly and requires a high investment of capital (*ibid.*). However, such improvements "*encourage free thinking and individualism*" (*ibid.*:227), meaning that there is place for new ideas to be implemented in order to improve whatever needs improving.

2.4.4.2 Continuous Improvement

Continuous improvement focuses on "...*smaller incremental improvement steps*" (Slack, 2015:227) and is concerned about modifying the small things that already exist within an operation, e.g. guidelines on how to get from one department of the hospital to another. Furthermore, Masaaki Imai has given continuous improvement the definition *Kaizen* which means that the focus on improvement at the work place involves everybody working there (Slack, 2014). The importance of such improvement is not the size of improvement, but how every day, month, and year small implemented improvements are found and assist in improving the operation.

3. Methodology

As previously mentioned, this is a pilot study, and therefore the concept will be elaborated on below in order to clarify what is meant by this kind of study. Thereafter, the qualitative

method will be explained, since I have chosen to focus on implementing qualitative empirical data in the terms of interviews. The interviews will be explained in chapter four in order to generate a clear understanding of the empirical data that has been collected for in this project. Furthermore, in order to analyze the empirical data I will follow John W. Creswell's six research design steps, which will describe the data analysis steps that this study is built upon.

3.1 Pilot Study

This project is what is referred to as a pilot study, which has been described by Edwin Teijlingen and Vanora Hundley as "*pre-testing or 'trying out' of a particular research instrument*" (Teijlingen and Hundley, 2001:1). Furthermore, a pilot study can be both quantitative and qualitative, and in this project the use of a qualitative method has been the main point of departure. In order to create a pilot study, the researcher conducts in-depth interviews in order to discover issues that can be addressed on a larger scale (Teijlingen & Hundley, 2001). The focal point of a pilot study is to create a small-scale template on how to conduct a survey on a larger scale and to provide insight into how surveys might or might not work the best. This may lead to changes in the study design when up scaling the survey into a larger survey (Lancaster, 2001).

The main purpose of this project is to elucidate the situation with interpreters and the communication situation surrounding the non-Danish speaking patients in the public Danish healthcare system and to provide some tools on how to optimize the communication with the non-Danish speaking patients. I found that this project only functions as a pilot study, since it only encounters a small percentage of the healthcare sector. An up-scaling will need to be done in order provide a thorough study on how to change the situation and to implement the tools recommended nationwide. Furthermore, only three hospitals were implemented, which again shows that this study conducts in-depth interviews to shed light on the current situation but that an up-scaling of the empirical data collection will be necessary in order to be able to generalize my findings. This illustrates how this project both functions as a tool on how to conduct such a survey on a larger scale and at the same time how to provide some recommendations on what is needed to be done in order to accommodate the challenges the hospitals are facing with respect to communication with non-Danish speaking patients.

3.2 Qualitative Method

Creswell (2014) characterizes the qualitative method as "*an approach for exploring and understanding the meaning of individuals or groups ascribe to social or human problem*" (Creswell, 2014:4). This is the exact purpose of this study. Therefore the qualitative research is the dominant one in this study. Qualitative research is further characterized as a research where interpretation is fundamental, meaning that "*the research makes an interpretation of the data*" (*ibid.*:182). A qualitative research approach does not use numbers or tables to collect data but aims at getting insight into the individual's perception of the world. Hence the epistemological theory within this method is what is referred to as *interpretivist epistemological orientation* along with [social] *constructionist ontological orientation* (Hale & Napier, 2013).

This approach is aligned with the social constructivist paradigm and the hermeneutic method, described in chapter two, where interpretation of the participant and the focus on the subject, and not the scientific object, is the root of the outcome of the research. Furthermore, it is also aligned with the inductive method where the data, in this case the interviews, can generate a theory (Hale & Napier, 2013).

However, it is important to mention that a quantitative research approach was also conducted in this data collection (App. A-G) where I chose to use a scale, 1 to 5, for the interviewee to place her experiences with the interpreters and the bureau of interpreters. The numbers indicate either negative experience, meaning 1 on the scale or very positive experience, meaning 5 on the scale. The results of these numbers are used in the analysis on pages 33-35 and have been interpreted into thoughts and attitudes towards the interpreters; hence the actual numbers will not be visible. This approach was done in order to "*build in protections against bias, [...] and being able to generalize and replicate the findings*" (Creswell, 2014:4), since the numbers enabled me to generate a clear comparison between the interviewees whereas when comparing thoughts and expressions it became a bit more difficult and biased

It is a limited amount of quantitative research that has been used in my empirical findings, which is why I will not argue that this is a mixed method of research, but the tendency of the research is qualitative - with a minimum amount of quantitative research implemented.

4. Research Design

In the following the empirical data collection will be elaborated on. I have chosen to use interviews as my main empirical data. The choice of interviews as empirical data is based on the qualitative research method and furthermore, on what Staunæs and Søndergaard (Järvinen, 2005) say about interviews. Staunæs and Søndergaard argue that reality can be explored through a dialogue, hence interviews with the ones that are put in the situation investigated in this thesis. The purpose of a dialogue is to “*...learn about what we do not know – and thereby create a basis of a renewed reflection of reality*” (*ibid.*:55). In the following paragraphs, the interview methods, the structure of the interviews, and the interviewee will be described.

4.1 Interviews

The interviews were all conducted in Danish since the focus of this project is to elucidate the communication situation within the Danish public healthcare system. However, all of the examples that are used have been translated into English in order to avoid confusing the reader. Before I started the interview, I briefly talked about the project and how the interview questions were built, in order to prepare the interviewee and already make her begin to think about her experiences.

4.1.1 The Qualitative Interview

I have chosen to use qualitative interviews for my empirical data in order to elucidate the nurses' and midwives' experiences when using interpreters in their daily work life at the hospitals. The purpose of a qualitative research interview is to provide an understanding of the situation and work environment the interviewee lives in since the aim of this method is “*...to unfold the meaning of their experiences, to uncover their lived world prior to scientific explanations*” (Kvale & Brinkmann, 2015:3). The qualitative interview method was furthermore chosen since the structure of the interview is closely related to “*an everyday conversation, but as a professional interview...*” (Kvale & Brinkmann, 2015:27) and furthermore it focuses on “*...an empathic dialogue with the people that are being interviewed...*” (Kvale, 2002:78). This can be aligned with Staunæs and Søndergaard's perception of a dialogue as a research tool. Since the aim of this project is to elucidate the current situation of a problem, conducting qualitative interviews will assist in defining and exploring these

problems since such a method “*encourages the subjects to describe as precisely as possible what they experience and feel how they act*” (Kvale & Brinkmann, 2015:33).

This type of interview will furthermore strive to generate “*specific situations and actions...*” (Kale & Brinkmann, 2015:33). This is visible in the interview guide, where the questions are built around aiming to get the interviewee to describe and specify different communication situations with the non-Danish speaking patients. Additionally, this interview approach enables me to develop new and unexpected themes (*ibid.*), since the category of the interview guide, which will be elaborated on below, is not structured around specific themes that will be analyzed, but aims to create an atmosphere where the interviewees can create new and unexpected themes to be analyzed. However, it is important to mention that the structure of the interview is still focused on particular themes, but structured around open-ended questions so that it will enable me to focus the interview on the topic of research, but still create sub-themes visible in chapter 4.3.3. in this project. This will assist in answering my research questions and moreover bring new results to the research.

Moreover, I am aware that the answers of the interviewees might be ambiguous and/or that the interviewees might change their attitudes towards the theme of the research topic as the interview goes along. I will need to focus on the reasons behind this ambiguity and also focus on the changes the interviewee might go through during the interview. This is done in order to create the best possible understanding, and in order to analyze most efficiently and to provide the best results in the analysis.

By using this type of interview and having taken the above-mentioned different standpoints into consideration, I will be able to gain an in-depth understanding of the interviewees’ personal experiences and perspectives.

4.1.2 Semi-Structured Interviews

I have chosen to focus on what is referred to as a semi-structured life world interview, in order to “*obtaining descriptions of the life world of the interviewee in order to interpreter the meaning of the described phenomena*” (Kvale & Brinkmann, 2015:6). This structure of an interview is related to the knowledge claim associated with social constructivism, described in chapter two, since a semi-structured interview aims “...*at cognitive clarification of the subject's experience of learning...*” (Kvale & Brinkmann, 2015:29). Therefore, in order to generate the best understanding of the communication situation the semi-structured interview method was conducted.

This method mainly conducts face-to-face interviews and the structure of the interviews is open-ended and unstructured questions where the aim is to elicit the perception the participants have of the world or situation (Creswell, 2014). Moreover, this structure enabled the interviewee to elaborate on a question whenever she starts to talk about other relevant information. However, it is worth mentioning that in the seven interviews used in this project most of the interviewees tended to stick to the questions asked, which still provided the relevant information needed. Because of the objective of this thesis, it is essential to obtain insight into the current communication situation according to the people involved in it, hence the conduction of semi-structure interviews are essential.

4.1.3 Place

As I mentioned earlier, this project is limited to three public hospitals in Denmark: one located in the eastern part of Jutland, Aarhus Universitetshospital, one in the western part of Jutland, Holstebro Hospital and lastly one north of Copenhagen, Hillerød Hospital. Taking three different hospital departments, all different in expertise and different in demography allows me to generate a more thorough analysis on what the exact conflicts are and how to cope with these conflicts, both local and nationwide. These hospitals assist in elucidating both the local conflicts and the nationwide conflicts. At the same time, the chosen hospitals will assist in revealing the challenges that the different hospitals were faced with depending on which department was interviewed. The department chosen at Hillerød hospital is a bit different compared to the other two hospital departments, since this is the labor ward and therefore has more urgent patients. This is important to consider since the difference in the way the different departments work also have an impact on the experiences and expectations that the different hospitals had with interpreters and with communicating with the non-Danish speaking patients.

4.1.4 Participants

This project includes interviews from seven different female nurses and midwives between 24-60 years old across Denmark. The interviewees are from three different departments which were chosen due to Staunæs and Søndergaards argumentation on how to conduct the most useful interview: *"It is mostly expediently to reach out to people that are located differently within the field of research"* (Järvinen, 2005:55). This will give me the best understanding of the general situation and not just within one specific area of expertise.

The two interviewees from Aarhus were both young nurses who were educated within the past 2-3 years, which made them quite new in the field, however still old enough to have experienced different episodes where there was a need for an interpreter. At Holstebro hospital, I interviewed three nurses at the dialysis department. They had all worked within the healthcare section for quite some time hence they had experienced the development from the 90s where, because of by the Bosnian War in 1992 (history.state.gov) there was a huge need for interpreters with the knowledge of Bosnian, and till today where the background of the non-Danish speaking patients has changed due to the disturbances in Syria and other Arabic countries (Danmarksstatistik.dk). The fact that all three nurses had many years of experience is important to take into account when analyzing, as this can affect their experience with interpreters and communication with the non-Danish speaking patients, since they might compare to the current situation to how it was some years ago. The last two participants were midwives who worked at Hillerød Hospital at the labor ward. It is important to mention that one of the midwives just moved from Herlev Hospital to Hillerød Hospital meaning that she also talked about the situation at Herlev and at Hillerød hospital. However both hospitals were located within the same demographic area, meaning it did not affect the answers of the interviewee according to region, nevertheless the two nurses still had different experiences

4.1.5 Time

All of the interviews were conducted in the beginning of the process of writing the dissertation, which is in accordance with the qualitative research approach. The interviews lasted between 25-35 minutes each and were conducted in an undisturbed office at the three different hospitals. The first interviews were carried out at Aarhus Universitetshospital where I interviewed two female nurses that work at the orthopedic department. After finishing my interviews at Aarhus Universitetshospital I went to Holstebro hospital. The last hospital that has been included in the empirical findings was Hillerød Hospital in the northern part of Zealand where the last two interviews took place. The reason why the midwives at Hillerød were the last ones to be interviewed was simply due to planning, as it seemed logical to do all the hospitals in Jutland in the same week. Therefore, Hillerød Hospital ended up being the last one, since that worked best with the schedule I made when collecting the empirical data.

4.1.6 Interview guide

I have chosen to divide my interview into four categories (App. 1), which will be elaborated on below:

- 1) I started the interview with a generalization about how the public Danish healthcare system and the cooperation with the different interpreters and the interpretation agencies work. This allowed me to create a general understanding of how efficient the interviewee found the current communication situation, both in regards to how often the need of an interpreter presented itself and how the general cooperation with the interpreters and the others who were used to interpret and communicate with the patients seemed to be.
- 2) After the general overview, the interviewee got to share their own experiences they have had with interpreters and the whole process of using them. The focus in this section was both on the process the interviewee had to go through in order to call in an interpreter and moreover, the quality of the interpretation when the interpreter arrived and conducted the interpretation. This created a deeper insight into how the interviewee perceived the general process of getting an interpreter, both in terms of availability and time spent in the overall process. Furthermore, it allowed for a thorough description of a situation with an interpreter which help shed light on the communication situation with the non-Danish speaking patients when using an interpreter. Moreover, this category focused on the quality of the interpretation and whether it was adequate or not, which created an understanding of whether the quality of the interpretation should be improved.
- 3) The third section is of great importance in order for this project to reach a well-documented conclusion on how to optimize the communication situation, since this section focused mainly on alternatives to the various communication situations with the non-Danish speaking patients. Some alternatives that were discussed among the interviewees were the replacement of a physical interpreter, where the interviewee got the chance to elaborate on the use of video and/or telephony interpretation and moreover the use of relatives.
- 4) The last section focused mainly on the optimization of the communication situation. In this section the interviewees were asked how they thought the communication could

be optimized. The focus was first and foremost on the optimization of the interpreters and secondly on general thoughts they had about how to optimize the communication.

4.2. Problems in the data collecting process

In the process of gathering the empirical data, I only faced one problem. It was difficult to find employees at the hospitals who have had experiences with the use of interpreters or the need for interpreting. Therefore, it took a while to find the right interviewees. However, it is worth mentioning that this problem only made me focus more on getting the right interviewees needed for this project.

4.3 Data Analysis

This thesis focuses on how to optimize the communication with non-Danish speaking patients. In order accomplish this so it is essential to have a look at the communication barriers. So as to do so, it is essential to discuss the process of the analysis in which it will be revealed what the situation regarding communication within the public Danish healthcare system is. I have chosen to follow Creswell (2014) six research design steps, which will enable me to create a comprehensive analysis. The steps have been put into a Figure and each step will briefly be elaborated below.

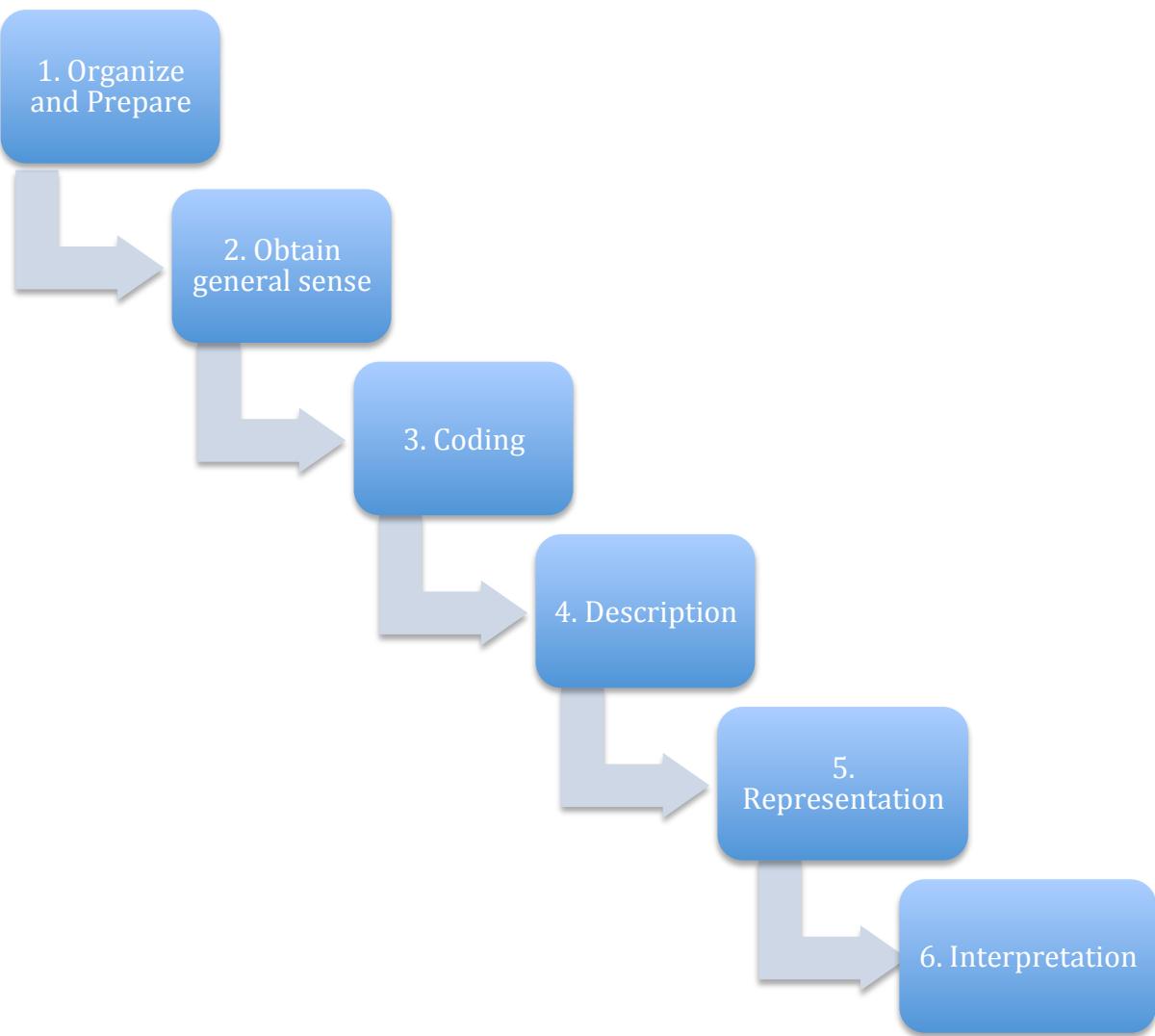


FIGURE 3: Creswell's six research design steps

4.3.1 Step 1: Organize and Prepare

The first step involves *Organizing and preparing* the data for analysis. The following tasks are involved in this step: *transcribing interviews, optically scanning material, typing field notes, and dividing the data into different thematical areas* (Creswell, 2014:191). This is visible in Appendices A-F where all the interviews have been transcribed.

4.3.2 Step 2: Obtain general sense

In this step the researcher reflects on the meaning of the information that the empirical data has provided. Furthermore, the researcher tries to make sense of the information and create a *general impression of the overall depth, credibility, and use of the information* (Creswell, 2014:191). This step was done both during step one and in the gap time between steps two and three where all the expressions that were visible in the interviews were interpreted.

4.3.3 Step 3: Coding

This involves dividing different paragraphs, sentences or observations into different categories (Creswell, 2014). This step will provide an overview of both the overall topic of the data and furthermore the small sub-topics that exist and might be as relevant as the overall ones. The categories are made based on the words or topics that are most visible in the empirical findings. This step is illustrated in all of the appendices where coding has taken place and the discoveries made in the interviews have been divided into different topics. During the coding process I decided to mark the transcripts with different colors: each color representing a topic that I found was general for the interviews. I ended up having 11 topics, which have been narrowed down to five, and are visible in step five of the data analysis process. The 11 topics that are illustrated in the coding are divided into different topics as follow:

1. Green: Language & communication
2. Red: Interpreters & the corporation with them
3. Light blue: Impressions and needs
4. Yellow: The quality of the interpretation and interpreters
5. Pink: Cultural aspects
6. Dark blue: Relatives as interpreters
7. Dark green: Daily needs
8. Purple: Time and resources
9. Dark military green: Video and/or telephone interpretation
10. Grey: Solutions
11. Dark grey: Personal experiences

4.3.4 Step 4: Description

This step comprises a *detailed rendering of information about people, places, or events in a setting* (Creswell, 2014:193). In this step the different categories or themes will be looked at more in-depth and interpreted even more than they were in step two. The themes discovered in this step will eventually become the headings which are visible in the analysis with the four over headings for each topic seen in 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 and 5.5 hence this step is closely related to the following one.

4.3.5 Step 5: Representation

Step five is about how the themes and categories that have been found in step three and four will be represented in the analysis. There are different ways to represent the findings and in this thesis a detailed analysis of the different themes and categories will be presented in chapter five. The representation is made based on five headings and then uses the research

questions as sub-headings in order to generate a clearer view on what is being investigated in the paragraph. The five headings are as follows:

1. Interpreters
2. Interpretation, experience and quality
3. Relatives
4. Video and Telephony
5. Optimization

4.3.6 Step 6: Interpretation

The final step is where the researcher is making *an interpretation or meaning of the data* (Creswell, 2014:194). Within this step the goal is to create an understanding of what have been learned from the analysis and to *capture the essence of this idea* (2014:194). It can be both personal interpretations based on the researcher's background, or suggestions of new questions to be asked. Furthermore, the analysis can create interpretations that illustrate the need for changes. Step 6 will be visible under chapter six, in which a discussion of the results discovered in the analysis will be conducted and concluded in order to create some well-documented recommendations for future initiatives.

5. Analysis and results of my investigation

Based on my empirical findings I discovered a range of interesting and what I argue as being, important topics to be analyzed. In the following, the topics that were found during step five in the data analysis will be analyzed and interpreted. Thereby, it will create a clear understanding of the communication situation with the non-Danish speaking patients, both with regard to the use of interpreters and the communication with the patients in general.

5.1 Interpreters

The topic about interpreters was of great interest during the coding process of the empirical data. It seemed as if the focus on interpreters, both in terms of availability, quality and need, was something that concerned all of the interviewees. This is why this topic was deemed more important than some of the others that were explored in step three in the empirical data analysis.

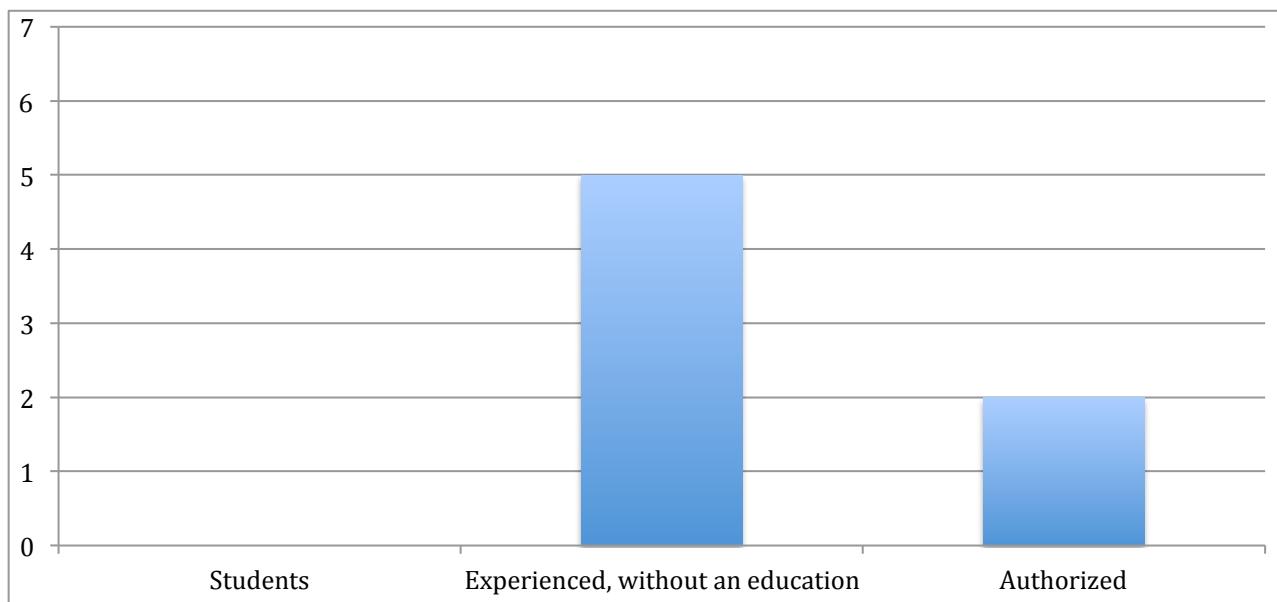
However, before going in depth with the different types of interpreters that are referred to in this project, the classification of an interpreter will be clarified. Interpretation is defined by

Hale (2007) as the translation of the spoken word. This means that an interpreter will not be used when the need to translate written materials arises, but that an interpreter will only assist in a context where there happens to be some sort of spoken dialogue between the participants. Furthermore, the focus in this study is on community interpreting, meaning interpreters used in setting such as those found in a medical context. Therefore, the expectations towards the interpreters will have to be analyzed according to the expectations that are found in such setting, which will be explored in the following section.

5.1.1 Who are used as interpreters and are they qualified? How is the availability of interpreters?

According to the seven interviewees (illustrated on the horizontal axis in Table 1) used in this paper, the ones from the western part of Denmark categorized the interpreters as "*experienced, but without any educational background*" and the ones from Hillerød stated that the interpreters were "*authorized*". This is visible on the vertical axis in the following table:

Table 1: Results of the interviews



This table illustrates two important facts, a positive and a negative one: The positive one is the fact that it is not inexperienced students who only interpret as a student job that are used as interpreters. This is worth focusing on, since this shows that the interpretation agencies have some understanding on the importance of using to some extend experienced interpreters. Furthermore, it is important to state what is meant by *experienced*, which will be elaborated on in the following paragraph. Although, before talking about the interpreters used

according to the table above, it is important to mention the negative fact based on this survey. The fact that five out of the seven interviewees answered that the interpreters are not authorized, meaning that they do not have an educational background within the field of interpretation, can demonstrate two things: either the interpretation agencies feel that experience within interpretation is enough to qualify as a qualified interpreter or the agencies simply do not know where to get authorized interpreters. In the following, the experienced and authorized interpreters will be analyzed in order to examine at whether there seems to be a difference in terms of quality and availability when using different types of interpreters as determined by the interviewees.

According to this survey, ‘authorized’ interpreters are classified as interpreters who have had some sort of educational background, either within the healthcare system or within the field of interpretation. The hospitals that use ‘authorized’ interpreters were found in Northern Zealand, where they used an interpretation agency called Medicinsk Tolkeservice (App. D & E). According to the interviewees at these hospitals: “*(...) it seems that they [the interpreters] are prepared for the medical technical terms*” (App. E) and the fact that the interpreters come from an agency called Medicinsk Tolkeservice shows that the hospitals can assume that the interpreters have an understanding and knowledge of the medical terminology. Therefore, it seems, as the interpreters are qualified interpreters when interpreting within the medical context. The following statement further supports this: “*(...) I feel that it indicates that they got some employees that in some way or another know about the medical terms*” (App. D). In regards to the availability of interpreters within this category, the interviewee stated that it differed a lot. According to one of the interviewees it is difficult to find interpreters who speak other languages than Arabic:

“*(...) The only problem is that sometimes you cannot get them [the correct interpreters]. It is not difficult to get Arabic speaking interpreters or Urdu there are a lot of them, but if you go a bit further out...*” (App. D).

Another interviewee from this hospital stated that the administrative work behind getting an interpreter could be a bit confusing but in general the availability was good and rated around 4-5 on the rating chart asked in the interview (App. E). This supports the fact that the availability and quality seemed to be somewhat positive, as 5 states that the interviewees have had a positive experience when using these interpreters. Additionally, the interviewee

in appendix E stated that if there were not any interpreter who had the language skill needed they had the option of using phone-interpretation, which again made the availability of interpreters somewhat more accessible.

When talking about '*experienced, without an education*' interpreters this paper refers to interpreters who have interpreted within the public healthcare system for quite a while, but who do not yet have any educational background within the field of interpretation or within the field of medicine, at least not that the hospitals know about: "*they are not medically educated or, I have not experienced that or had the impression that any of them were*" (App. B). According to the interviewees that use interpreters they categorized as '*experienced, without an education*', these interpreters came from three to four different interpretation agencies, one of them called Tolketjenesten (App. G). These interpretation agencies are assigned to the hospitals (App. B). According to this statement "*one might say, that the interpreters that come should be qualified so that they have a high level within the health professional field and are able to join the conversations we have*" (App. C). This means that the nurses to some extent expected the interpreters to be qualified within the medical field, despite their lack of educational background. It is important to notice the difference in having this type of interpreters compared to '*authorized*' interpreters. The lack of neither healthcare education nor interpretation education inevitably affects how qualified the interpreters are in regards to interpreting within a medical context; hence it becomes difficult to know what to expect from the interpreter. Moreover, this lack of knowledge and know-how have showed that it causes some difficulties during an interpretation: "*I needed her [the interpreter] to tell that the patient that they had inserted a drain in her/his knee after the operation and then she [the interpreter] asked what it was.*" (App. F). Most of the interviewees from these hospitals moreover stated that the experiences they have with the interpreters they use is between 3-4 on the scale provided for them during the interview (App. F and G). This scaling will be elaborated on in the chapter below regarding the quality of the interpretation.

In regards to the availability of interpreters within this region of Denmark, it seemed that the availability of interpreters is to some extent the same as in Zealand : "*Yes, yes, there are interpreters available*" (App. G). However, it is still important to consider the background of the interpreters that are used in this part of Denmark compared to the ones used in Zealand in order to generate a clear view on what kind of interpreters are available for the hospitals. The availability might have been different if both the regions had access to '*authorized*'

interpreters. It is thus difficult to compare the availability since it is not the same type of interpreters that are used within the different hospitals and regions.

5.1.2 Sub-conclusion

The above-mentioned examples illustrate a difference between the two parts of the country in regards to interpreters used. It is clear that in the more cosmopolitan area the access to more qualified, '*authorized*' interpreters is greater compared to the one found in the more rural countryside, not to mention the second largest city in Denmark, Aarhus, where the interpreters used were categorized as '*experienced, without an education*'. In conclusion this illustrates that the quality of the interpreters with an '*authorized*' background seemed to be better compared to the ones used in the Jutland. Nevertheless, the experience in general did not differ a lot, since most of the interviewees rated it to be around 3-4 on the rating scale. This gives us a clearer view of who is used as interpreters and their availability of interpreters within the different regions. It is furthermore apparent that the availability of qualified interpreters is greater at Hillerød compared to the other hospitals, however, as argued above it is difficult to compare due to the diversity of the interpreters used.

These different aspects of who are used as interpreters and the availability of them provide a more general overview of the overall experience and use of the interpreters. Below, the quality of the interpretation will be elucidated according to different areas as defined by my theoretical findings. This will help to clarify the more specific problems that arise during the interpretation and thereby answering the second question, which focuses on the quality of the interpretation..

5.2 Interpretation, experience, quality?

It is important to consider the quality of the interpretation in order to create an understanding of how the communication with the non-Danish speaking patients currently seems to be. Therefore, the following section will analyze the findings in the empirical data on how the interviewees perceived the quality of the interpretation.

5.2.1 Is the quality of the interpretation adequate?

It seemed a bit difficult for the hospitals using interpreters categorized as "*experienced, without an education*" to determine the quality of the interpretation. The quality is in general very difficult for the interviewees to determine due to the fact that it is difficult for them to know whether or not the patient has received the right information: "*It is very difficult to tell.*

How do I sense and know if the patient has really understood the seriousness of what has been communicated?" (App. A). As showed above, in Zealand where they used 'authorized' interpreters they rated the quality according to the interpreters ability to interpret correctly, meaning the ability to use the right medical terminology, and the amount of time it took to get an interpreter on a scale of 4 out of a scale of 5 (app. D & E). Meanwhile, in the Western part of Denmark, Jutland, where they used "experienced interpreters" they rated the quality between 3-4 on the same scale, which was mainly due to the lack of medical terminology knowledge, which the example used in chapter 5.1.1 clearly illustrates (App. F).

This illustrates the fact that using interpreters who are not educated, at least what the interviewees are aware of creates some uncertainty of whether or not the right message has been communicated. This automatically lowers the trust between the nurses and the interpreters and thereby automatically affects the quality of the communication with the non-Danish speaking patients. In order to generate a comprehensively insight of the quality of the interpretation, the different areas that according to the theoretical findings can influence the communication will be discussed below.

5.2.1.1 Language

According to my theoretical findings language can influence communication and thereby the quality of the interpretation (Figure 2), thus there is a need to focus on this aspect, since this aspect was also found to be visible in the empirical findings. The perception of the interpreters have been somewhat similar in the different regions as discussed above, however, there have been some episodes where it seemed, according to the interviewees that the interpreters did not manage to translate correctly. There were different reasons for this misinterpretation. As mentioned, one of the aspects that can affect the quality of the interpretation is language. Language has many different aspects hence in the following the concept will be divided according to the different language barriers that have been discovered in the empirical data.

One of the barriers within language is the different native languages that come into the hospitals. According to the nurses and midwives at the different hospitals the most common language they are being challenged with is Arabic and other languages from the Middle East "*mostly from the Middle East*" (App. G), "*it is also Arabic which is what we see the most*" (App. A), and "*it is mostly [...] Arabic language family...*" (App. E). This illustrates that it is of huge

importance to find interpreters that have the knowledge of Arabic. However, during my research I found that Arabic was not the most difficult language to find interpreters for “*it is not that difficult to find an Arabic interpreter*” (App. D). Although, it is still worth mentioning the demand for Arabic, since the demand for this language is huge, and will only increase due to the increased influx of refugees coming from Syria (Danmarksstatistik.dk), hence the need for interpreters with the knowledge of the different branches of Arabic will only increase. In order to generate an adequate interpretation, the need for Arabic interpreters should therefore not be neglected, even though it seems as if the availability is huge, because another huge challenge is associated with this language. As mentioned above, there are many Arabic-speaking interpreters, however it seems difficult to find the right interpreter. Arabic is not just Arabic: “*Is it Kurdish, we are talking about? Is it a dialect? Is it Moroccan-Arabic? [...] What is it they are speaking?*” (App. A). An example of a situation where there appeared to be a clash between the different Arabic branches can be found when looking at appendix B where one of the nurses recounts such a situation:

“I have heard about other situations where, one had commissioned an interpreter, but it was an Arabic language and there are a lot of dialects, therefore it matters what kind of interpreter one gets. It can be difficult to find out which exact interpreter we need with regard to language.. So, [it may turn out that] they cannot actually talk together after all.” (App. B).

In this situation, the misinterpretation did not happen due to lack of access to medical terminology but because of the language differences that existed between the interpreter and the patient. This is supported by the following question in the interview:

I = Interviewer, B = Interviewee

I: “*It is not because you did not feel that they did not have the right terminology?*”

B: “*No, then it has been because it had not been the right language after all.*” (App. B).

In this situation, it was an ‘*experienced*’ interpreter and thus the ability to interpret in the healthcare sector in regards to medical terminology seemed not to be an issue, but the different dialects and languages made it difficult to communicate efficiently with the patient.

The above-mentioned examples are only one kind of language barrier that was discovered in the empirical finding, which influenced the quality of the interpretation. In

order to generate a broad and useful insight into whether the quality of the interpretation is adequate at the hospitals more aspects will have to be considered in terms of language.

Even though it has just been argued in one of the examples above that it was not the lack of medical terminology that affected the quality of the interpretation, the lack of the medical terminology still has a significant impact on the quality. According Hale (2007) this aspect is of great importance, since this lack of knowledge of medical terminology affects the ability to communicate adequately within the medical context. The lack of the right terminology was also found in the empirical data, which made the interpretation and communication between the nurses and the non-Danish speaking patients a lot more difficult. The following example illustrates a situation where terminology played a role during the interpretation: *"when I'm talking about calcium-phosphate metabolism, hello, what are we talking about? How shall they explain that?"* (App. A). This shows that the nurse assumes that the interpreter does not have the proper knowledge of the medical terminology, which clearly causes some difficulties during the interpretation. It is clear that the interpreters they used at the hospital did not have a medical educational background, hence the knowledge of the medical terminology appeared to be vague, which caused some difficulties during the interpretation: *"...well, then it is interpreters that did not have any medical educational background [...]A huge problem when the interpreter is unskilled and not within the healthcare system"* (App. A). The knowledge of the medical terminology is important in the sense that when the nurses are using interpreters, the interpreters should know about the meaning behind the terminology in order to provide the most adequate interpretation to the patients.

Another example that illustrates the fact that some of the interpreters do not have the vocabulary to interpret at the hospitals can be found in Aarhus. One of the nurses who knew Arabic herself witnessed an episode where one thing was said by the doctor and completely different information was communicated to the patient by the interpreter:

"...I overheard an interpretation where the doctor said something and the interpreter translated the exact opposite, it was completely wrong interpreted and that was actually because the interpreter did not understand the technical terminology [used within the Danish healthcare system]" (App. G).

This again supports the argument concerning the lack of medical terminology by the interpreters and the fact that this should be considered in order to optimize the

communication with the non-Danish speaking patients at the hospitals, since this lack of medical terminology affects the quality of the interpretation due to uncertainty about whether the right information reaches the patient.

Furthermore, the interpreters' understanding of the medical terms not only affects the quality of the actual interpretation but also minimizes the time spent on the patients, since the nurses will not need to first explain and clarify the medical terms to the interpreters before the actual interpretation can take place. This is shown in the following statement, where it is clear that the nurse feels that she spends an unnecessary amount of time with the interpreter: *"Where I have used extra time to go into details and explain to the interpreter that I want to say this literally, in order to get the right message to the patient"* (App. G). This, in the end, affects the patient and valuable time that should have been spent on the patient and the treatment is lost.

Even though the lack of terminology was mostly visible in the Western part of Denmark, i.e. in Aarhus and Holstebro, where they used '*experienced, without an education*' interpreters, it is still something that should be considered nationwide. At Hillerød they used Medicinsk Tolkeservice where it seemed as if the interpreters had a better understanding of the terminology: *"Yes, I think they work very professionally, again I do not know what she says, one might say, but they [the interpreters] are extremely professional"* (App. D). Still since it is important to align the quality of the interpretation nationwide and also at Hillerød, it is worth mentioning that, it still seems as if there exists some doubt about the professional quality of some of the interpreters.

However, language is only one area that can affect the interpretation, and thus the communication with the non-Danish speaking patients. Therefore the cultural aspect will be discussed in the following, since it was clear from my empirical findings that culture played a significant role during an interpretation, and affects the quality of the interpretation.

5.2.1.2 Culture

Another area, that was found in the empirical findings, which affected the quality and the communication with the non-Danish speaking patients and thereby minimized the interpreters' ability to interpret adequately, can be found within the cultural barrier. This is aligned with what both Hale (2007), Hofstede (2010), and Wiseman (1995) state can cause communication barriers along with what was found in Figure 2. The cultural aspect is

therefore of great importance to analyze. These cultural differences will be elaborated below in order to create an understanding of what challenges the hospitals faced in terms of culture.

An example of a cultural barrier can be found in all parts of Denmark according to the three different hospitals included in the empirical findings. One barrier concerned the fact that the interpreters used by the hospitals were not necessarily from the same culture or country as the patient. This created some difficult barriers to overcome in terms of interpretation:

"The interpreters that are women are much easier to work together with. There are often problems with male interpreters [...] perhaps because they are from a different culture, and have another view of human nature" (App. A).

Even though this statement does not specify that it is culture that is causing difficulties, it is still clear from the fact that the interviewee discovered some difficulties when working with a male interpreter. This furthermore shows, that the fact that it is a female nurse and a male interpreter caused some difficulties as for the collaboration with the interpreters, which is something that also needs to be taken into consideration when calling in an interpreter. Moreover, the following example illustrates how the gender issue further causes communication barriers according to the patient's cultural background: *"...the male interpret shall no matter what not be visible. [...] So it concluded in us closing the curtains around the bed and then we simple had to communicate through the curtains* (App. A). This example goes on explaining that beside the cultural difference between men and women, there were also some cultural differences between the interpreter and the patient in regards to religion *"They did not like each other and I do not know if that had something to do with the fact that one was Sunni and the other another kind of Muslim"* (App. A). These examples demonstrate that both gender and religious aspects can come into play when communicating in cross-cultural settings. This is something that Hofstede deemed very important to consider when working in a cross-cultural setting (2010), which is why we also need to focus on what barriers these aspects might cause with regard to the interpretation.

More examples that illustrate how the gender issue plays a significant role, hence is important to consider in the analysis, can be found in the empirical findings from both Holstebro hospital and Hillerød Hospital. The interviewees experienced situations both where

an interpreter did not want to interpret and a situation where it was a too intimate situation to have mixed gender, which caused a very difficult communication situation:

"I have experienced that the interpreter did not want to translate, where the cause was something cultural too, where it was a male interpreter and a female patient. [...] And it is obviously some cultural things, it was about some things that one did not talk about in their culture" (App. B)

And the following example at Hillerød Hospital: "*There are a lot of women, especially from the Middle East, who are really happy to get a female interpreter, as it is a very intimate situation on the labor ward.*" (App. D). This again clearly demonstrates how prominent a part the gender issue plays in some cultures and the fact that this is something that the nurses will need to consider before ordering the interpreter. This is further aligned with Hofstede's cultural dimension of Masculinity vs. Feminity and Blasco's (2012) CQ where he argues the importance of having obtained insight into the cultural background in order to generate an idea on how to approach these different patients, since it is clear that culture can have a huge effect of the communication.

Another example, which illustrates the fact that there appears to be some cultural barriers that can affect the quality of the interpretation, can be found when looking at the power division between the hospital and the patients. A midwife from Hillerød reports how difficult it can be to let the patient know that they have the power to tell the hospital, what exactly they, the patients, want:

"...they arrive to a system which is really different [from what they are used to] and they do not know where to place themselves in regards of power. E.g. we are used to here that the patient has the power, but that is not necessarily the way it is where they are from" (App. E).

This, again, is something that the hospitals will need to take into account when communicating with patients that might have another cultural background, in order to improve the quality of the interpreters' ability to provide an accurate interpretation. This is further aligned with Hofstede's notion on power distance (2010) which is in fact something that should be considered, since according to the empirical findings, it is evident that a lot of the patients that enter the hospitals come from Arabic speaking countries, meaning coming from high power distance cultures.

5.2.2 Sub-conclusion

According to all of the above-mentioned examples it is clear that the quality of the interpretation is not adequate to what is expected by the interviewees due to several different reasons. Firstly, the language barriers play a huge role, both in regards to the lack of alignment in terms of using the right language between the patient and the interpreter and also due to the lack of medical terminology. Secondly, the quality of the interpretation can be affected negatively due to cultural barriers, which moreover affects the communication with the non-Danish speaking patients, meaning that a focus on the cultural dimensions is crucial in order for communication to succeed. All of the above-mentioned examples clearly illustrate how the quality of the interpretation need to be improved according to the different findings in the analysis in order to optimize the communication with the non-Danish speaking patients.

5.3 Relatives

The discussion on whether to use relatives as interpreters or not is inevitable; hence this project will also touch upon this topic. The use of relatives can have an enormous effect on the quality of the communication (Vikkelsø, 2014) and thus it is essential to consider relatives as interpreters in order to investigate how to optimize the communication with the non-Danish speaking patients. In the following the way the interviewees felt about using relatives and what the exact situation is about using relatives, as interpreters in the public Danish healthcare system will be interpreted according to the third sub-question.

5.3.1 Is it tenable to let relatives (of the non-Danish speaking patients), including children, interpret?

In order to elucidate whether or not it is tenable to let relatives, including children, interpret it is important to establish whether or not relatives are used as interpreters within the public Danish healthcare system. The interviewees were asked directly whether they have ever been in a situation where they were forced or felt the need to use relatives as interpreters. The first example that assists in answering this question can be found when looking at appendix F where the interviewee answered: "...I would almost say it is 50/50. Half of them are interpreters and half of them are relatives" (App. F). According to this nurse, the use of relatives is something that is often used and this statement is supported by one of the other interviewees: "... most often it [an interpreter] is not actually used, they [the hospitals] then just use an older child or neighbor or cousin or something..." (App. D) and further in appendix G

where the nurse was also asked the same question she answered: “*a lot of times, yes*”. These all support my assumption that the hospitals use relatives, including children, as interpreters which was the reason why this sub-question has been addressed. Having established this, I can now analyze whether or not it is tenable to use relatives, including children, as interpreters.

It is essential to look at the outcome of the interpretation made by relatives in order to generate a broader understanding of the quality of the interpretation and thereby provide a well-documented argument about the tenability of using relatives. This determination of the tenability to use relatives as interpreters is yet another factor that can influence the communication with the non-Danish speaking patients, hence it is important to address. In the following paragraph the question will be divided into different categories according to who is used as interpreters. This will help create an overview and provide a better argumentation about the tenability to use relatives. The first chapter, 5.3.1.1 will discuss the use of relatives, however not including children, whereas the second chapter, 5.3.1.2 will focus only on the use and consequences of using children as interpreters.

5.3.1.1 Relatives, excluding children

According to the empirical findings, it was clear that there were a lot of different reasons behind the need to use relatives as interpreters. One of them was due to cultural differences, where the following example clearly illustrates the huge challenge that arise when communicating with a patient from a culture where masculinity is the dominant power: “*the man, her husband, he has actually functioned as an interpreter for her and it is clear that there is a strong wish that she should not speak Danish, because she should not be part of our culture*” (App. A). One of the consequences of using this kind of interpretation is that the nurse does not know what information the husband passes on to his wife, which is a bit similar to the consequences of using interpreters from agencies without qualified interpreters. However, using relatives can become even more sensitive and more difficult for the nurses since the nurse in the above-mentioned situation will need to go against the cultural background of the patient in order to communicate efficiently with the patient. The optimal solution in such situation would be to remove the husband from the consultation and using another medium to conduct the interpretation. Thereby it allows the nurse to communicate more efficient with the patient and explore the need of the patient and not the need of, for instance, the husband. However, such solution is not without difficulties, which is illustrated below where another

challenge arose with the same patient. The female patient wished to speak with the doctors alone, without her husband, since she had some worries that she would like to talk with the hospital about in private (App. A). This situation went against her cultural masculinity dominant background, which caused some difficulties for the hospital to cope with and the consultation took much longer than it should have.

Another example that illustrates different conflicts that might arise when using relatives as interpreters can be found at the labor ward where one of the interviewee explains a situation where it was difficult to talk with the father of an unborn child about the woman's sexual organ: "*...when we have to tell him about the woman's sexual organs or something, that can become a bit awkward...*" (App. E). This is another barrier that has to be considered when using relatives as interpreters, especially during a very intimate moment as labor. It is clear that in this situation the wrong choice of medium has been applied, since the father clearly was not comfortable interpreting in this situation and therefore the communication failed (Figure 2). Another example where a stressed and intimate moment can cause difficulties when communicating with the patient using relatives can be found in the following example:

"I have experienced more than one time, when I have asked the man, since we always ask them to feel whether the baby is kicking, that I have to reformulate [the question] in I do not know how many strange ways in order to ask if they felt a kick from the baby..." (App. D)

This again exemplifies how it can be difficult for a relative to communicate during a stressed situation and is something that should be considered carefully, before using this kind of interpretation.

Furthermore, the lack of medical terminology can cause miscommunication when using relatives as interpreters, as discovered in the following example: "*Sometimes when it is the husband that interprets one can stand and explain why you do this and this and then he says three words [to his wife]. (...) Well ok, it is impossible that it covered what I just said*" (App. D). This illustrates that it is not clear whether the information reaches the patients, which can have serious repercussions, since the denotation of the medical terminology is somewhat essential in order forwarding the right message (Figure 2). Another example that illustrates what conflicts can occur when using relatives as a communication bridge to the patient can be found in the following:

"There was a woman who always wanted her husband and that caused a lot of complications because he kind of took over the conversation. It was sort of what he wanted and he decided what she needed to know" (App. B).

This is yet another example that shows that both cultural barriers and the use of relatives can create communication barriers. The interviewee was not sure about whether the patient received the right information, and it seemed difficult for the interviewee to object, due to the clear cultural difference between the two parties involved in the situation. This is important to consider as it often seemed as if the patient wanted their relative to function as an interpreter, which can be difficult for the nurses to cope with due to the fact they have an important message they need to pass on to the patient. Successful communication with the patient is crucial due to the serious repercussion it might have if the information is not received by the patient. The above-mentioned example is only one where the relative takes over and in the following it is again shown how relatives play a huge role in a communication situation.

"One might say, that it can be a dilemma, because since he [the husband] functions as an interpreter e.g. if she needs her blood pressure pills or she would like to have some French bread or whatever it might be, and we then suddenly say: 'Now you are not qualified as an interpreter anymore, because now we need to talk with your wife about something different', that can be a dilemma in itself" (App. C)

This is a clear example of how difficult it is to work with relatives and at the same time get the right message communicated to the patient, which is important to take into consideration when trying to optimize the communication with the non-Danish speaking patients.

However, it is worth mentioning that during the empirical findings there was one of the interviewees who described a situation where she found it tenable to use relatives as interpreters. When looking at appendix D, one will find that the interviewee talks about a situation where a friend of the woman in labor, who knows her very well, goes to the hospital with her and is able to explain to the hospital what exactly the woman in labor needs and wants. The interviewee supports the use of relatives in such situation by saying that: "...she knew her so she knew that this was the way it was the last time, with extreme after-pains. (...) This was an advantage." (App. D). This illustrates the fact that there may be situations where it can be tenable and not cause miscommunication when using relatives as interpreters.

Another example that supports this opinion can be found in appendix B where the interviewee stated that she thought it could be a good resource to use, since the patients can otherwise be quite nervous (app. B).

The above-mentioned examples all illustrate what challenges the nurses might face when using relatives as the communication link between themselves and the patient. It seems difficult to determine the tenability of using relatives as interpreters as it can have both positive and negative outcomes, but before concluding on the question that was raised in the beginning, the view on children as interpreters should be explored. In the following section the focus will be on clarifying the situations where children are used as interpreters and I will illustrate what challenges there might be when implementing them into a communication situation with their parents under the circumstances in a hospital.

5.3.1.2 Relatives, children as interpreters

According to the Danish Heath Act (SL) it is illegal to use children below the age of 18 as interpreters in Denmark. However, it is legal to use children between 15-18 years old in the case of an emergency. In the following, the use of children below 18 years old as interpreters will be investigated in order to create a broader understanding of how the situation with the use of children as interpreters seems to be. It is important to mention that the use of children above 18 years old has also been mentioned in the empirical findings. However, the following section will only focus on children below 18 years old, and this will help shed light on the consequences in regards of communicating with the non-Danish speaking patients when using the patient's children. Below, the analysis will be divided into two sections: one that is, pro or at least semi-pro, the use of children as interpreters and one opposing the use of children as interpreters.

5.3.1.2.1 Proponents

The use of children as interpreters did not appear in the empirical findings to only be a negative resource and the following nurse demonstrates how she is not too reluctant to use children as interpreters. Interviewee E explains how she thinks it depends on the situation whether or not it is tenable to use children as interpreters in order to get information through to the patient. She describes a situation at the labor ward where a woman in labor brings in her daughter, whom the interviewee assumes is around 15-17 years old (App. E). The interviewee determines that the daughter is comfortable with the situation and decides not to

call in an interpreter from the agency. In this situation, it appears to be fine using the patient's child as an interpreter. However, it is important to mention that the interviewee clearly states that she would never use a seven year old boy as an interpreter but she does not find it peculiar to use, as she states it; "*a half grown-up woman, a sister, a friend or daughter. If it is ok with her.*" (App E.). In this situation it is clear that the interviewee is on top of what is going on and she seems qualified to determine whether or not it is tenable to use a child as an interpreter in order to pass on the needed information to the patient. The nurse had a lot of years of experience within the healthcare system, which made her comfortable making this decision: "*I am a midwife and have been for seven years*" (App. E). It may have been different if the same situation has appeared with a younger less experienced nurse and/or midwife. This example illustrates how a situation can occur where it might be acceptable to use a child as an interpreter and at the same time being able to communicate efficiently with the patient.

5.3.1.2.2 Opponents

Even though one of the interviewees stated that it might be acceptable to use children as interpreters in some situations, it is clear, when going in depth with the empirical findings, that the general shared opinion between the interviewees, regardless of the hospital, is that it is not tenable to use children as interpreters. This is illustrated below where it becomes apparent how the use of children as interpreters can damage the communication with the non-Danish speaking patients.

One example can be found when examining appendix B where the interviewee was asked whether there were any situations where she would find it acceptable to use children as interpreters. The interviewee answered clearly: "*In general, I do not think that children should interpret*" (App. B). The reasons behind this statement are multiple. First of all the interviewee argued that one cannot place the responsibility that comes along with the role as an interpreter on the shoulders of a child. Secondly, the interviewee argued that the child will be too emotionally involved. However, she is aware of the fact that when one feels the need to use children it is due to lack of resources and no availability of an interpreter from an agency. This statement supports Vikkelsøe's argumentation where she clearly proves that the use of relatives is not suitable for many of the same reasons that the interviewee in this example describes.

Another example that illustrates the fact that using children as interpreters is not advisable can be found when examining appendix G. According to this interviewee, it is

typically children who are used as interpreters. This turns out to be difficult because during a consultation it is very private matters that are being discussed, which she explains in the following:

"...it is very, very private matters, about whether they have been on the toilet and such and then sit there and talk with your mom or dad about it, it is not optimal and I have experienced many times that they do not say it" (App. G)

She goes on to explain how it is obvious that the child is embarrassed by the situation and therefore she recommends not using children as interpreters. This illustrates how the use of children is related to Figure 2 about communication barriers where the wrong choice of medium causes communication barriers.

An additional example that supports the argument that it is not tenable to let children interpret can be found in appendix D where the interviewee had a situation with a woman in labor and her old teenage boy, whose age the interviewee was not exactly sure of. The difficulties in this situation arose when the mom pulled up her shirt to show her stomach and the boy pulled his shirt up over his head because he could see his mother's stomach. The result was that *"...he could not even look at it [the stomach] which was kind of a problem when one has to inform and talk about things and she has to give birth..."* (App. D). This situation caused miscommunication partly because of a wrong choice of medium but also because of cultural difference (Hofstede, 2010). It is clear that the boy was not used to see the skin of a woman even though he was in his late teenage years. Furthermore, this situation illustrates how misinterpretation occurs if the interpreter is not aware of the 'Code of Ethics' (Hale, 2007). Children are unlikely to be aware of this code compared to well-educated interpreters who would know how to conduct themselves in an interpretation setting. The child in this situation is obviously not comfortable with the situation due to the fact that the child is too personally involved, which results in miscommunication, since the child does not know how to conduct himself properly in the interpretation situation and therefore not able to interpret adequately.

All of the above-mentioned examples clearly demonstrate how it is not tenable to use children as interpreters. First of all it is unavoidable for them not to be emotionally and personally involved in the need of the patient and secondly, due to the fact that the children

do not know how to conduct themselves according to the 'Code of Ethics' in an interpretation situation causes the interpretation to fail.

5.3.2 Sub-conclusion

Both the arguments of the proponents and opponents have helped to explore how the communication situation appears to function when using children as interpreters. The results found in the empirical data show that there exist both positive and negative sides of the use of relatives as interpreters. This can make it difficult to conclude whether it is tenable to let relatives, including children, interpret, since one will always need to consider the situation and the circumstances in which the interpretation takes place. However, it is still worth noting that most of the arguments discovered in the empirical data were against this use to children used as interpreters. In regards to the implementation of using relatives, including children, it is clear that the opponents had a lot of valid arguments and the proponents were small in argumentations. Furthermore, it seems as if the arguments on using relatives, excluding children, were also strongly against it, and especially cultural barriers played a significant role in the argumentation. All of the above-mentioned arguments have allowed me to reach the conclusion that the use of relatives, both excluding and including children, should be somewhat avoided. In conclusion it is not tenable to use relatives as interpreters, as the use of this resource mainly had a negative effect on the interpretation. However, exceptions may occur and should be considered along the way – for example in case of emergencies.

Before reaching an overall conclusion and thereby answering the overall research question two more themes were discovered in the empirical findings. The first one will be elaborated on in the following chapter.

5.4 Video and telephony

The use of video and telephony as interpretation tools was something that was highly discussed in all of the interviews and therefore this aspect will be elaborated on in this project. This heading was made both based on the empirical findings and my assumptions that I had prior to the study. I assumed that the use of such tools would be insufficient. The term 'insufficient' is used in regards to the sufficiency of coping with the hidden needs of the patients, meaning the needs that are not covered through the actual treatment (Åhlström & Modig, 2013). This could for instance be some concerns regarding medical procedures the patients might have, but is not able to express due to the lack of connection with the

interpreter which I assumed will be broken down through the use of an electronic device. This has led to the following the research question:

5.4.1 Does the use of video and/or telephony as an interpretation tool solve the communication problem?

In order to clarify whether the implementation of video or telephony as an interpretation tool can solve the communication problems with the non-Danish speaking patients the interviewees were asked directly if they found the use of this tool to be suitable as a communication tool. According to the empirical findings, the opinions regarding this tool were diverse and therefore I found it essential to look at both the pros and the cons that were expressed and discovered in the empirical data. In the following the consequences of using these tools will be elaborated on which will assist in generating an understanding of how efficient these tools are.

5.4.1.1 Pros

According to interviewee F it seemed that the use of telephony appeared to be more useful than the use of video-interpretation. When she was asked how the use of these tools worked and she stated: *"If it is only audio and if the patient understands it and the audio is clear, then I think I will prefer audio interpretation over video"* (App. F). She furthermore described a situation where they did not have access to any interpreters who had the knowledge of the needed language and therefore they used telephony. The positive outcome of the interpretation was the fact that:

"...due to the fact that the interpreter was not physically in the room they [the patient and the nurse] then had to conduct themselves to each other, because they were the only people in the room..." (App. F).

Another positive aspect that came into play when using video/telephony as an interpretation tool was the reduction of time spent. The interviewee stated that it was time-consuming having an interpreter travel all the way to the hospitals to do the interpretation and therefore she assumed that using a phone would help to reduce this time:

"...The interpreters also have to travel to the places (...). If they were just sitting at a telephone or video they would always be available and be able to (...) be there and at other places" (App. F).

Interviewee D furthermore supports interviewee F's argumentation concerning the availability of interpreters with the knowledge of a specific language. Interviewee D states that she can see the benefits of using such tools since this can help finding and providing an interpreter that has the knowledge of a language that might not be available within the hospital's region (App. D):

"Well, actually I see the trick in it, since there mostly like exists an interpreter somewhere in the Danish country that would know about that particular different African language which this woman here for instance spoke" (App. D)

Another example found in the empirical data that further illustrates how the use of such tools can have some positive outcomes can be found in appendix A where the interviewee states the possibility that this interpretation tool should be implemented if the case is that it can optimize the availability to an interpreter: *"...if you can thereby have access to an interpreter more often, if one just need to call on FaceTime on their phone and then help me communicate my message, then just go for it"* (App. A). Furthermore, this statement shows that the interviewee believe that the use of this tool can in fact help optimize the communication with the non-Danish speaking patients and the treatment of the patient. Therefore she argues that it is something that should be implemented, because: *"the more we can use an interpreter, the better are the circumstances for the patient and so are they for us nurses, because then we can succeed in treating [the patient]..."* (App. A).

The use of telephony has furthermore indicated to be an advantage during the everyday work life according to. The interviewee in appendix F sees the use of telephony as a great tool to implement when she needs to get a quick answer from the patients during her everyday work life: *"(...) then I could just call any time, and if there was something in connection with the nursing or something, then I could just call and say: 'could you tell her she needs to take a shower'..."* (App. F). This shows how the use of telephony can optimize the communication during the daily work life with the non-Danish speaking patients. Interviewee B supports this when she further argues that the implementation of such tools can have a positive effect on the communication situation during everyday life at the hospital:

"But a lot of time it is small things. (...) that there is something about his lifestyle he will need to change. (...) You can pet his belly and say that the belly has to be gone, that he is too fat, but that is not enough" (App. B).

According to this statement, it seems as if the implementation of such tools will improve the communication with the patient and thereby create an environment where the nurse and the patient can feel safe due to the success of communication.

The last example which is deemed important to implement in this paragraph is one found in Zealand where the interviewee stated that the use of telephony is deemed better than video-interpretation since she felt that she managed quite well only using a phone "*...We could easily do this using the phone. And I don't think we needed a video, because we managed alright*" (App. E). Furthermore, she states that it is much faster to use this interpretation tool compared to getting a physical interpreter to come to the hospital: "*We can do it much faster by using a telephony interpreter, because they can call from for example Næstved*" (App. E). This again illustrates how this tool functions as a way to minimize the time associated with getting a physical interpreter and further demonstrates that the use of this tool can easily assist in communicating with the patient.

These are all examples of how video and telephony as interpretation tools can assist positively in a communication situation with the non-Danish speaking patients. In the following paragraph some of the opponents' arguments will be elucidated in order to generate an understanding of the negative outcomes when using such tools.

5.4.1.2 Cons

It seemed as if the general opinion towards the use of video and telephony as an interpretation tool was somewhat positive. However, it is also important to mention some of the negative effects that some of the interviewees mentioned in order to create a well-considered solution to the implementation of such tools.

One of the disadvantages of using these tools, which consequently can influence the communication with the non-Danish speaking patients, can be found in appendix D where the interviewee stated that she would prefer a physical interpreter in a situation such as labor where the mood is very personal and intimate. She thus argues that it will be better if there was an actual interpreter in the room rather than a computer screen:

"I think I would be strange to be on a labor ward to have a computer screen which was open and then you talked through that. Going through labor is extremely personal and in this case I would just think that it would be better having an actual person." (App. D)

Another example that illustrates how the interviewee argues that the use of video or telephony might affect the communication with the patients in a negative manner, can be found in the following, where the interviewee argues that communication is not only about the spoken words, but that 80 % revolves around body language. Furthermore, it is still worth mentioning that she then argues that if she had to choose between the tools she would prefer video interpretation: *"Then I would prefer video-interpretation. (...). Well, they say that 80% of our communication is non-verbal and this is something you don't get through a telephone"* (App. C). This example clearly illustrates how the hidden needs, which were discussed in the beginning of this section, are not sufficiently covered through the use of video/telephony interpretation, since a lot of the communication is lost through an electronic device. Moreover, it illustrates that you will need to consider what the outcome of such tools are, such as loss in the interpretation, in order to determine whether it can assist in optimizing the communication with the non-Danish speaking patients.

The points made above were the few disadvantages that were found in the empirical data collection, which illustrates that even though the general opinion seems to be somewhat positive towards these tools one will still need to take into consideration some of the negative consequences that these tools might cause.

5.4.2 Sub-conclusion

Based on the pros and cons that have been analyzed above I argue that the use of these tools will in fact help solve the communication problems, if they are implemented and used properly though. How to implement such tools properly will be elaborated on further in this project on pages 67 and 68. Before going into the discussion of the results of the analysis and thereby being able to provide some sufficient recommendations, it is essential to look at what initiatives the interviewed suggested could be implemented to improve the communication situation. This will be elaborated on in the following section.

5.5 Optimization

It seems as though the general recommendations on how to optimize the communication with the non-Danish speaking patients were somewhat similar at the different hospitals. In the following paragraph the different recommendations that were found in the empirical data will be analyzed in order to answer the last sub-question, which will enable me to answer the

overall research questions of this thesis and thereby provide sufficient and useful recommendations on how to optimize the communication.

5.5.1 What initiatives are needed in order to optimize the communication with the non-Danish speaking patients, according to the interviewed in appendix A-G?

According to most of the interviewees, it is clear that there is a need to optimize the general communication with the patients, which is something that has also been touched a bit upon in the chapters above. One challenge that was discovered in almost all of the empirical findings, and which further seemed to be the most significant one, revolves around the communication barriers that arose during the everyday work life or whenever the nurses just needed to give a quick information to the patient and therefore it would be too time consuming to call in a physical interpreter.

Some of the approaches that could be made in order to optimize the communication during the everyday work life at the public hospitals, according to the interviewees, could be the optimization of written materials. This approach is found in appendix D where the interviewee expresses a wonder about how it can be that all the written material they have in Danish have not been translated, especially as she does not find it that difficult to do so:

"I definitely think that the written information which is not that many, which we have in Danish, cannot be a challenge to translate into different languages. I simply do not understand – that it has not yet been done." (App. D.)

She goes on to talk about an episode where she believes written materials could have prevented the catastrophic outcome of the incident. It concerned an Asian patient who had to have a caesarean, however she had misunderstood the fact that she had to fast for four hours before the operation and she ended up losing her child (App. D).

"When she arrives and one asks her "is it correct that you have been fasting since midnight" in English, one spoke English to her, and she says "no, she had breakfast and she was not aware of this". (...) you have to come back in four hours, since you need to have fasted for four hours and we sent her home. When she comes back four hours later and they do the caesarean section and they take out a dead child, who has died within those four hours..."

This is just one example of the horrible repercussions that miscommunication can have within the healthcare system. The interviewee argued, based on this incident, that she considered the access to written materials as a great tool to avoid miscommunication. According to her, it

would be easier to hand out a flyer stating exactly what procedure the patients are going through, e.g. when having a caesarean (App. D). The interviewee furthermore suggested that a way to optimize the communication could be both to update the written materials and perhaps also the development of an app that could be downloaded and assist in explaining and illustrating in small videos different procedures and knowledge that is needed when going into labor or during other examinations: “*...create an App in different language, or a small video that explains “this is what is going on...”*” (App. D).

Another example that supports the statement about optimizing the access to written materials in different languages can be found when examining the interview made with appendix A where the interviewee clearly states that “*written material in different languages, that [is something] we need to have up and running*” (App. A). Furthermore, she suggests that they [the nurses] should use the patients who use another language than Danish as a tool to optimize the written materials. The ones that attend Danish language school should be assigned a task where they should translate some of the useful glossaries during their class “*...Or the patients that attend language school. Well, write down a sentence in Danish and then tell them: this you can translate the next time you attend the language school*” (App. A). This demonstrates a way to use the resources the nurses have at the hospitals which thus aids everybody, both the patients and the nurses contribute to the process of optimizing communication, which in the end benefits everybody involved in the interpretation at the hospital. It is important to notice that this nurse worked at the dialysis department where the patients are more permanently, as they attend dialysis four hours three times a week (sundhed.dk). This is an important factor to consider, because the patients cannot function as a tool to optimize communication at e.g. the labor ward, since it is a more acute process the patient is going through.

An example of where there already exist some written materials, but where other challenges arose, can be found according to the interviewee in appendix B. She stated that she found some information that was translated into 40 different languages; “*...we have different information and stuff that has been translated into 40 languages. Swahili and I do not know what*” (App. B). However, the challenge is to inform the nurses that they have the opportunity to find and use this resource. According to the interviewee, a way to accommodate this challenge could happen during their so-called theme weeks. The theme of the week could focus on how to communicate with the non-Danish speaking patients. In that way they could

be informed about the different resources that are already available at the hospitals. In this way the different departments at the hospital can use the resources available and will eventually minimize some of the time spent on trying to communicate inefficiently with the non-Danish speaking patients.

An initiative that the hospitals are not in charge of, but which is yet an aspect that should not be neglected, is the education of qualified interpreters. According to appendix D a way to educate qualified interpreters could be to add an extra course or extra education in connection with one's healthcare education "*...but then completely within the medical professional field and then it could be a kind of a small extra education, or a longer course [but still in connection with the medical professional education]*" (App. D). Appendix A supports the statement about combining the healthcare education and the interpretation education and she states that: "*You have to be a nurse first. Absolutely! And then you can build on, because you will need to have had some experience as a nurse, in order to function as an interpreter*" (App. A).

However, this statement is not completely supported by all of the interviewees. For instance the interviewee in appendix C clearly states that it can be difficult to create an interpretation education along with educating nurses "*Well, I think it will be really difficult...*" (...) *I actually think it is better to have it as a separate education where one qualifies people to become an interpreter*". (App. C). This is just some of the pros and cons for the implementation of an education for becoming an interpreter, which illustrates a new aspect to consider in order to optimize the communication within a community interpreting situation, such as the ones that appear in a medical context.

5.5.2 Sub-conclusion

According to the analysis above it is clear that the interviewees have already thought about different initiatives on how to optimize the communication with the non-Danish speaking patients. A combination of the different approaches suggested above might be the most efficient way to optimize the communication. The optimization of the written materials should be in focus, along with the focus on making the employees at the hospitals aware of the existing resources. Moreover, the options to educate the nurses further in how to interpret has also been argued to be a great way to accommodate the need to improve the communication, as such an education will create more qualified interpreters. This is aligned

with Hale's (2007) argumentation on the education of interpreters where it is clear that the communication will inevitably be improved because of the educational background of the interpreters.

6. Discussion

In the following, the results of the analysis will be discussed in order to generate an answer on the main research questions of this project:

- 1. What is the situation in the public Danish healthcare system as to interpreters?**
- 2. If necessary, how can you optimize the communication with non-Danish speaking patients in the public Danish healthcare system?**

This will enable me to create an understanding of what the situation in the public Danish healthcare system as to interpreters appears to be and what initiatives should be recommended to the hospitals in order to optimize the communication with the non-Danish speaking patients. Before going in depth with the discussion of the results from the analysis a discussion of the methodology and theoretical aspects will be touched upon, in order to create an understanding of how efficient and useful these approaches and implementations of them have been in my investigation.

6.1 Discussion of Methodology

The focus on qualitative research interviews enabled me to generate a clear view of the reality of the communication situation according to the experiences of the interviewees. The focus on using only interviews and the interviewee's opinions allowed for this project to go in depth with how the ones who are faced with the challenges on a daily basis actually perceive the situation. The observations that were found through the coding process have enabled me to gain insight into the actual situation, visible in chapter five, which has enabled this project to reach some useful recommendations.

However, it is worth mentioning that since this method mainly focuses on past experiences of the interviewees it creates some problems for generating the most accurate description of the communication situation since one will need to rely on "*the capacity of subjects to remember what they have experienced*" (Kvale & Brinkmann, 2015:52). This has been taken into consideration which is why this project has implemented seven interviews in order to obtain multiple viewpoints of the situation by involving multiple people. This is a

way to be able to accommodate the inaccurate descriptions that might appear when focusing on the mind and memory of the interviewee. By implementing more interviewees, it allows me to create a more general impression of the situation, since the interviewees can support each other's statements, which thereby can be used to clarify and state how the actual situation appears to be.

Additionally, the only aspect that proved difficult was the fact that the interviewees did not seem to add much on their own, except for the last two questions about their own thoughts on how to optimize. Even though the structure of the interview was semi-structured the interviewees tended to stick close to the question asked, whereas it might have provided even more aspects if the interviewees had added more than just what was asked in the questions. However, I will still argue that the semi-structure interview is the best-suited interview structure when trying to explore the reality of the communication situation. Moreover, the reason behind this lack of additional information might be due to Kvale and Brinkmann's above-mentioned concern and therefore one might find that some people remember more or different things than others, hence the focus should be to capture all memories in order elucidate the situation.

6.2 Discussion of Theory

The inductive approach with the social constructivist research method has enabled this project to clearly illustrate the current situation in the public Danish healthcare system, regardless of theory, as theory was found afterwards. However, it is important to notice that this research approach is based on, as Creswell describes on page 13, the: "*subjective meanings of their experiences – meanings directed toward certain objects or things*" (Creswell, 2003:8). This can influence the opinions and thoughts found in the empirical findings, as the mind of one person is completely different from another, hence the meanings directed toward certain objects might also be different. Each individual has their own perception of the world and this may affect the validity of the thoughts and expressions discovered in the analysis. Therefore, when exploring the empirical findings it is essential that one is critical towards what has been expressed since it might not be the only truth that reflects reality.

The hermeneutic approach provided the options to perceive new meaning of the social world, hence the ability to look at what initiatives should be implemented in order to optimize the communication situation with the non-Danish speaking patients. Therefore, the

hermeneutic approach has allowed for this project to reach some well-documented recommendations, due to the renewed understanding of the situation.

The theoretical aspect on community interpreting has provided an important insight into what community interpreting means and how to conduct such interpretation. This theory has proved to be relevant according to the empirical data, as the empirical data was conducted in what Hale argues is a community setting (Hale, 2007), hence this theoretical aspect could not have been left out. The theory is deemed very important in order to generate a clear understanding of what is needed in order to improve the current situation, both in regards to interpreters and also to the interpretation. Furthermore, the implementations of the cultural aspects and the communication barriers have assisted in demonstrating what should be considered when communicating in cross-cultural settings. Therefore, I deemed these theories of great importance in order to reach a well-documented conclusion on how to optimize the current communication situation.

It is important to note that I am aware that my role as a researcher influences the results of this study and that the results in this study are based on my assumptions, theoretical approaches and methodology. That being said, it is clear that another researcher might end up with another conclusion, even though the researcher has conducted the same type of empirical data collection. The difference in results depends on the researcher's assumptions, choice of theoretical aspects and methodology; hence this conclusion is only liable when conducted according to all of the aspects put together.

6.3 Discussion of sub-question 1: Who are used as interpreters and are they qualified? How is the availability of interpreters?

The first theme that was explained in the analysis was the one concerning interpreters and their availability, as well as the quality of their interpretations. It is clear according to the results discovered in the analysis that demography plays a huge role between the different hospitals in regards to both availability and the quality of the interpreters used. The need to have qualified, well-educated interpreters is aligned with Hale's (2007) argumentation on what is needed of an interpreter within a community interpretation setting such as the ones found in a medical context. Hale (2007) argues that a qualified interpreter should have obtained some sort of education within the interpretation field so that they get the knowledge needed, both in terms of medical terminology and the awareness of the 'code of ethics'. Thus the uncertainty that was shown to be visible, especially in the Western part of Denmark, will

diminish due to the fact that the nurses will have trust in the fact that the interpreters will know both how to interpret correctly within a medical context and moreover, how to conduct themselves properly according to the 'Code of Ethics'.

6.4 Discussion of sub-question 2: Is the quality of the interpretation adequate?

This section focuses on the interpretation itself and the quality of it. In this section two important challenges were discovered and will be discussed in the following paragraphs. The first challenge and a factor that can affect the quality of the interpretation focuses on the aspect of language, both in terms of aligning an interpreter with same language knowledge as the patient and to align the interpreters knowledge of the medical terminology with that of the nurses'.

According to the discoveries made in the analysis, it seems as if it is a huge issue to align the different languages so that it is the same kind of e.g. Arabic language that the interpreter and the patient speak. This difficulty is important to mention since it demonstrates the fact that my assumption about the lack of medical terminology as one of the main barriers of misinterpretation is not entirely supported. The awareness of the different branches of languages that exist within one country or region illustrates that one should not only focus on improving the lack of medical terminology. Sometimes it is a completely different issue, such as a difference in language, that affects the quality of the interpretation no matter whether it is an 'experienced' or 'authorized' interpreter that is used. This language barrier is furthermore found in Figure 2 about communication barriers where both the wrong choice of medium and the semantic barriers play a role achieving successful communication with the non-Danish speaking patients, thus the need to focus on this aspect of communication barriers in regards to language is of great importance in order to gain insight into how to optimize the communication with the non-Danish speaking patients.

Another important challenge that was discovered in the analysis in regards to language is the one concerning the lack of medical terminology. The interpreters' lack of medical terminology is mostly visible in the Western part of Denmark, as clearly illustrated in the analysis on page 40 where the interviewees at Hillerød only expressed some small doubts about the quality of the interpretation. However, the focus on improving the knowledge of medical terminology is of great importance in order to provide an adequate interpretation, which is necessary in order to interpret successfully.

These findings are all supported by the theoretical findings, which states that in order to communicate successfully one will need to break down the communication barriers, such as semantic barriers and wrong choice of medium as defined by Figure 2. Furthermore, it supports Sandra Hale's theory on the training of interpreters. She states that in order to optimize communication the interpreters we will need to obtain some training on how to interpret within a medical context, both regarding rendering the right meaning of the message and in order to be able to take into account the lexical, grammatical and syntactic aspects of the utterance (Hale, 2007). Therefore the focus on improving the interpreters' knowledge of the medical terminology should not only be concentrated on in the Western part of Denmark despite the fact that it seems more relevant there, but should be a national wide concern. When the focus is nationwide it avoids any uncertainty regarding the quality of the interpreters anywhere in the country and moreover aligns the interpreters' knowledge of how to interpret accurately within the public Danish healthcare system nationwide.

Another challenge that was discovered in the analysis, which affects the quality of the interpretation, is the one that was explored in chapter 5.2.1.2 concerning cultural barriers. It is clear that according to the results of the analysis, the issue concerning culture is of great importance in order to obtain knowledge of the communication situation and the quality of the interpretation at the public Danish hospitals. The examples found in the analysis (pp. 40 to 42) illustrate how cultural barriers are multifaceted. One of the cultural challenges was mentioned in the theoretical findings where Hofstede's Masculinity vs. Femininity dimension regarding gender issue is demonstrated. Religion also proved to play a significant role, which illustrates Wiseman's category about *within-group diversity* in which it is clear that even though the participants of the interpretation were all from the same country and the same group, there still existed diversity within that group which is also something that should be considered when communicating in a cross-cultural setting. The results discovered in the analysis demonstrate how important it is to consider Hale's theory of community interpreting, where she states that the third criteria for a successful interpretation is for the interpreter to consider possible cross-cultural differences (Hale, 2007).

The insight into a patient's cultural background is of great importance in order for an interpretation to succeed. This is aligned with Blasco's cultural intelligence (2012), which states that hospitals will need to have some knowledge about the cultural background of the patients in order to order the appropriate interpreter. Wiseman and Hofstede's cultural

theory further state that it is crucial to consider what kind of cultural background one is working with, hence the need to do some cultural background check is essential in order to accommodate the need of the patient.

6.5 Discussion of sub-question 3: Is it tenable to let relatives (of the non-Danish speaking patients), including children, interpret?

The topic about using relatives (of the non-Danish speaking patients), including children, is somewhat diverse, which can also be seen in the analysis where there were both proponents and opponents to the issue, especially when focusing on the use of children as interpreters.

The results when using relatives, excluding children, illustrated that the use of a relative can conflict with the conversation the hospital needs to have with the patient in order to accommodate the patient's safety, which should always be the hospitals top-most priority (SL). The communication can in fact be broken due to wrong choice of medium as stated in Figure 2, where the relatives who were present in the situation illustrated in the analysis only caused difficulties for the communication with the patients. Furthermore, the awareness of cultural difference is also something that should be in focus when using relatives, since this too plays a huge role in the interpretation. The examples presented in the analysis, especially the ones found on page 46, prove the fact that the hospitals will need to work on obtaining cultural intelligence (Blasco, 2012) in order to be able to communicate with the patient, since the need to understand the cultural difference is of great importance.

Additionally, when using relatives to communicate with the patient in a stressed situation Figure 2's barriers both about Physical Environmental Barriers where the time and place plays a significant role for the communication and also the wrong choice of medium are important to take into account. It is clear that the man illustrated in the analysis on page 45 is not in a situation where he has the ability to communicate efficiently which clearly shows how important it is to consider all possible communication barriers associated with the use of relatives. The interviewee from appendix D further explains how it is not only the situation that can cause miscommunication between the patient and the hospital but also the lack of medical terminology, which again supports the previously mentioned barrier of Figure 2; Wrong choice of medium.

The use of children as interpreters had both opponents and proponents, which is illustrated in the analysis. The examples illustrated in the analysis explains how in some situations it can be tenable to use children as interpreters, however it is also important to

note how the wrong choice of medium, in this example a child, can cause difficulties in the communication with the patient due to emotion and excessive responsibility that is placed in the hands of the wrong person. This seems to be the most important opinion expressed according to the empirical findings in the analysis, hence it is important to consider these aspects before using children as interpreters. The result of this part of the analysis clearly illustrates that there exist some huge challenges that have to be considered before using relatives as interpreters in order to provide successful interpretation.

6.6 Discussion of sub-question 4: Does the use of video and/or telephony as an interpretation tool solve the communication problem?

The implementation of video and telephony as an interpretation tool is something that is of great interest, which is why this topic has also been implemented in this project. The focus on these tools and the positive and negative effects they have on the communication situation with the non-Danish speaking patients have assisted in providing a better understanding of whether or not these tools can assist in solving the communication problems. The argumentation based on the results found in the analysis concluded that these tools could assist in solving the communication problems.

During the analysis, it became clear that the arguments the proponents made were strong enough to be used as real documented arguments on why these tools should be implemented. Looking at the results from the analysis, it is evident that the implementation of these tools will assist in removing the physical middle man, the interpreter, during the consultancy, and thereby force the patient and the nurse to conduct themselves to one another, since the interpreter will only be present through a telephone or computer screen. I argue, that this will minimize miscommunications, since the patient will need to focus on the nurse and *vice versa*, which will enhance the communication between the two parties, hence it will be easier for them to get a sense of whether the right message has been communicated between the two of them.

Another important aspect of the implementation of these tools is the fact they can optimize the communication with the non-Danish speaking patients during their everyday work life. The examples interpreted in the analysis on page 52 illustrate how important the small conversations during the daily work life are and how they can have crucial consequences if the information is not given to the patient. The interviewees argue that the implementation of these tools will enable them to communicate with the patients during their

everyday work life. It is stated in the analysis that it might only be small pieces of information they need to pass on to the patient and therefore it would be too costly to call in an interpreter, whereas the implementation of these tools will enable the nurse to communicate such small, yet important, pieces of information to the patient.

However, as the analysis also demonstrates, it is essential to look at what negative affects these tools can have on the communication situation. It is clear that there existed some concerns about how to use these tools appropriately, which should be taken into consideration before implementing such expensive tools.

6.7 Discussion of sub-question 5: What initiatives are needed in order to optimize the communication with the non-Danish speaking patients, according to the interviewed?

According to the results found in the analysis, it is evident that the written material at the hospitals should be optimized. There are a lot of different ways to do that, and the one which suggest using patients that are learning Danish and which was illustrated on page 56 is definitely a tool that should not be neglected, since it is very resource efficient. However, even though it is very resource consuming to optimize all written materials, I still argue that it is something that should be in focus, since it will only be a one-time cost, again, will minimize the use of resources, both in terms of money and time, spent on calling in a physical interpreter or phoning an interpreter. Therefore, this approach should be in focus, since the outcome is very beneficial. Furthermore, this goes along with the fact that it is important to inform the employees at the hospitals that these resources exist, and that an employee meeting or theme-week as seen in appendix B on page 56 in the analysis could be a solution to the challenge.

Another great initiative that was found in the analysis and which will be supported in this project is the improving of the education background of the interpreters. As argued in the sub-conclusion on page 57, this initiative is aligned with Hale's (2007) argumentation on providing proper training for the interpreter in order to be able to interpret adequately within the medical context.

7. Recommendations

Based on the results above I will now be able to generate some well-documented recommendations on how to optimize the communication situation with the non-Danish

speaking patients in the public Danish healthcare system. In the following section the recommendations will be divided into different areas according to where and how they can assist in optimizing the communication in order to generate a better and more useful overview of the recommendations suggested in this dissertation.

7.1 Optimizing interpreters

The first aspect that I deem important to focus on is the optimization of interpreters. The aim of the optimization should be to allow the interpreters to obtain the qualifications and abilities needed to interpret adequately. This, I argue can be done by implementing a breakthrough improvement (Nigel, 2015). Such change could be to add a course during the education of a nurse or midwife, where they specialize in interpreting within a medical context. I argue that a way to implement such education could be to give the possibility to extend one's healthcare education with six months and take an extra course in how to interpret within a medical context. Another way to implement this change could be to focus on the nurses who are already educated, but who should be given the opportunity to add a diploma to their education where they specialize in community interpretation. By educating interpreters within the medical field, it will allow for the interpreters to obtain the 'Code of Ethics', which provides an assurance that:

"...interpreters will abide by a strict code of ethics, which among other things, ensures accuracy, confidentiality and impartiality, which is important in being accorded such trust"
(Hale, 2007:26).

This will furthermore, eventually, accommodate the lack of authorized interpreters, which was found to be an issue in the analysis on page 33. Thereby it will create the access to well-educated interpreters more nationwide since everybody, regardless of demography should be able to receive such an interpretation education. In that way it will not limit the access to authorized interpreters to only one part of the country but will expand the access to become nationwide. It might be costly to add this breakthrough change. However, I argue that it will be more cost-efficient once the change has been implemented since this will be the best way to optimize the communication situation as the hospitals will not spend resources on calling in unqualified interpreters; hence the need for this change is vital.

7.2 Optimization of the quality of the interpretation

The quality of the interpretation can be optimized through the development of an interpretation education as mentioned above. This education could be both for people within the medical context, but also people in general who would like to be taught how to interpret adequately, especially in regard to community interpreting. This will eventually improve the quality of the interpretation since the interpreters will be taught the 'Code of Ethics', and how to interpret in cross-cultural settings (Hale, 2007), which will provide the interpreters with cultural intelligence (Blasco, 2010). This breakthrough improvement will thereby breakdown the cultural barrier that was proven to be one of the reasons for miscommunication (pp. 40-42). These skills are essential for interpretation to succeed, which is why I argue that the implementation of an education is of great importance, regardless of the cost. Moreover, I argue that creating an interpretation education will enable the interpreters to obtain the right terminology, which was shown page 39 as being one of the factors that caused miscommunication, and where the quality of the interpretation was thus not adequate.

7.3 Optimization of availability of interpreters

In order to optimize the availability of interpreters, I recommend that the hospitals implement video and/or telephone such as Skype and Facetime as interpretation tools. According to the analysis, it seems to be a great solution on how to optimize the access to interpreters. The way to do it would be to create access to either video or telephone which can allow access to Facetime, Skype or perhaps a private app which could be developed only for the purpose of interpreting in a medical context. This implementation requires a breakthrough change, which inevitably will be costly. However, as with the implementation of an education, I argue that it will only be a one-time cost and then it will be cost-efficient in the long run. Even though, these tools might not capture all the hidden needs of the patient, they are still great tools to use during daily work life at the hospitals. The inability to communicate with the patients on a daily basis was discovered in the analysis on page 52 as something which produced much frustration not only on the nurses' behalf but also on the patient's. The implementation of these tools would provide the ability to communicate on a daily basis and break down this frustration and thereby optimize the communication with the non-Danish speaking patients.

However, it is important that the hospitals have some guidelines both on how to use these tools and when, since according to the analysis there appeared to be some concerns

about how to use these tools properly. Therefore, even though this is a costly procedure, there should be some guidelines developed along with these tools which will prevent even greater miscommunication from happening. Although, I argue that the implementation of these tools will definitely assist in improving the communication problems, however, it is important to not only use these tools, since some situations require the presence of a physical interpreter in order for the communication to succeed, which is illustrated in the analysis on pages 53-54 where interviewee D expresses her concerns about these tools.

7.4 Optimization of the general communication with the non-Danish speaking patients

The last aspect that was discovered in the analysis concerned the general communication with the non-Danish speaking patients. The implementation of video and/or telephone interpretation tools is one way to optimize the communication. Moreover, the optimization of written materials was viewed as something extremely necessarily at all the hospitals, hence this should be the first aspect to improve. This improvement would only be an incremental improvement (Nigel, 2015) as some of the materials have already been translated into different languages. This means that the hospitals should focus on having the rest of the existing materials translated, which will assist in optimizing the general communication with the non-Danish speaking patients.

Furthermore, a breakthrough improvement (Nigel, 2015) should also be implemented in the sense that the hospitals should focus on developing apps, which was suggested by one of the interviewee in the analysis (p.56), that can explain and illustrate the different processes associated with different treatments. In this way the hospitals will be able to hand out written materials or make the patients download an app, which will reduce time spent on explaining small steps which could easily be explained through writing.

8. Conclusion

The purpose of this thesis was to first of all explore the situation in the public Danish healthcare system as to interpreters. Secondly the purpose was to detect, if necessary, how to optimize the communication with non-Danish speaking patients in the public Danish healthcare system. In the following, the two questions will be answered according to the results found in the analysis in chapter five.

8.1 What is the situation in the public Danish healthcare system as to interpreters?

The first part of the analysis focused on exploring the situation regarding interpreters in the public Danish healthcare system. It was discovered that there existed a huge difference in who were used as interpreters according to demography. As I wrote in the sub-conclusion on page 33, it is clear that in the areas closer to Copenhagen the access to more qualified, '*authorized*' interpreters was greater compared to the Western part of Denmark where the interpreters the hospitals had access to, were categorized as '*experienced, but without an education*'. Moreover, the availability differed depending on where in the country the hospitals had residence. This shows that it is not possible to create a general conclusion on the situation in the public Danish healthcare system as to interpreters. Although, it is possible to conclude based on the analysis that there is a pattern showing that the further you go from the capital, the less qualified are the interpreters.

These discoveries moreover support my first assumption that there is a huge need for better-educated interpreters in the Danish healthcare system, which is why I have recommended that there should be established an interpretation education in Denmark which focuses on community interpreting. Such education will provide the interpreter with the understanding of the denotation of the medical words and at the same time they will receive training in how different individuals will perceive those words according to their individual cultures, hence understand the different connotations. This will further break down some of the cultural barriers, since an education in community interpreting would enable the interpreter to obtain cultural intelligence and thereby be aware of different cultural dimensions.

These discoveries furthermore shows that the lack of qualified interpreters influences the quality of the interpretation, which supports my third assumption that the quality of the interpretation is not guaranteed and has to be improved. In the following the quality, along with the other assumptions and discoveries made in the analysis will be concluded in the section below when answering the second research question.

8.2 If necessary, how can you optimize the communication with non-Danish speaking patients in the public Danish healthcare system?

The second part of the analysis was concentrated around the second research question: *if necessary, how can you optimize the communication with non-Danish speaking patients in the*

public Danish healthcare system. It was clear that the findings in the empirical data showed that it was necessary to optimize the communication with the non-Danish speaking patients. The results of the analysis illustrate how the communication was affected by several aspects such as lack of qualified interpreters, as mentioned in the section above. Moreover, the quality of the interpretation is not adequate, where language in regards to the need to align languages and the knowledge of the medical terminology play a significant role in order for the communication to succeed. Also, the aspect of cultural difference created a huge barrier which prevented the communication from succeeding, and where it was clear that nobody involved in the communication situation had any cultural intelligence. Furthermore, the use of relatives as interpreters was something that was found in all the hospitals. I conclude that relatives should not be used as interpreters since it has been proven in the analysis on pages 40-47 that relatives do not have the right terminology are too emotionally involved, and because cultural barriers may affect the way and what the relative might interpret. These aspects all prove that there exists a necessity to optimize the communication situation. Moreover, it supports my assumptions that the quality of the interpretation is not guaranteed and has to be improved and that there is a need to cope with miscommunication with non-Danish speaking patients nationwide, since the results were found in all of the empirical data. According to the results of the analysis multiple ways on how to optimize the communication with the non-Danish speaking patients were discovered. In the following the different approaches will be concluded.

First, I conclude that the optimization of interpreters is inevitably in order to optimize the communication. In order to optimize the interpreters I argue that an interpretation education should be developed where you can take a diploma in interpretation on top of your nurse education. If you are currently studying to become a nurse you should be given the chance to supplement your studies by adding an extra course in community interpretation, which focuses on a medical context. Such an education will improve the quality of the communication as it may create interpreters that have obtained the right training, the knowledge of the 'Code of Ethics' and the knowledge of how to communicate adequately in a cross-cultural setting.

Secondly, I conclude that due to the lack of resources such as availability of interpreters and interpreters with the correct language needed, relatives should not be the tool that the hospitals use in order to communicate with the patients. The results in the analysis supported

my assumption about the use of relatives, which I assumed was not acceptable and therefore it should not be an option. Instead, the hospitals should focus on implementing video/telephone interpretation tools, which will create easier access to interpreters and better availability of the needed language, cultural background, or gender of the interpreter. Even though, I assumed that these tools would not capture the hidden needs of the patient and would be too costly, they will still suffice in breaking the communication barriers that arise during the everyday life with the patients. I conclude that the communication with the non-Danish speaking patients will be improved by implementing these tools. Therefore, even though it is costly, the implementation of such a breakthrough change is necessary since it will be a cost-efficient implementation in the long-run.

Lastly, I conclude that in order to improve the communication within the public Danish healthcare system more written materials should be available in different languages. It is a breakthrough improvement, which will be costly, as it takes both time and money to translate all the written materials. However, this optimization will only be a one-time cost and when completed it will be time-efficient, since the hospitals will not need to spend time calling or booking an interpreter. Moreover, I argue that in order to accommodate the modern world an app should be developed which grants the patient access to information according to their needs in different languages as this will optimize the communication with the non-Danish speaking patients. This improvement should be nationwide, as it was found that the opinion about lack of written materials existed in all of the empirical data. This observation supports my last assumption that the need to cope with miscommunication with non-Danish speaking patients is nationwide.

I argue that by implementing all of the above-mentioned improvements, the hospitals will accommodate the need for community interpreters. Moreover, I conclude that the implementation of the above-mentioned optimization approaches will permit the hospitals to function in the globalized country Denmark is becoming, without facing too many communication barriers. By optimizing the communication with the non-Danish speaking patients in the Danish healthcare system, the hospitals will furthermore improve the treatment of the patients, hence the safety of the patient will be accommodated.

9. Perspectives

In the following, I will reflect on how one could have accessed this project differently and how it may or may not affect the results of the analysis. I will look at how a different choice of empirical data collection, method and a different community setting might have affected the results. At the end I will reflect on how this survey may assist in a research on a larger scale.

9.1 Empirical Data Collection

The choice of empirical data allowed this project to only focus on the issue from one perspective. It could be interesting to implement the non-Danish speaking patients in the empirical data collection. This would shed light on how the foreign patients experience the situation and what needs to be improved in order to optimize the communication from their perspective. This would allow for the issues discovered in my analysis to be addressed from the other parties involved, and by focusing on the patients as well as the nurses/midwives it might have provided an even clearer picture of what is needed in order to optimize the communication. Moreover, it might have revealed new and unexplored issues that would need to be coped with, since the patients might have found other barriers that could cause the communication to be unsuccessful.

Furthermore, I also considered implementing the interpretation agencies in order to get insight into the procedures that were done in order to hire interpreters at their agencies. This might have demonstrated how they assume the best manner to optimize the interpreting services, as it will demonstrate how the agencies perceive qualified interpreters.

Lastly, the issues could be looked at from the perspective of other people involved, such as doctors and politicians. This could be done by focusing on the resources, mostly in terms of the financial support for interpretations. That would enable this project to provide even more well-documented recommendations, since the economical aspects would come into play, which is a very important aspect to consider in order to improve the situation, as many of the improvements recommended in this project are costly.

9.2 Method

Regarding the applied methods, another approach that could have been used in this project is the quantitative method. According to (Creswell, 2003) this would include a more:

"...numeric description of trends, attitudes, or opinions..." and/or "...test the impact of a treatment or an intervention on an outcome, controlling for all other factors that might influence that outcome" (ibid.:153)

By applying this method, the project could focus more on the countable outcome of a treatment than on the characteristics of the specific person that was being tested. It might have provided some more numbers that would be easier to understand for politicians when trying to argue for or against implementing the different improvements. Moreover, this method might have revealed how a lack of qualified interpreters may affect the treatment of the patients and how much it costs for the healthcare system every time a miscommunication arise. It would provide additional facts on whether the patient's treatment is affected by the lack of interpreters and/or due to miscommunication.

9.3 Community Interpreting

As mentioned in the beginning of this project and in chapter 2.4.1., community interpreting involves interpreting in a *"...setting where the most intimate and significant issues of everyday individuals are discussed"* (Hale, 2007:25). Therefore, I argue that this research could be applied to different community settings, such as the ones found in a legal context, e.g. a court room, a lawyer's office or a social worker's office, to name a few. I assume that the communication and interpretation challenges that were found in this study may be found elsewhere. For that reason, I think that by applying this research to another community setting, such as the ones found in a legal context, it will allow for the parties involved to reveal what needs to be improved in order to optimize the communication with the participants.

9.4 Contribution to practice

This study has revealed a lot of the challenges that the Danish public hospitals are facing, both with regard to language and cultural differences and also with regard to lack of resources and access to qualified interpreters. All of the results that were discovered in the analysis, and which has led to my four recommendations, can serve as a foundation on what should be improved in order for communication to succeed. However, this is only a pilot study; therefore it has only provided a small image of the current situations. Therefore, politicians and other interested in this area can use this project, which will be elaborated on in the following paragraph.

The employees can use the results of this study to gain insight into what they should consider when working in a cross-cultural setting. The employees may use the

recommendations suggested in this project, such as working with the patients to have information translated. This will hopefully enable the employees to communicate more successfully with the non-Danish speaking patients.

Moreover, this study can be used by interpreters who can gain insight into what they as an interpreter will have to consider in order to become more qualified, which will lead to more accurate interpretations. With this study I hope to reveal to both the interpreters and the interpretation agencies how important it is to have qualified interpreters. The results of the analysis can be used to clarify what catastrophes unqualified interpreters may cause. Furthermore, the recommendations presented in chapter 7.1 may assist in demonstrating what is needed for the interpreters to improve their interpretation skills and thereby enable them to interpret adequately.

Finally, this project can be used as a template on how to research a larger segment of the Danish healthcare system and thereby optimize the communication. This is something, which I argue the government should consider, since this project has focused on the public Danish healthcare system, and the government has the financial saying in what should be improved.

References

Articles

Blasco, Maribel, Egholm, Liv F., Jacobsen, Michael. 2012. "If only cultural chameleons could fly too: A critical discussion of the concept of cultural intelligence". In *International Journal of Cross Cultural Management*, 12:229

Danmarksstatistik.dk. Larsen, Dorthe. 2016. "Indvandrere Og Efterkommere."

Danmarksstatistik.dk. N.p., 2016. Web. 11 Apr. 2016.

(<http://www.danmarksstatistik.dk/da/Statistik/emner/indvandrere-og-efterkommere/indvandrere-og-efterkommere?tab=nog>)

Foght, Thomas. 2015. "Hospitaler Bruger Flere Penge På Tolke." *Www.b.dk*. Berlinske, 10 June 2015. Web. 1 Apr. 2016.

Lancaster, Gillian A. 2002. "Design and Analysis of Pilot Studies: Recommendations for Good Practice." <Http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j..2002.384.doc.x/epdf>. University of Liverpool, 16 Aug. 2002. Web. 01 May 2016.
(<Http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j..2002.384.doc.x/epdf>)

Kildebogaard, Jesper. 2009. "Video-telefoni Skal Fjerne Tolke-problemer På Danske Hospitaler | Version2." Version2. N.p., 23 Apr. 2009. Web. 21 Mar. 2016.
(<http://www.version2.dk/artikel/video-telefoni-skal-fjerne-tolke-problemer-paa-danske-hospitaler-10698>)

Retsinformation.dk. 2016. "Bekendtgørelse Om Tolkebistand Efter Sundhedsloven - Retsinformation.dk." Bekendtgørelse Om Tolkebistand Efter Sundhedsloven - Retsinformation.dk. N.p., n.d. Web. 11 Apr. 2016.
(<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=169798>)

Teijlingen, Edwin R., and Vanora Hundlet. 2001. "The Importance of Pilot Studies." Department of Sociology University of Surrey, 2001. Web. 05 May 2016.

Vikkelsø Slot, Line. 2014. "Lige Adgang Til Sundhed – En Analyse Af Praktiserende Lægers Møde Med Patienter Med Etnisk Minoritetsbaggrund." *Institut for Menneskerettigheder* (2014): n. pag. Web. 4 Feb. 2016.
(http://www.menneskeret.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/lige_adgang_til_sundhed_pdfa.pdf)

Books

Andersen, Ib. 2009. *Den skinbarlige virkelighed - om vidensproduktion inden for samfundsvidenskaberne*. Frederiksberg, Forlaget Samfunds litteratur.

Collin, Finn. 2003. *Konstruktivisme (Problemer, Positioner Og Paradigmer)*. 1st ed. N.p.: n.p., Samfunds litteratur Roskilde Universitetsforlag 2003. Print.

Creswell, John W. 2014. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2014. Print.

Hale, Sandra Beatriz. 2007. *Community Interpreting*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan, 2007. Print.

Hale, Sandra, and Jemina Napier. (2013). *Research Methods in Interpreting, A Practical Resource*. N.p.: Bloomsbury Academic, 2013. Print.

Järvinen, Margaretha. (2005). *Kvalitative Metoder I Et Interaktionistisk Perspektiv. Interview, Observation og Dokumenter*. 1st ed. N.p.: Hans Reitzels Forlag 2005.

Keyton, Joann. 2011. *Communication & Organizational Culture: A Key to Understanding Work Experiences*. Los Angeles: SAGE, 2011. Print.

Kvale, Steinar. 2002. *InterView: En Introduktion Til Det Kvalitative Forskningsinterview*. 8th ed. Kbh.: Hans Reitzels Forlag, 2002. Print.

Kvale, Steinar. 2007. *Doing Interviews*. 1st ed. N.p.: SAGE Publications Ltd. 2007.

Kvale, Steinar, and Svend Brinkmann. 2015. *Interviews, Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. 3rd ed. N.p.: SAGE Publications, 2015. Print.

Slack, Nigel, Brandon-Jones, Alistair, Johnston, Robert, Betts, Alan. 2014. *Operations and Process Management*. Pearson, 4th ed., 2014

Slack, Nigel, Lewis, Michael. 2015. *Operations strategy*. 4th ed., N.p.: Pearson, 2015

Wiseman, Richard L. 1995. *Intercultural communication theory : International and intercultural communication annual*. 19.. Thousand Oaks : Sage, 1995. Print.

Åhlström, Pär & Modig, Niklas. 2013. *This is Lean: Resolving the efficiency paradox*. Rheologica Publishing, 2013

Legislation

SL. Sundhedsloven, LBK nr 1202 af 14/11/2014
(<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=152710#Kap10>)

Websites

Communicationtheory.org. 2016. *Communication Theory, All About Theories for Communication*. N.p., 2010. Web. 10 May 2016.
(<http://communicationtheory.org/category/communication-barriers/>)

Danmarksstatistik.dk: <http://www.danmarksstatistik.dk/da/Statistik/emner/indvandrere-og-efterkommere/indvandrere-og-efterkommere?tab=nog>

History.state.gov: "The War in Bosnia, 1992–1995." *Milestones: 1993–2000*. N.p., n.d. Web. 25 July 2016.

<https://history.state.gov/milestones/1993-2000/bosnia>

Sundhed.dk: www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/nyrer-og-urinveje/tilstade-og-sygdomme/behandlinger/dialyse/

Retsinformation.dk: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=169798>

Appendices

Appendix 1: Interview Guide

Interviewspørgsmål

Generelt:

1. Føler du, at I/du ofte har behov for tolke i løbet af din arbejdsuge? Hvor ofte?
 - *Er der et mønster (et overtal af et bestemt område/land/sprog) eller varierer det meget?*
2. Hvor kommer de patienter, som har brug for tolke oftest fra?
 - *Et tolkebureau*
 - *Sygeplejersker på sygehuset?*
3. Hvor kommer de tolke I/du bruger fra?
 - *Et tolkebureau*
 - *Sygeplejersker på sygehuset?*

Hvilken baggrund har de tolke I/du bruger?

Unge studerende	<input type="checkbox"/>	Erfarne, dog uden uddannelse	<input type="checkbox"/>	Autoriseret tolke	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

4. Hvordan er samarbejdet med de tolke I/du bruger?

SKALA: 1 meget dårligt – 5 meget godt

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

- *Hvorfor har du valgt at placere dig således på skalaen?*
- *Hvor lang er ventetiden på at få fat i en tolk?*
- *Er det den samme tolk der bliver brugt?*

- *Hvad gør I, når der nogle gange opstår kommunikationsbrist mellem jer og tolkene? – Bliver I nødt til at aflyse samtalen mellem patienten og jer evt.?*

Dine oplevelser:

- Vil du prøve at gengive en så detaljeret beskrivelse som muligt af en situation, hvor du blev nød til at have en tolk med indover kommunikation med din patient?
 - *Hvilken proces skal du igennem fra du indkalder tolken til tolken forlader lokalet igen?*
- Hvordan oplever du kvaliteten af den tolkning der finder sted?
 - *Oplever du sommetider, at den rette information ikke bliver videretolket?*
 - *Andre brist du oplever i en situation, hvor der er en tolk indover kommunikationen mellem dig og patienten?*

Alternativer:

- Gør I/du brug af videotolkning og hvis ja, hvordan fungerer denne metode?
 - *Hvem betaler for brugen af videotolkning, udstyr osv.?*
 - *Tror du at videotolkning kunne være en løsning på den mangel på tolke som finder sted i Danmark på nuværende tidspunkt?*
- Giv nogle eksempler på hvilke konsekvenser det kan medføre, hvis den rette information ikke bliver videretolket mellem jer/dig og patienten?
- Har du nogensinde gjort brug af/været nødsaget til at gøre brug af pårørende som tolke? (Hvis ja, vil du gengive en så detaljeret beskrivelse som muligt af situationen?)
 - *Er der også blevet brugt børn som tolke i en situation du har overværet/oplevet?*
 - *Hvor gamle var barnet/børnene?*

- *Vidste du at der er en lov som forbyder brugen af børn under 18 som tolke, dog kan 15-18 årige stadig godt juridisk set få lov til at tolke på vegne af deres pårørende → Hvor tænker du om en sådan lov? (Burde den ændres? Strammes eller ej?)*

Optimering:

10. Ville du være interesseret i at videreuddanne dig som tolk inden for sundhedsvæsen, hvis en sådan mulighed opstod?

- *Hvis der f.eks. blev oprettet en tolkeuddannelse med fokus på sundhedsvæsnet*

11. Hvordan tror du, at man kan forbedre kvaliteten af tolke i det danske sundhedsvæsen?

Appendix A

I = Interviewer

A = Interviewee

I: Først kunne jeg godt tænke mig at høre hvor lang tid du har arbejdet her?

A: Her på sygehuset har jeg arbejdet, på den her afdeling i 7 år.

I: ok

A: Men jeg er uddannet sygeplejerske over 25 år

I: Så du har alligevel en del erfaring andre steder fra.

A: Ja, det har jeg

I: mine spørgsmål er bygge top således at der kommer til generelle spørgsmål og så lidt mere om dine oplevelser og så går vi lidt over i forskellige konsekvenser. Du er mere end velkommen til bare at bryde ind hvis der kommer et eller andet.

A: Det er så fint

I: Først kunne jeg godt tænkte mig at høre hvor ofte du oplever at der er bruge for tolke når du er på arbejde, måske i løbet af en arbejdsuge eller måned.

A: På ugeplan er det måske lidt svært at sige, men vi har jo nogle faste patienter som kommer, hvor dansk ikke er der første sprog, men hvor de kommer fra Libanon eller Syrien eller Sudan eller Tyrkiet eller hvor de kommer fra. Nogle er fast tilknyttet her og hvor vi jo prøver på at kommunikere, men hvor mange gange hvis der var en tolk i afdelingen, vi havde en tolk ansat eller det var let at trække på og man ikke skulle se på økonomi, jamen så er der jo masser af situationer i løbet af en uge hvor man rigtig, rigtig gerne vil have en tolk med ind over, for at være sikker på at patienten forstår det der bliver sagt.

I: Ja, men det er bare ikke særlig tit det sker? (Spurgt i et spørgende toneleje)

A: Det sker ikke. Nej. Fordi det er der hverken tid eller økonomi til. Samtidig, så er det jo også det her med hvor ofte bruger man tolken? Hvor frugtbart er det? Hvor effektivt er det? Og hvor mange ting, mange komplikationer, frustrationer er der i at bruge en tolk?

Så det er ikke altid bare let.

I: De patienter som har brug for tolke, du nævnte nogle lande, ser du der er et mønster eller tendens til at det er meget de samme sprog der kommer ind eller de samme lande, hvor det egentlig lidt er den samme tolk I ville have brug for?

A: Vi har jo kronisk patienter. Det er Indien og Sri Lanka, tamiler har vi, som har boet i Danmark i mange år men som stadigvæk ikke har sproget. De forstår godt lidt og hvor vi har

en kommunikation, men skal du ind og forklare mere så kan de ikke følge med, så kan de ikke. Vi kan klare os sådan med, til husbehov, men ligeså snart der kommer et eller andet mere advanced så er de, så hopper kæden af. Det kan de ikke.

Det er også arabiske sprog og det er nok det vi ser mest.

I: Når I så, de sjældne gange egentlig for brug for en tolk og der kommer en tolk ind, hvordan får I så fat i de tolke? Er det tolke der kommer fra et bureau eller bruger I nogle her fra afdelingen?

A: Vi kan gøre to ting:

1. På vores e-doc, vores e-dokument, der står der tolkebureauer, hvem vi SKAL bruge. Der er tre forskellige og det er stillet helt enkelt op hvordan du kan kontakte den første, så den anden og så den tredje og det er der du vælger din tolk, det er der du får en tolkeaftalte i stand.
2. Du kan også vide, jamen, det her er en patient fra Syrien eller fra Somalia, en der taler somalisk. Jamen, jeg ved lige at der er en sygeplejerske oppe på M3, hun kommer derfra måske er hun lige på vagt, måske kunne jeg lige ringe til hende og spørge om hun kan komme ned. Det har vi gjort nogle meget få gange. Trukket på kollegaer. Jeg kan også huske i forbindelse med at jeg var ansat på intensiv, der havde vi en arabisk læge og det var jo oplagt at trække ham ind og være med til at oversætte.

I: Men det er mere tilfældigt om de er på job

A: Ja, det er tilfældigt om de er på job og om de er der og om de har tid til at komme ned og sådan noget, men det er jo nr. 1. Jeg har selv boet i den arabiske verden og taler derfor en del arabiskdialekt, marokkansk-arabisk, og det gør jo at jeg kan forstå mange ting og de kan også forstå noget og vi har, vi kan have en kommunikation på et eller andet plan og det er rigtig dejligt at have den der måde og bare det at man kan hilse på patienterne på deres modersmål når de kommer ind. Mens jeg var på intensiv havde vi en der kom ind, det var så dramatisk, og bare det at man kunne hilse på dem og høre deres historier og de fortalte hvad det var der var sket og man kunne fortælle lægen hvor det var de kom fra og hvorfor han var så deprimeret, det er jo en kæmpe, kæmpe hjælp. Det at man er med patienterne og man kan forstå deres sprog. Så en sygeplejerske som kan sproget, jamen det er jo en nøgle en til patienten og det at forløbet lykkes. Det er så vigtigt!

I: Det kan jeg fuldt ud forestille mig, at det skaber nogle mere trygge rammer osv.

A: Ja, fordi du spørger også om hvilken baggrund de tolke vi bruger har. Jamen, det kan jo være sygeplejersker eller læger der er på arbejdet at de kan byde ind og være der og forstå, men ellers så er det jo tolke som ikke har nogen som helst sundhedsfaglig uddannelse. Det er jo, nogle af dem kan nærmest ikke for godt dansk, så, hvordan forstår de det jeg siger. Når jeg snakker om calcium-fosfatstofskifte, hallo – hvad er det vi snakker om? Hvordan skal de forklare det.

Jeg snakker jo ikke om hvordan vi går ned til købmanden og køber to liter mælk for det kan enhver forklare og det er jo dér problemet er. Et stort problem når det er ufaglærte og ikke er indenfor sundhedsvæsnet

I: Det er tydeligt at se at det de faglige termer som virkelig er svært. Det kan man jo også se som almen dansker, der vil jeg jo heller ikke selv kunne gå ud og sige noget, selvom du vil forklare mig det.

Når I så bruger de her tolke fra bureauerne, hvis I ikke kan få fat i sygeplejerske eller læger som arbejder her internt. Hvordan vurderer du så samarbejdet med de her tolkebureauer? Jeg har prøvet at lave en skala hvor 1 er meget dårligt og 5 er meget godt og jeg tænker, f.eks. er der lang ventetid på en tolk, føler du at det er kvalificeret tolke som så kommer ud og hvordan oplever du det?

A: Langt hen ad vejen, og det lyder måske mærkeligt, men de tolke som er kvinder de er lettere at arbejde sammen med. Der er ofte et problem med de mandlige, at man som, og måske fordi de kommer fra en anden kultur, har et andet menneskesyn, jeg ved det ikke. Men kvinder, sygeplejersker er jo kvinder og der er, det er bare en lettere forståelse og et lettere samarbejde. Der kan være store dilemmaer i at det er en mandlig tolk. Det kan jeg opleve som et dilemma, selvom jeg har boet i den arabiske verden og boet i Indien også og kender meget til anderledes kulturer og ikke fordi jeg ikke vil respektere dem, men jeg oplever at de har nogen gange sært ved at tage imod det jeg som sygeplejerske gerne vil formidle til patienten.

L: Føler du at de simpelthen ikke har lyst til eller skaber en bevidst barrier for ikke at ville formidle det videre?

A: De synes det er svært at sætte ord på ting som en kvinde siger til en patient. Selvom jeg står som fagperson og er sygeplejerske så kan de synes det er svært at kommunikere det som en kvinde siger.

L: Det lyder spændende. Det er jo en helt kulturel baggrund der spiller ind der.

A: Jo, det er det. Selvom det er til en mandlig patient, så kan det være svært. I de her kulturer er det meget også det, at så prøver man ligesom at dreje den lidt med at man skaber en familie. Lidt ligesom, du er min bror jeg er din søster og sådan noget og samtidig vil man gerne have en relation som familie og samtidig bliver man også bare nødt til at have en hvis afstand fordi du er professionel så det kan du ikke. Det kan være kompliceret, det vil jeg sige.

I: Hvad vil I gøre når I står i en sådan situation hvor der er en mandlig som ikke...

A: Jeg ville vælge at når jeg spørger, fordi det er også derfor jeg synes der er en stor udfordring, det er at jeg skal være klædt på når jeg ringer til tolkerservice og finde ud af, hvad er det for en tolk jeg har behov for? Hvorfor er det vigtigt at det er en kvinde? Hvorfor er det vigtigt, og virkelig være afklaret i det. Der er jo mange, de aner ikke når vi siger vi skal have en arabisk tolk. Hvad er en arabisk tolk? Arabisk er 10.000 ting. Er det kurdisk er det det vi snakker om, er det en dialekt, er det marokkansk-arabisk, er det fusa, hvad er det de snakker? Det er vidt. Arabisk er ikke bare arabisk.

I: Så et sprog går faktisk ind og skaber en barrier.

A: Ja du skal meget mere finde ud af, så jeg skal være klar til at vide hvor kommer patienten fra hvad er det egentlig for en dialekt der bliver talt? For ellers så kan du få en stor, stor udfordring.

I: Kunne du prøve at gengive en eller anden form for detaljeret beskrivelsen af en situation, hele processen hvor du har indkaldt en tolk og hvordan hele den her proces er forløbet til tolken tager hjem? Og hvordan du har oplevet udfaldet af situationen?

A: Jamen det kan jeg let. En arabisk dame, som er jo helt klart muslim. Hvad type muslim hun er, det ved jeg ikke. Det er ikke mig der har planlagt tolkesamtalen, men jeg er fra arbejdet og det er mig der passer patienten så det er mig som skal gå ind i det. Det er så en mandlig patient som møder op og der er lægesamtale ved en mandlig læge. Manden, han har faktisk, hendes ægtefælle, han har faktisk fungeret som tolk for hende og det er helt klart med et ønske om at hun skal ikke tale dansk, fordi hun skal ikke blive en del af vores kultur. At han sætter sådan en meget, hun bor derhjemme, de har et lille barn hun er nyresyg, hendes verden, det er, han har hende meget afgrænset og han er meget styret omkring hende og det er jo sådan de gør det. Han har være tolk. Men hun giver udtryk for, men det lidt arabiske jeg forstår, giver hun udtryk til mig for, at hun har behov for at snakke med lægen udenom hendes mand. Hvor vi er midt i samtalen her, så lukker hun op for det her med at hun skal snakke med lægen uden manden er der. Så får vi manden hjulpet væk og det hele det er, tolken er der jo. Det er lidt sparet. Det er et meget privat emne, hun vil gerne tale om prævention og det skal manden ikke vide om i den her situation. Den mandlige tolk skal for alt i verden ikke være på den måde synlig. Det startede med at hun ville fortælle noget om nogle blødninger og hendes menstruation og nogle bekymringer hun har og sådan noget. Så det ender med, at vi må trække forhænget rundt om sengen og så må vi simpelthen kommunikere igennem forhænget. Så både lægen og tolken sidder udenfor forhænget og jeg står inde sammen med den kvindelige patient. Det lykkedes. Og manden, det er ok at han går. Vi får det etableret og vi får det til at lykkes, men den her mandlige tolk der så er der, man mærker mellem ægtefællen og den mandlige tolk, der er en helt klar mur. De bryder sig ikke om hinanden og jeg ved ikke om det har noget med at den ene er Sunni og hvilken slags muslim, der er overhovedet ingen kemi og ingen dynamik og det er rigtig, rigtig svært. Det er især svært for ægtefællen at acceptere at der er en anden arabisk mand der skal tale for hans kone, men det er det der foregår. Det lykkedes at få tingene igennem og hun, patienten, hun får formidlet det til lægen hun gerne vil. Men det er svært og det er akavet

I: Og det er en lang proces.

A: Ja. Og følg op på sådan en samtale, uden tolk, bagefter det er rigtigt svært. Det er rigtig, rigtig svært.

I: Du var den eneste sygeplejerske som var der?

A: Ja, medhører og kunne gå ind i det. Lægen er jo med i det og vi har jo hørt det sammen og så får vi jo lavet en aftale og får ting til at ske, men stakkels kvindelig patient. Hold da op hun er taber i det her. For hvem skal hun snakke med for hun kan ikke snakke med sygeplejerskerne uden en tolk og egentlig få lukket op og snak om det hun gerne vil snakke om. Det er rigtig, rigtig svært.

I: Det lyder som en voldsom oplevelse, specielt for hende. Når du så står i de her tolkesituationer, nu har du gengivet den historie hvor det faktisk var super svært at få budskabet igennem på grund af kulturelle barrier, hvordan ser du generelt kvaliteten af tolkningen der finder sted? Føler du, at når I har tolk, specielt når I bruger tolkebureauer, føler du at det rigtige budskab bliver givet videre eller synes du ofte der er mangel på kompetencer ift. det faglige?

A: Det er rigtig svært at fornemme. Hvordan fornemmer jeg og ved jeg om patienten virkelig har forstået alvorligheden af det der er kommunikerede. Om han virkelig har grebet det. Vi har en patient fra Sudan som er her og er blevet indstillet til nyretransplantation. Der er så mange vigtige ting der skal falde på plads. Han går på sprogkursus, han kan lidt sprog, men virkelig at vide at han forstår at når den her telefon ringer så skal han svare.

I: Har I oplevet at han ikke har svaret?

A: Nej, for han er ikke blevet kaldt ind, men det er jo en helt speciel proces der går i gang hvis de bliver kaldt ind til transplantation og skal møde ind her og skal med en taxa til Aarhus. Det er rigtig rigtig vigtigt, for ellers mister du chancen for at få en nyre. Hvis du ikke svare telefonen og hvis du så ikke forstår det der bliver sagt i telefonen, hvad gør du så? Det er rigtig, rigtig svært.

I: Nu har vi snakket lidt generelt og lidt om dine oplevelser, jeg kunne godt tænke mig at vide lidt mere om forskellige alternativer ift. at få en fysisk tolk ind eller pårørende som du også har snakket om ift. manden. Her de seneste år er der bliver forsket rigtig meget i hvordan man kan få udviklet videotolkning og især i sundhedsvæsenet og jeg vil høre om du nogensinde har gjort brug af videotolkning eller telefoni?

A: Overhovedet ikke. Jeg har slet ikke set det.

I: Kunne du forestille dig det det var noget der vil være en løsning nogle af de problemer med evt. At man ikke behøver at træk forhænget for, men at der egentlig bare er en telefon i stedet for som tolk? Eller vil du stadig foretrække at der kommer en fysisk tolk ud?

A: Det har jeg rigtig svært ved at vurdere. Fordi jeg ikke har deltaget i det og ikke har prøvet det og ikke været en del af det. Men altså, man kan jo mange ting med Skype og FaceTime og jeg ved ikke hvad, så altså, jeg er meget klar til det. Hvis man dermed oftere kan få en tolk, adgang til en tolk, hvis man bare kan ringe op FaceTime på sin telefon og så sige kan du hjælpe mig med at formidle det her budskab, jamen så er det da bare go for det. Jo mere vi kan bruge en tolk, jo bedre er patienten jo stillet og det er vi jo også for at vores sygepleje kan lykkes og vores behandlinger og alt ting.

I: Ja, vi har snakket lidt om konsekvenserne som du også selv var inde på tidligere. Har du nogensinde gjort brug af børn, du snakkede lidt om pårørende, i form af en mand, men har du nogensinde været nødsaget til at gøre brug af børn [som tolk]?

A: Ja, det har jeg da. Og det er jo rigtig svært. Det er jo rigtig rigtig svært. Men en kronisk patient fra Sri Lanka som, hun har været her i mange, mange år, og taler jo tamilsk og taler lidt engelsk, meget lidt og meget lidt dansk. Altså, rundstykke, syltetøj, kaffe, det er det niveau. Ja og nej, blodtryk, meget få begreber ikke sætninger, men det er det vi har. Og så ellers, så er det jo smil og kommunikation og alt hvad man, man prøver jo bare at snakke med hende igennem. Men hun var i 60'erne og hun har nok en datter som er måske 40 og datteren har så også nogle som er teenagere, voksne teenagere. Ahhh, sådan 16-18 år, ikke helt små børn. Det at få de pårørende ind, der i hverdagen, ja så er det jo godt nok, men det som patienten egentlig ønsker og siger til datteren er det det så det datteren oversætter? Er det virkelig det? Når patienten siger: "Jeg vil at det er dig som skal hælde mine tabletter op" og datteren siger, jeg tror vi skal have en hjemmesygeplejerske indover for at hælde medicin op, at det er der kommer. Det er jo ikke det rigtig budskab der bliver kommunikeret og man fornemmer at der er en uoverensstemmelse, men der vil det jo være relevant at have en tolk inde eller hvor hun ligger på det sidste og er ved at afslutte livet, hvor datteren siger: "Jamen hun er klar til det, hun skal ikke have flere behandlinger, hun vil ikke mere, hun kan ikke mere", er det virkelig det hun selv siger? Hun prøver at vise og man fornemmer og man forstår og man drager en beslutning, men er det virkelig, man vil så gerne høre det fra hende selv. Selvom datteren elsker sin mor, men hvad er det, det er meget svært at bruge pårørende til alvorlige, tunge samtaler. Det er ikke optimalt.

I: Du vil generelt fraråde at bruge pårørende.

A: Jeg synes ikke det er fair overfor patienten eller, fordi der vil altid være en faryning, fordi det kan ikke være objektivt, det vil blive subjektivt, at man er så indforstået og man prøver på at oversætte. Det er svært, jeg synes det er svært.

I: Ja, det er lidt et farligt område. Hvor meget har datteren også lyst til at formidle videre til moren, eller faren for den sags skyld.

Jeg har også kun lige to spørgsmål tilbage. Det var mere i forhold til optimeringen af hele det her tolkesystem som finder sted, nu snakker du selv arabisk. Kunne du forestille dig at du ville være interesseret i, hvis der blev lavet en form for videreuddannelse som tolk inden for sundhedsvæsenet, at du kunne finde på at tage sådan en uddannelse?

A: Meget! Meget gerne. Rigtig gerne. Det er super relevant. Dengang jeg blev ansat på sygehuset efter vi kom hjem fra den arabiske verden, jamen der tilbød jeg mig faktisk som tolk og blev ringet op nogle gange og fungerede. Da jeg blev ansat her, så sagde jeg at jeg havde de her kvalifikationer og blev tilmeldt sygehuset så de kunne ringe til mig og trække på mig hvis de stod i en akut situationen i forhold til det. Det var rigtig dejligt. På det tidspunkt var jeg ansat på barselsgangen og der så vi jo også mange fødekvinder, så det var jo rigtig fint. Så har der så været nogle år hvor jeg ikke har været her på sygehuset, der har jeg været andre steder, og så er jeg kommer tilbage og så, når man ikke bruger et sprog, så er det rigtig svært at holde det ved lige. Så det er, jeg har ikke evnerne og kvaliteterne til det nu.

I: Vil du synes det var bedre at en sådan uddannelse blev oprettet sammen med dem der uddanner sig til sygeplejersker eller indenfor medicin eller kunne du forestille dig det skulle være en mere separat uddannelse hvor du uddanner dig som tolk? Hvad kunne du forestille dig ville være det bedste i forhold til at få en kvalificeret tolk?

A: Du skal være uddannet sygeplejerske først. Helt sikkert! Og så skal du bygge på fordi du er nødt til at have noget erfaring som sygeplejerske, for at du kan fungere som tolk. Du skal have været ude i nogle situationer, du skal vide hvad det handler om. Det er ikke nok bare at kunne tolke, fordi så er du uerfaren. Det er fuldstændig ligesom du sender en tolk ind her, en studerende, hun ser ikke dilemmaerne, hun fornemmer ikke alt det der foregår i en lægesamtale. Alle de der dilemmaer der kan være det skal være en sygeplejerske, en uddannet sygeplejerske som har lyst til at gå ind i det.

I: Og måske ind med noget erfaring ude i praksis.

A: Ja, helt sikkert.

I: Det sidste spørgsmål er egentlig mere sådan generelt, om du har nogen forslag til hvordan man kan forbedre selve kvaliteten af tolkning i sundhedsvæsenet, eller optimere det?

A: Der skal laves meget mere på skrift. Der skal oversættes meget mere. Det er jo utroligt at vores menukort f.eks. over fra diætisten det står på pæredansk og det er det. Ingening på engelsk, ingenting på tysk, vi har jo et hav af tyske patienter som kommer på ferie her. Men bare det at madsedlen var oversat til tysk, jamen det vil jo være en kæmpe hjælp. Det er jo helt, helt enkelt at gøre. At ting er oversat, at det ikke bare står på dansk. Men information om hvad hæmodialyse er f.eks. den kunne fuldstændigt i det mindste være på engelsk, så man kunne have mulighed for og forholde sig til det. En ting er at det ikke står på arabisk, men der må da være nogle som kan det. Fordi jeg nu arbejder med gæstedialyse og jeg har mange tyske patienter der kommer herop og holder ferie og så kommer de i feriedialyse, så har jeg lavet sådan et lille bitte tips&tricks til hvordan får man oversat til tysk, hvor meget vejer du? Tisser du stadigvæk? Eller, har du problemer? Har du smærter? Alle sådan nogle gængse ting vi siger hele tiden for at køre en dialysebehandling. Så det har jeg, så det ligger jeg ved papirerne når gæsten kommer og så er det meget, meget let at kommunikere. Mange tyskere kan noget engelsk, mange kan ikke. Men bare de der europæiske sprog, at man havde noget af det til rådighed.

I: Det tysk, det er noget du selv har lavet til dig selv.

A: Ja, sammen med en patient.

I: Ok, men det er ikke noget hospitalet har lavet til dig, det er noget du selv har lavet?

A: Ja, fået en patient til at hjælpe mig med og så har vi kommunikeret den vej. Der skulle være meget mere, bare på engelsk. Bare det er oversat til engelsk, så er der jo mange der lettere kan forstå det. Skriftligt materiale på relevante sprog, det skal vi have op og køre. Det er en ide. Det synes jeg helt sikkert. Og så synes jeg man skal trække på patienterne. Nogle patienter har jo lært, de kan jo også noget dansk. Det er jo ikke alle patienter fra den arabiske verden der ikke kan dansk, der er nogle som kan engelsk. Jamen, så træk på dem og få dem til at lave noget og få til at skrive noget ned. Eller de der patienter som går på sprogskole. Jamen skriv en sætning til dem på dansk og så sige: "Den her den kan du oversætte på sprogskolen næste gang" og så tager vi den næste gang og snakker om det. Man må jo bare bruge de ressourcer vi

har til rådighed. Så jeg tænker også, at vi skal også tænke ud af boksen og prøve at bruge nogle af de ressourcer der er her.

I: Ja for det hele handler jo også om i sidste ende om hvor ressourcekrævende er det at optimere sådan et system. Så det er helt rigtigt som du siger at det kræver også om at minimere ressourcerne og samtidig optimere det til et niveau som gavnner alle, og vigtigst patienten, som jo er den vigtigste i sidste ende.

A: Jo, lige præcist.

I: Jeg ved ikke om du har andet du har lyst til at bidrage med, eller du kom i tanke om vi ikke kom ind om?

(EN LANG TÆNKE PAUSE)

A: Jamen jeg synes det her med at tolkene har en faglig forståelse for hvor er det vi kommer fra og hvordan er det at vi møder patienten, at tolkene har en forståelse for det. Du er nødt til, det optimale det er jo at have sygeplejersker, som har en hel anden tilgang. Det handler ikke bare om at være mine ord, men det er også at forstå, hvad ligger der i de ord jeg siger. Sådan noget, jeg synes det er så, så vigtigt, hvis man kunne gøre det.

I: Ja, have en dybere forståelse for hvad det er der egentlig foregår.

A: Ja, hvad det vil sige at være dialysepatient. En tolk der kommer ud og ikke aner hvad dialyse er, altså det er jo rigtig, rigtig svært.

I: Ja, så lidt mere empati fra tolkens side.

A: Ja, nemlig. Det er meget, meget vigtigt.

I: tusinde tak fordi du gad at medvirke.

A: Det vil jeg gerne. Jeg glæder mig til at læse dit speciale, din afhandling, det bliver super.

Appendix B

I = Interviewer

B = Interviewee

I: Hvor lang tid har du arbejdet på Holstebro sygehus?

B: Jeg har arbejdet på dialyseafsnittet i otte år, men jeg har været sygeplejerske i 25 år og arbejdet forskellige steder

I: Så du har en del erfaring

B: Jeg har en del erfaring, ja.

I: Det var mest lige det generelle om dig. Så har jeg nogle spørgsmål og som er delt op mere i forhold til generelt tolkning og så lidt om dine oplevelser og så håber jeg at vi kan gå over i noget med nogle alternativer og konsekvenser. Du er mere end velkommen til bare at bryde ind hvis du kommer i tanke om et eller andet eller der er et eller andet du lige tænker er vigtigt at få sagt eller hvis vi er gået over et spørgsmål og du kommer i tanke om noget, så bare bryd ind, det er helt fint.

Først kunne jeg godt tænke mig at høre om du ofte oplever der er behov for tolkning i løbet af en uge, din arbejdsuge eller arbejdsmåned? Og hvor ofte du ser tolke komme ind?

B: Jeg er på et dialyseafsnit, og der har vi jo patienter der har, af udenlandsk baggrund der ikke taler sproget og sådan nogle ting. Så jeg kan godt opleve i dagligdagen i løbet af arbejdsugen at det kunne have været rart med noget tolkning, fordi vi har en del sproglige barrierer ift. de fremmedsproget patienter, især hvis ikke de kan ret meget dansk. Mange af dem kan heller ikke engelsk og hvor det virkelig er svært at kommunikere. Decideret tolke, jeg ved ikke om man kan sige mange gange i løbet af arbejdsugen, men det er ift. hvad for nogle patienter man har. Jeg har en fra Somalia, og der kunne man måske godt samle op halvårligt eller sådan noget. Det kunne være rart at samle tingene sammen så man virkelig kunne gøre ham forståeligt så han ved hvad han skal og ikke skal og den anden vej.

I: Og det bliver der ikke gjort nu?

B: Nej, jeg tror han har haft tolkesamtale to gange og nu har han været der i fem år måske.

I: Ok. Så der bliver ikke gjort brug af tolke, men du føler stadigvæk at der er et behov for at der kunne komme flere tolke ind.

B: Ja, det kunne jeg godt. Men mange gange så er det jo småting. Så er det ift. ændringer i medicinen eller at det er vigtigt at han får at vide at der er noget omkring hans livsstil han bliver nød til at ændre eller gøre eller et eller andet og for at give ham forståelsen, så kræver det noget forklaring som man ikke kan give. Man kan klappe ham på maven og sige at den skal væk, altså at han er for tyk, men det er ligesom ikke nok. Så griner han og siger: "Ja, ja du er chef". (Der grines)

I: Ok. Nu snakkede du om at I har en patient fra Somalia. Hvor oplever du oftest de patienter som har brug for tolke de kommer fra? Ser du at der er et mønster eller en tendens til at det er et bestemt sprog, eller land eller synes du det varier meget?

B: Det varierer meget. Han er så fra Somali og vi har en fra Sudan og vi har fra Bosnien og Irak. Der er mange som kommer fra de lande dernede omkring og nu forestiller jeg mig også at nu kommer der sikkert også snart nogle syrer fordi det er dem som ligesom kommer til nu og vi får ud i flygtningecentrer og det kan jo ikke passe at der ikke er nogle af dem der er syge også

I: Men I har ikke oplevet syrer på dialyseafdelingen endnu?

B: ikke endnu, det har vi ikke. Men det kan jo ikke passe andet end at det kommer, det er jeg sikker på. Så de kan komme fra lande hvor de traditionelt ikke har lært at tale engelsk f.eks. Vi har mange tyskere der kommer, men det er gæster der er på ferie i Danmark og der klare vi os sådan nogenlunde. Der kan man klare sig med fagter og nogle af dem kan snakke engelsk. Jeg er så heldig at jeg kan snakke tysk så jeg får dem altid.

I: Det kunne jeg godt tænke mig at komme tilbage, men inden når I så får tolke ud. Hvor kommer de så fra de tolke I bruger? Er det et tolkebureau eller interne sygeplejersker?

B: Nej, de kommer fra tolkebureau. Der er simpelthen, der er nogle regler for hvad for nogle tolke vi må bruge og hvordan de skal rekvireres. Så det er fra tolkebureau. Der har vi simpelthen instrukser viser hvordan og der er fire tolkebureauer vi bruger. Som man har valgt her i det der hedder Hospitalsenheden Vest, at det er dem man skal bruge.

I: Ok. De tolke der så kommer ud – jeg har lavet sådan tre kategorier, om du kan prøve at kategorisere om du føler de tolke ofte er unge studerende som bare er i et tolkebureau som fritidsjob eller det er erfarte, nogle som du oplever er vant til det med at tolke, men dog ikke har en uddannelse eller det er decideret autoriseret tolke som har en uddannelse indenfor tolkning?

B: Altså, nu kommer de fra de der bureauer og jeg ved ikke om de har en tolkeuddannelse. De par stykker jeg har haft med at gøre der ved jeg ikke om de har anden uddannelse end at de kan tale sproget. De er kommet fra patientens hjemland.

I: Ok, så det er deres modersmål

B: Så kan de noget dansk også. Så det er nogle som kan modersmålet, men ellers har jeg ikke indtryk af at de har nogen...

I: Jeg prøver at sætte den i de erfarte

B: Ja, det vil jeg skønne sådan, uden at jeg har set deres papir på det og det har jeg heller ikke spurgt til. "Må jeg lige se dine papir på hvad du er?" – så er det ligesom bureaueret der har sagt go' for de her tolke og det er også dem vi går tilbage til. Og der har jeg også oplevet at bureauerne har kontaktet os efterfølgende og hørt til tolken og hvordan det er gået, kom hun til tiden og sådan nogle ting. Så de prøver jo nok på at holde i hang med det også.

I: Det leder mig hen til mit næste spørgsmål. Hvordan er samarbejdet med de her tolke og tolkebureauerne, som du også næste I bruger, hvordan du oplever det er?

Jeg har faktisk lavet en skala hvor 1 er meget dårligt og 5 er meget godt, meget velfungerende. Hvis du kan prøve at placere dig og så kan vi lige snakke lidt om hvorfor du føler det skal placeres der.

B: Ud fra den erfaring jeg har, jeg har jo ikke været med til voldsomme mange tolkesamtaler, altså, samarbejdet, så tror jeg at jeg ligger sådan nogenlunde midt i, på en 3'er.

I: Hvorfor, hvad er det for nogle faktorer der gør det?

B: Der snakker jeg ud fra de eksempler jeg har, hvor at det er utrolig svært at vurdere hvordan den tolkning, kvaliteten af den tolkning er, fordi man jo ikke kan forstå hvad tolken siger til patienten. Jeg har oplevet at der var noget at tolken ikke ville oversætte, hvor der var noget kulturelt indover også, hvor det var en mandlig tolk og en kvindelig patient. Kvindens mand var der også, jeg tror de var iraker eller dernede fra, og det er selvfølgelig noget kulturelt noget, der handlede om nogle ting som man nok ikke snakker om i den kultur. Så nægtede tolken simpelthen at sige det.

I: Og det var en mandlig tolk?

B: Det var en mandlig tolk og det var en kvindelig patient der skulle have de her ting at vide, men hendes mand var der så også. Der var noget kvinde-mand noget der, som man ikke snakkede om, er jeg ret sikker på. Så det kunne vi ikke så tolken til. Plus, man har jo svært ved at tjekke, jamen har patienten forstået det? Det de siger. Så der kan det være lidt vanskeligt. For ellers, de har jo været venlige og der har jo ikke været, altså de prøver jo så godt de kan.

I: Ok, så de er samarbejdsvillig?

B: Ja, det vil jeg da sige de er. De kommer der jo fordi de skal. Jeg har så oplevet at der var en tolk som kom for sent ift. det vi havde planlagt og det giver store problemer inden for vores sundhedsvæsen, fordi ressourcerne er sat af til, jamen det er kl. To. Der er lægen klar, der er sygeplejersken klar, der er patienten og den pårørende er klar og så hvis tolken ikke er klar, ikke er kommet, så er vi altså på den, for så skrider planen, fordi lægen skal noget kl. Det og sygeplejersken skal nok klokken det. Så det er simpelthen bare nød til at passe sammen

I: For lige at vende tilbage til det der med at der nogle gange ikke bliver kommunikeret det som bliver sagt pga. Kulturelle barrierer eller.. hvad gør I så i sådan en situation for at, fordi jeg tænker, budskabet skal jo frem alligevel, patienten skal jo have de vigtige beskeder

B: I den situation så blev det ikke, fordi tolken ville simpelthen ikke og lægen blev faktisk vred. Men det kom ikke frem og så må vi jo håbe at kvinden klarede sig alligevel.

I: Så I lavede ikke en ny aftale, hvor der kom en kvindelig tolk ud?

B: Nej. Jeg forestille mig også lige i den situation, så havde det nok ikke gjort en forskel, så skulle vi have haft manden ud, hendes ægtemand

I: ok, ja. Så det var simpelthen de pårørende der gik ind og skabte en barrier.

B: Ja, og det har vi også prøvet på dialyseafsnittet hvor der var en kvinde der altid ville have sin mand med og det gav i hvert fald mange forviklinger, fordi han ligesom overtog samtalen. Det var ligesom det HAN havde brug for og HAN bestemte hvad hun skulle have at vide. Så bliver det sådan lidt vanskeligt.

I: Men det er super svært at gøre noget ved det når det er.

B: Det er svært at gøre noget ved det, ja.

I: Har du mulighed for måske at prøve at, nu har du snakket lidt om forskellige eksempler, men har du mulighed for at give en mere detaljeret beskrivelsen af en situation, en du har hørt om eller selv været til stedet ved en proces, hele den proces I går igennem om den så har været vellykket eller mislykket, den tolke situation der har været?

B: Altså, nu kom jeg så ikke selv med til den her tolkesituation, men jeg kan selvfølgelig fortælle hvordan optakten og sådan var til det og hvad der sådan ligesom. Det er netop nyresygepatienter vi har med at gøre og der er rigtig meget omkring medicin med dem og rigtig meget omkring deres livsstil og deres kost og alt ting som de sådan skal indrette sig på med den her sygdom. Nu er det igen ham manden vi har fra Somalia som faktisk ikke, han forstod simpelthen næsten intet dansk og han kunne nærmest ikke redegøre for noget som helst, så han var rigtig vanskelig at kommunikere ud til. Specielt omkring hans medicin, der er noget medicin de skal tage til deres måltider f.eks., nogle tabletter og det skal være til måltiderne og det er vigtigt at de får dem, det er rigtig vigtigt for deres helbred. At få ham til at forstå at han skulle tage de her tabletter, det var simpelthen så vanskeligt. Sådan var der flere ting som sådan hobede sig op og han måtte ikke drikke ret meget, fordi han kunne ikke komme af med væsken og han kunne ikke tåle at vi under behandlingen trak ret meget, så der var faktisk ret mange helbredsmæssige problemer og det var vi bare nødt til at have en tolk til. Fordi vi kunne ikke komme igennem, få ham til at forstå det her. Han var jo en sød og venlig mand så han sagde jo "ja, ja", lige meget hvad vi sagde til ham sådan set. Men vi kunne jo bare se at han forstod der ikke. Så er det en læge der skal, hvis vi skal have tolk, det er jo dyrt, så det er lægen der skal ordinere det kan man sige, skal sige go' for det. De har stuegang en gang om måneden med deres kontaktlæge, så ham var vi jo ved, jeg ved ikke hvor mange gange, vi er nød til at have en tolk, vi er nød til at skal have det her gjort klart for ham og vi havde ti punkter eller sådan noget, som var vigtigt han forstod. Lægen han var sådan, ahhh, det kan da ikke passe og han gik hen til patienten og sagde: "du kan da godt forstå dansk, kan du ikke?", "Ja, ja" siger patienten og så siger lægen "der kan du se, hvad er problemet?" og så kæmpede vi videre et par måneder med det. Det endte så med at vi kom igennem med, at så måtte vi have en tolk til ham og så skrev vi simpelthen de punkter ned. Så ville vi have at hans kone hun skulle med, han havde en somalisk kone, fordi vi var jo godt klar over inden for den kultur, at så var det noget hende der serviceret ham og lavede maden. Det havde vi sådan ligesom indtrykket af. Maden er ret essentiel for dem der er nyresyg. Der er ting de helst ikke må få og ting de skal have mere af og sådan nogle ting. Der vidste vi jo ikke helt hvordan det

var ift. hans kultur, så det var rigtig vigtigt at konen kom med. Men han ville ikke have konen med og der var sikker et eller andet kulturelt der også. Det endte faktisk med, det blev sagt ret hårdt til ham, at det skulle hun, det forlangte vi. Jamen, det kunne ikke lade sig gøre og der var et lille barn og der var mange ting i vejen, men det endte alligevel med at vi fik den her kone med, mod at vi betalte en taxi til hende. Det var så det, der skulle til. Der havde han faktisk været i dialyse et par år på det her tidspunkt, så det er jo på høje tid kan man sige, at han ligesom fik at vide hvordan og hvorledes og vi fik afklaret de her ting og fandt ud af også om han tog sin medicin som han skulle. **Det var så den tolk der kom så sent så jeg ikke kunne nå at komme med**, men det jeg har hørt refereret af samtalens efterfølgende det var jo faktisk at konen kom med og det viste sig jo faktisk at hun var temmelig god til dansk, hun var faktisk temmelig god til at forstå dansk også. Og ikke for at vi skulle have brugt hende som tolk, men der var nok visse ting som hun kunne have hjulpet ham med, altså hvis hun vidste. Hun spurgte selv til nogle af de ting som vi ville have han skulle forstå. Hun spurgte til hans kost og hvad hun skulle gøre og sådan nogle ting. Det var jo sådan lidt ærgerligt at vi ikke havde været klar over at der var sådan en ressource i hans bagland. Men det blev vi så klar over der og så blev der ligesom samplet op på de her ting og han blev gjort meget klar at han skulle det og det og bl.a. han skulle simpelthen tage sig hvis han skulle transplanteres og det var det der blev arbejdet på og der var han simpelthen for tyk, så vil de ikke operere ham. Det fik de sådan sat styr på, så på den måde blev der sådan ligesom, så det var jo sådan set en god situation kan man sige

I: Hvad endte det så med, at I brugte tolken meget eller endte det med at I brugte konen meget?

B: Altså, der blev tolken så brugt i den situation. Men vi blev så klar over også at konen var der og hun stillede nogle meget relevante spørgsmål og hun spurgte faktisk også til om han kunne bruge hendes nyre, om hun kunne afgive en nyre. Det var en diskussion der slet ikke havde været på noget som helst tidspunkt, fordi vi ikke havde kunnet tage den med mande der, fordi ellers er det jo normalt noget man spørger alle om, om man kunne forestille sig at der var en i familien eller en eller anden mulig doner. Det har man bare ikke kunne have snakket med ham om. Det ville han så ikke være med til og det blev fuldstændig lukket ned, men der var mulighed for at snakke om det og det havde der ikke været og hun kunne få svar på nogle spørgsmål, som hun havde gået og tumlet med og ikke havde fået ringet. Efterfølgende gjorde det jo så også, at hun godt kunne finde på at, hvis hun synes han havde det dårligt derhjemme, nu havde hun jo set os og sådan nogle ting, så nu kunne hun faktisk godt finde på at ringe og sige at sådan og sådan og sådan og hvad hun skulle gøre.

I: Det var jo et positivt udfald af. Det er jo imponerende at det er så lang en proces, du siger et par år. Det er jo lige skræmmende at tænke på

B: Ja, det synes jeg det er, fordi det kan have nogle store helbredsmæssige konsekvenser for de her patienter.

I: Nu ved jeg godt at du desværre ikke endte med at være med, men sådan, hvad du sådan hørte ellers ift. kvaliteten af den tolkning som tolken kom med. Var det som om at tolken kunne oversætte rigtigt eller var der nogle brist ift. det, eller virkede det som om at den var meget kompetent, den tolk.

B: Altså, i den situation så mener jeg at det der er kommet ud af det, det var at der blev tolket ok ift. det som det skulle bruges til.

Jeg har hørt andre situationer hvor, man godt nok havde rekvireret en tolk, men det var et arabisk sprog og der er bare masser af dialekter, så det er ikke lige meget hvad det er for en tolk man får. Det kan være svært lige at gennemskue hvad det lige præcist for en sproglig tolk vi skal have. Så de faktisk ikke rigtig kan snakke sammen alligevel.

I: Det er en sprogbarriere, det er ikke fordi du føler at de ikke har den rigtige terminologi?

B: Nej, så har det været fordi det ikke har været det rigtige sprog alligevel.

I: Ok, så tolke har generelt været meget kompetente, når I har skullet bruge dem?

B: Det tror jeg. Problemet er jo lidt, at de jo, vi kan ikke helt vide når vi kommer ind omkring de der meget faglige, medicinske ting og sager om tolken forstår det budskab vi vil melde ud. Det kan vi jo ikke helt vide, når det er sådan noget. For de det så forklaret rigtigt. De er jo ikke medicinskuddannet eller, det har jeg ikke oplevet eller indtrykket af at nogen havde været.

I: Nej ok. Men de har alligevel formået at komme frem til budskabet. Jeg tænker, I kan vel også se på om patienten så begynder at efterleve det.

B: Ja, det er jo der det ligesom viser sig, i adfærdens bagefter. Lige præcis.

I: Ok. Nu har vi snakket lidt om dine oplevelser og generelt tolkning. Jeg kunne godt tænke mig at vide, nu snakket du om det der med at en tolk ikke møder på til tiden og det tager super lang tid det hele og det lyder sådan lidt bureaukratisk når du skal have fat i en tolk og de forskellige tolkebureauer, og her på det seneste er der blevet gjort ret meget for at få udviklet videotolkning og få det implementeret på hospitaler. Har du nogensinde selv gjort brug af videotolkning eller telefoni?

B: Nej, vi fik jo på et tidspunkt et budskab om at nu blev der mulighed for videotolkning og der søgte vi om, jeg har ikke været med til at vi har brugt det på afsnittet, vi syntes jo ellers 'yeah' nu kom det, det kunne være at så blev det længere. Du har ret i at det er en lang arbejdssproces og så bliver det ikke bare sådan lige, man skal virkelig samle sammen og der skal virkelig være noget at bruge og lægen skal virkelig være med på det og sådan noget

I: Ja, det lyder som en lang proces før det egentlig bliver en realitet at få en tolk ud.

B: Ja, lige præcist. Hvor man tænker at det andet må da være lidt nemmere. Men der er stadigvæk nogle regler for det og som sygeplejersker, altså, vi varetager jo en stor del af behandlingen på dialyseafsnittet og har ret store kompetencer, og der er jo mange gange at vi godt kunne bruge at kunne snakke med patienten. Det behøvede ikke at være en lægesamtale, slet ikke, men så kan vi ikke få lov til det. Så kan det ikke blive bevilliget.

I: Det er simpelthen bare i løbet af dagligdagen?

B: Ja, eller vi har f.eks. hvert halve år skal alle patienter tilbydes en patientsygeplejereskesamtale kalder vi det, en samtale i ene rum med en sygeplejerske. Bare en halvtimes varighed, men som er patientens rum til at kunne snakke om det patienten har brug for, uden at der er fem eller syv lyttende ører ved siden af, fordi de ligger på en flere patientsstuer og får dialyse. Det er vi rigtige glade for og det er patienterne rigtig glade for at man lige kan gøre det, for der sker rigtig meget på sådan en stue. Det her handler så lige om nu hvordan de har det og hvordan tænker de om de her ting og sager. Det kan vi ikke tilbyde de her fremmedsproget patienter, men det ville vi kunne hvis vi fik en videotolk eller et eller andet der lige kunne oversætte et eller andet essentielt. Men det har vi ikke kunnet få lov til indtil videre. Det håber vi da stadigvæk på.

I: Så du tror at hvis man kunne få implementeret videotolkning mere, så ville det være en løsning på den mangel på tolke der måske kunne finde sted

B: Det tror jeg, det ville kunne højne kvaliteten af plejen til de fremmedsprogede patienter, fordi der bare er ting vi ikke kan tilbyde dem som vi kan tilbyde de andre patienter og som vi egentlig synes måtte være basalt.

I: Tænker du så at det skulle være videotolkning ift. at du kan se tolken eller kunne du forestille dig at du hellere ville fortrække telefoni hvor det bare er en telefon? Hvad tænker du ville være den bedste situation ift. sådan en tolkesektion?

B: Altså jeg tænker hver ting kunne bruges til forskellige situationer. Altså det med teletolkning, altså telefoni, jeg ved ikke hvor omstændigt det ville være at rekvirere, men hvis det var sådan nogenlunde nemt at komme til, så var det noget man måske kunne planlægge fra den ene dialyse til den næste. Hvor man kunne få taget hånd om nogle ting sådan ret hurtigt, eller få afklaret nogle misforståelser eller et eller andet som virkelig kunne få stor betydning og en lille ting at gøre. Det synes jeg kunne være helt fantastisk.

I: Ja, og der ville telefoni være tilstrækkeligt.

B: Det ville jo simpelthen være så oplagt, det tror jeg. Det ville kunne gøre en kæmpe forskel. Bare det der med at det var let tilgængelig og det behøvede ikke at være, det var måske bare 10 minutter man lige havde brug for der kom en der kunne oversætte. Der var lige nogle ting her som det var vigtigt at patienten forstod eller man har brug for at få nogle informationer fra patienten. Det ville jo simpelthen være "Hold da op!"

I: Ja, jeg tænker også at det ville minimere jeres tid så I ikke skal bruge helt vildt lang tid på at prøve, som du sagde før at klappe dig på manden og kommunikere at du skal tabe dig. Det ville jo være hurtigere bare at kunne sige det.

B: Lige præcist, når det er ting der har stor betydning. Derfor kan vi godt gå og klappe ham lidt på maven alligevel. (der grines). Det kunne jo så være som opfølgning, hvordan går det nu med det. Fordi, vi kommer jo også langt med fagter og tegnsprog, det gør vi da. Men der er altså bare ting som vi ikke helt kan tegne og gæt sig ud af.

I: Har du nogensinde hørt om, at videotolkning ikke har fungeret? Eller nu har I selvfølgelig ikke brugt det så meget, så det er svært at svare på

B: Nej, så det ved jeg ikke rigtigt nej.

I: Du snakkede tidligere om det med at konen kom ind og hun rent faktisk forstod lidt dansk og I kunne lige pludselig bruge hende også, lidt som led. Har I ellers, har du oplevet at I har gjort brug af pårørende som tolke?

B: Jamen det har vi da. Jo, det har vi, tolkning er jo mange ting. Mange gange så er det jo bare nogle informationer som vi har ringet til pårørende og sagt. Jeg havde en tømmer og hen des voksne datter havde boet i Danmark og hun snakkede jo nærmest rent dansk, hende brug vi altså mange gange omkring moren der. Og det fungerede også og det var jo nemt kan man sige.

I: Ja. Har I nogensinde gjort brug af decidederede børn som tolke? Altså jeg tænker under 18 år, nu snakkede du om en voksen datter.

B: Det er jo faktisk sådan at, ja det tror jeg da også. Jeg har ikke sådan lige selv gjort det, men jeg har været med til, det var igen den her somalier som skulle fordi han blev udredt til transplantation, så skulle han også til samtale i Skejby fordi det var der det så foregår. Hvor de så også skulle have en tolk og de spurgte decidederede efter, jamen er der børn i hjemmet der kan dansk. Og det handler om at hvis der pludselig er en nyre så skal de kunne komme i kontakt med ham, så de skal være sikker på at der er nogen som forstår at nu er det nu. Så der spurgte de faktisk efter det. Så det må jo blive brugt i lige sådan en situation der. Og jeg tror også det bliver brugt, altså nogle gange så er det for hånden værende princip, hvad har du mulighed for.

I: Ift. det med at bruge børn, der er en lov der siger i Danmark at man ikke må bruge børn som tolke og man kun må bruge 15-18 årig unge i sådan akutte nødsituationer. Men er der nogle situationer hvor du kunne forestille dig, at det ville være ok at bruge en børnetolke eller?

B: I det hele taget så synes jeg jo ikke børn de skal tolke. Nej, det kan slet ikke være deres opgave, at pålægger dem det ansvar det er. Plus de vil jo være følelsesmæssige involveret og det er deres forældre og ting og sager. Når det så sker alligevel, så er jeg godt klar over at så er der fordi vi erude i nogle situationer hvor det er lige det man kan gøre og det er vigtigt hvor man ikke lige kan rekvirere en tolk, man har ikke lige telefonitolk og ting og sager.

I: Så der er stadigvæk en nødløsning.

B: Det er nødløsninger, ja.

I: det er stadigvæk ikke noget I ville gøre brug af?

B: Ikke som standarder. Nu, de har nogle børn der kan dansk.

I: Ja, fordi man kunne forestille sig at det også var, jeg mener det er jo ikke så ressourcekrævende at bruge børnene. Man kunne godt forestille sig at det også bare ville være en tilgang man hurtigt kunne søge til.

B. jeg ved ikke, jeg har måske gjort det, også ift. ham somalieren, hvis han skulle komme til en eller anden undersøgelse eller et eller andet og jeg vidste ikke helt om han havde forstået det, så kunne jeg finde på at give ham en seddel hvor jeg skrev det på dansk "Du skal komme den dag til det og det klokken det og det, og en taxa henter dig klokken det og det" og givet ham den med hjem og tænkte at, det var før jeg vidste at konen kunne dansk, men jeg vidste at han havde nogle store børn der gik i skole, så ville de nok kunne læse for hvad det var der stod. Det kalder man jo ikke en tolk for.

I: Nej, det er jo heller ikke sådan en nødsituation, det er ikke en livsfarlig situation, det er lidt mere de der basic.

B: Nej, det er jo med at være lidt kreativ nogen gange, hvordan klare vi nu lige at få den til at køre. Vi oplevede også at han udeblev fra undersøgelse fordi han ikke forstod hvad det var han skulle. Det er jo igen, det er jo spild kan man sige i vores dyre sundhedsvæsenet hvis ikke folk de forstår hvad de skal, så der egentlig står alle mulige fagpersoner klar og så kommer personen ikke alligevel, fordi vedkomne ikke har forstået.

I: Og der har ikke været en tolk inde over der kunne fortælle ham det?

B: Nej jeg tror jeg har fået en indkaldelse og det har ikke lige sagt ham noget. Det ved jeg ikke. Han kom i hvert fald ikke og så får vi bare efterfølgende besked om at han ikke dukkede op. Og det var sørme ikke så godt fordi det var altså en undersøgelse han skulle til hvis han skulle have en ny nyre.

I: Så konsekvenserne er ret hårde

B: ja, det kan man jo sige, fordi han fik jo selvfølgelig en ny undersøgelse, men det er det vi kategoriserer under spild i sundhedsvæsenet Vi har masser af spild. Og det er jo med til at fordyre det hele

I: Det er rigtig interessante punkter der kommer frem. Her til sidst kunne jeg godt tænke mig at høre lidt om hvordan man kunne optimere hele det her system med brugen af tolke. Vi snakkede om videotolke. Kunne du forestille dig at det ville være en mulighed at oprette en decideret uddannelse hvor du uddanner tolke indenfor sundhedsvæsenet f.eks., så de lærer de der lidt mere, så du også er sikker på at de faglige begreber og termer kommer videre og du ved bliver videreført tolket og ville det være noget du kunne forestille du selv ville, hvis du havde et andet sprog, ville videreuddanne dig til? Eller forestiller du dig mere at det skulle være en uddannelse som var separat fra sygeplejerskeuddannelse og så en helt ny grunduddannelse?

B: Det var stort. Det vil helt klart være en fordel hvis tolkene, dem der tolker i sundhedsvæsenet, havde en eller anden baggrund for. De behøver måske ikke ligefrem at være læger og sygeplejersker, men jeg tænker ligesom lægesekretærerne, de er jo oplært til

det sprog, at det er det de ligesom skal skrive i journalerne og ting og sager og sådan kunne man også godt forestille sig med tolkene, at de havde en eller anden baggrund for at tolke sundhedsfagligt. Fordi det ved man jo også godt selv, hvis man skal snakke et fremmedsprog, nu var vi inde på før at jeg kan snakke tysk og sådan noget, men de tyske faglige termer, altså, der kan jeg godt komme til kort. Jeg kan godt sige "goddag" og "hvordan går det" og "hvor bor du henne" og alle det der, men der er bare nogle ting, altså selve gloserne og ordene for det og sådan nogle ting og vide lidt om hvad de betyder, det vil helt sikkert være en kæmpe fordel.

I: Skulle det så være ikke i forbindelse med sygeplejerske, men en ny uddannelse, hvor du så, som du siger, går ind og lærer de her termer på den måde?

B: Ja, det tænker jeg lidt, fordi.. det kunne selvfølgelig være super at, hvis sygeplejersker og læger uddannede sig til tolke også, men det tror jeg måske lidt urealistisk. For et eller andet sted er der stadigvæk rigtig stor værdi i, at tolken taler det sprog som patienten gør, det tror jeg er svært. Jo der er selvfølgelig nogle der kan studere det og sådan noget, men det ville blive en kæmpe uddannelse som jeg har svært ved at se at man sådan kan gennemføre. Men det er jo klart at det ville være super, hvis det sådan set var sundhedsuddannet personale der kunne tolke også. Vi har f.eks. en sygeplejerske som kan noget arabisk og det er jo bare tilfældigt, men det er jo super heldigt, fordi hun kan gå ind med de arabisktalende når der nogle ting, selvom der er mange dialekter og sådan noget, så kan hun alligevel både forstå nogle ting og hun kan gøre nogle ting som kan betyde en kæmpe forskel for patienterne.

I: Ja, det lyder også lidt til, som du også var inde på tidligere, at der ofte også er mange kulturelle forskellige man også skal have med i sin tolkning, når man tolker. Det er ikke bare det der med at oversætte et eller andet, det er også hvad kan du sige og hvornår kan du sige det.

B: Ja, at det kan også betyde en stor ting.

I: Ja, der er mange aspekter

B: Ja, det er der nemlig.

I: Sådan bare helt generelt, nu har vi snakket rigtig mange forskellige måder hvorpå du kan forbedre kvaliteten, men har du andre forslag til hvordan du forestiller dig at man kan forbedre kvaliteten af tolkning i det danske sundhedsvæsen?

B: Altså, jeg vil selvfølgelig gerne have at de er så kvalificeret som muligt, men så tænker jeg også at adgangsvejen til tolkning at den skulle være nemmere.

I: Hvordan tænker du?

B: F.eks. det der med at man måske her og nu havde mulighed for at ringe til en tolk. Så kan da godt være at tolken er optaget her og nu, men om en halvtime så kunne vi få forbindelse. Det der med at der var let adgang til tolkning. Jeg forestiller mig også at det ikke kan være så dyrt som at bestille en tolk der skal komme på sygehuset i en time og skal frem og tilbage go alt muligt. Jeg ved slet ikke hvad det koster, det tør jeg ikke tænker på. Så det er klart at det

sætter nogle store begrænsninger i hvad vi ligesom kan få lov til, for der er bare økonomi indover også.

I: Ja, det er jo det det hele kommer ud på til sidst.

B: Ja, det er jo hvad for en kasse det kommer af, fordi vi tænker jo at det får jo nogle konsekvenser i den anden ende der kan være meget dyrere hvis ikke vi kan komme igennem med en god tolkning. Så let adgang til tolk, så kvalificeret som muligt, det må jo være det bedste. Og så skal vi nok også som sygeplejersker ligesom også være bedre til at vide hvad muligheder vi har. Fordi nu efter vi har snakket om det her, så er jeg kommet til at kigge lidt og rundt i, vi har jo alle mulige dokumenter, og så fandt jeg faktisk et sted hvor man kunne gå ind og finde, vi har nogle forskellige informationer og ting og sager som var oversat til 40 sprog, Swahili og jeg ved ikke hvad. Altså, små informationsfoldere om hvad vil det sige at være indlagt og hvad for nogle rettigheder har du og ting og sager. Det var jeg ikke klar over at vi havde, men det er jeg nu. Så nogle gange er det også hvad for muligheder.

I: Så I skal være bedre oplyste om hvad er det præcist I kan gøre for at kommunikere bedre.

B: Ja. Og det bliver jo ikke mindre. Altså nu, i de her tider hvor vi har stor flygtningestrømme, der kommer jo til Danmark, de vil jo også komme ind i vores sundhedsvæsen, så det vil blive mere og mere på alle mulige måder. Og blive mere og mere aktuelt.

I: Så det lyder til at det både er forbedring i tilgangen, men også en forbedring intern på hvordan I ligesom finder materiale.

B: ja, og udnytter de tilbud der faktisk er bedre. Så det tænker jeg kunne forbedre kvaliteten.

I: Hvordan forestiller du dig at man kunne optimere det interne, med at have mere adgang til det. Ville det være et personalemøde hvor I taler lidt mere om det eller hvordan?

B: Ja, det ville være vores sædvanlige kvalitetsudviklingsvej. Og der har hvert afsnit jo sin måde at gøre det på. Og vi har sådan noget med, ja vi holder små møder, og vi kører med noget vi kalder ugens tema og der har vi nogle fokusområder som vi så ligesom orientere hinanden omkring, vi samles engang i hver vagt og der kan man så lige sige: "Så er der for resten lige det I skal være opmærksomme på og nu er der kommet det og", og der kan man sagtens også have fokus på det også. Eller personalemøder

I: Så det ville være nemt for jer at få implementeret i jeres arbejdsuge uden at behøver at bruge super meget tid på det

B: Det tænker jeg, sådan nogle småting. Nu opdagede jeg det, "Husk for resten at vi har adgang til alle de her forskellige informationer på andre sprog". Huske lige det når I har med de patienter at gøre. Vi holder gruppekonferencer omkring patienterne så kunne man lige tage de udenlandske patienter op, jamen er der, har vedkomne fået de og de informationer og hvordan kan vi gøre det. Så det handler bare om at have fokus på det, så det tænker jeg godt man kunne. Og hvis der skulle komme noget nyt, f.eks. med telefoni, så ville vi også skulle udbrede det på den måde og hvordan man så gør.

I: Så det er egentlig ikke så ressourcekrævende at få det implementeret i jeres arbejdsdag.

B: Det tænker jeg ikke, det skal bare være der, så skal vi nok få fundet ud af at få det brugt.

I: 100 tak.

Appendix C

I = Interviewer

C = Interviewee

I: Først kunne jeg godt bare lige tænke mig at vide hvor lang tid ud har arbejder her på afdelingen?

C: I halvandet år.

I: Og hvor lang tid har du været uddannet sygeplejerske?

C: Siden 1989.

I: Det var bare sådan lige lidt generelt. Jeg kunne egentlig godt tænke mig at vide lidt om dine oplevelser med når I har brug for tolke og hvad du sådan kender til ift. patienter som har brug for tolke og måske hvis du har mulighed for at beskrive en situation hvor I har brug for tolke og hvordan du oplever hele den proces og kvaliteten af den tolkning og måske også udfaldet og konsekvenserne, alt efter hvordan udfaldet er?

C: Jeg vil sige at vi har jo patienter med anden etnisk herkomst som kommer her tre gange om ugen. Blandt andet har vi nogle patienter som er meget vanskelig at kommunikere med. Han har ikke været her i så lang tid og han taler ikke engelsk og han taler efterhånden en lille smule dansk. Men alt hvad der foregår omkring hans behandling har været rigtig svært at kommunikere. Og en ting er at vi jo gerne vil informere omkring selve behandlingen og kost og medicin, men vi vil jo også rigtig gerne vide hvordan han har det og det kan han heller ikke give udtryk for. Vi vil gerne vide noget om hvad han drømmer om ift. behandlingen. Vil han gerne nyretransplanteres eller vil han gerne kunne køre dialyse hjemme, eller hvad for nogle forestillinger han har. Det har vi faktisk ikke mulighed for, så med den patient bliver det tit sådan meget sådan noget basalt kommunikation, er du tørstig, har du ondt, er du træt og ikke sådan livets dybere tanker. Vi har faktisk ikke haft tolkebistand ret mange gange, det har været når der har været arrangeret lægesamtaler og vi har snakket om at så er det fint, for så laver man et fokus hvor man får snakket rigtig mange ting igennem, både med sygeplejersker og læge. Men i dagligdagen har vi også mange ting vi gerne vil snakke med ham om, som vi aldrig kommer i dybden med. Det er ikke kun ham, vi har også en tamilsk kvinde som snakker ret dårligt dansk. Hun har været her i mange år, men nogen gange når vi siger noget til hende, så siger hun "ja ja" og så tænker man det forstod hun og så kan man bare se at det gjorde hun ikke alligevel. Og hun forsøger at sige en masse til os og man tænker gad vide hvad det er vi snakker om nu og der har jeg faktisk aldrig oplevet at vi har haft tolk på.

I: For lige, jeg vil gerne vende tilbage til det med overhovedet ikke at have tolk på lidt senere, men når I så har haft lægekonsultationer med ham som du nævnte først, hvordan har du så oplevet den tolkning der er fundet sted? Er budskabet så nået frem eller har det også været svært at kommunikere der?

C: Altså, nu har det været min kollega der har været med, men vi har snakket om hvordan det er forgået og fornemmelsen er at så har vi i hvert fald fået formidlet noget til ham og han

kunne spørge om nogle ting. Men der har også været nogle vanskeligheder, fordi vi aftalte f.eks. at tolken skulle prøve og lave nogle af de ord som han skulle skrive på arabisk sådan at han kunne læse dem og så skulle der stå en oversættelse, men den dialekt hun kunne passede faktisk ikke med hans sprog, så det var ikke nemt for hende at få lavet nogle tegn som han kunne læse og vi så kunne få oversat.

I: Så tolken havde egentlig ikke kapacitet til at oversætte?

C: Det var ikke optimalt, det kunne have været bedre.

I: Fik I så en ny tolk ind eller blev det bare?

C: Nej, jeg tror ikke der har været tolkebistand siden og jeg tror måske der har været en tolk tre gange i alt i det lange forløb han har haft her.

I: Ok, og hvor lang tid har han været her?

C: Ca. Et halvt år

I: Du har ikke oplevet at der har været nogle sygeplejersker her på sygehuset der så kunne hjælpe i de der hverdagssituationer, som du beskriver, hvor der ikke har været en tolk på?

C: Jo, vi har en kollega der kan tale lidt arabisk og som har kunnet snakke med ham, men det er jo også på et lidt basalt niveau, fordi hun er dansk, men har boet et eller andet sted dernede ad og kan snakke noget arabisk.

I: Ja ok, men stadigvæk ikke noget fagligt?

C: Nej, altså det problem vi havde den dag, det var noget med medicin og en recept og det formåede hun at formidle til ham og de fik snakket om det og fik styr på hvad det var for noget.

I: Det var så også heldigt at hun var på arbejde går jeg ud fra.

C: Det må man sige, for hun er her jo ikke hver dag.

I: Hun er ikke ansat som tolk?

C: Nej nej, hun er bare ansat som kollega i afdelingen.

I: Hvordan har fornemmelsen af, nu har du hørt nogle af dine kollegaer med tolke og du virker også til at du har hørt nogle af forløbene med patienten. Det samarbejde I har med de bureauer hvor I får tolke ud fra, hvordan føler du at det er? Er det nemt at få fat i en tolk, eller er der lang ventetid og nu nævnte du selv at der var en tolk som faktisk ikke kunne den samme dialekt som...

C: Det var i hvert fald ikke helt optimalt. Jamen, jeg har egentlig ikke fornemmelse af at det varede lang tid. Da vi bestilte en tolk, så aftalte vi dag og tidspunkt og lige vores patienter er her som sagt de her tre gange om ugen og så ved man på forhånd, jamen det er på torsdag at lægen også er her og der vil vi gerne have en tolk som kommer til den sektion. Og det har fungeret.

I: Så hele kommunikation mellem tolkebureauet og jer fungerer egentlig ok?

C: Ja, i hvert fald i den situation. Det er så den eneste jeg har kendskab til. Men vi har jo ikke sådan stået hvor vi skulle have fat i en akut, akut, fordi der var et eller andet.

I: Men det har du så alligevel haft en fornemmelse af nogle gange kunne det have været rart at kunne indkalde en i de der dagligdagssituationer, hvor det kunne være rart bare at have et kendskab til hvad han føler lige nu og her

C: Ja, helst sikkert.

I: Jeg kunne godt tænke mig at vide om du nogensinde har hørt om eller selv gjort brug af videotolkning?

C: Jeg har hørt om det, men aldrig prøvet det.

I: kunne du forestille dig, at det ville være noget der ville være optimalt at have på sådan en afdeling som den her afdeling her, ift. måske at få den rette tolk ud og ift. at det måske ville være nemmere at finde den tolk der kunne den rette dialekt.

C: Altså man kan sige, hvis teknikken ellers fungerer så kunne det sikker sagtens være en god løsning. Fordi, så kunne man meget hurtigt arrangere en samtale her og nu og så få det til at fungere.

I: Kunne du forestille dig at der ville gå noget tabt hvis det var en videotolkning, eller vil du stadigvæk forestille dig at det ville være det samme som hvis du havde en fysisk tolk ude?

C: Altså, det vil jo altid være anderledes, fordi det jo er anderledes når man sidder overfor hinanden, ligesom vi sidder her nu, fremfor at have en der er på en skræm. Men i og med at man jo kan se dem på skærmen kan man jo også stadigvæk se ansigtsudtryk og få øjenkontakt og sådan noget.

I: Ja, så ville du foretrække at det skulle være videotolkning eller ville telefoni være en anden mulighed?

C: Så ville jeg nok foretrække videotolkning. Også fordi, tit som vi snakkede om med patienten, så fortæller hende noget så siger hun ja og så kan man se på hende at hun ikke har forstået det. I en telefonsamtale ville du høre hun siger ja, men du ville ikke kunne se hendes ansigtsudtryk og tænke, det forstod hun ikke, så jeg tror at det med at man visuelt kan se hinanden, det har faktisk en betydning. Altså, man siger vel at 80 % af vores kommunikation

det er non-verbalt. Og det får du ikke i en telefon. → HANDLER OM KOMMUNIKATIONEN MED VIDEOTOLKNING OG TELEFONI og IKKE så meget SPROGET

I: Har du nogensinde hørt om eller selv gjort brug af pårørende som tolk?

C: ja, altså, vi har haft en anden ung kvinde hvor manden var her rigtig meget og det gav også nogle frustration, fordi vi fornemmede at det han ville ikke var det samme som det hun ville. Så hvis der var noget han ikke synes hun skulle sige ja til, så havde vi fornemmelsen af at han ikke forlag tingene som vi gerne ville have han gjorde. F.eks. sådan noget med hendes dialysebehov, så ville hun gerne have fri en dag f.eks., hvor vi snakkede om at det ikke var hensigtsmæssigt fordi hun havde meget vand i kroppen, det skulle trækkes ud. Men manden han argumenterede for at hun skulle bede om at få fri, selvom hun havde det dårligt så det var faktisk ikke problemfrit. Det var ikke problemfrit

I: Hvad gjorde I så i sådan en situation?

C: Der snakkede vi meget om, om der skulle have været en tolk ind, men jeg mener ikke at der nåede at komme nogen tolk på.

I: Men det var til overvejelse, om man skulle have en tredje part ind som måske var lidt mere objektiv.

C: Ja, lige præcist. Og man kan sige, det kan jo også være et dilemma, fordi i og med at han i dagligdagen fungerer som tolk, f.eks. nu mangler hun de blodtrykspiller eller hun vil gerne have det franskbrød eller hvad det nu var, til pludselig at sige: "Nu dur du ikke til tolk, for nu skal vi snakke med din kone om noget andet", det er faktisk også et dilemma.

I: Ja, egentlig at skulle afskære en pårørende på den måde

C: Ja. Og på den måde egentlig signalere at vi ikke synes han var god nok til sin funktion som ægtemand.

I: Er der nogen situationer hvor du synes at den pårørende ville være god at have som tolk eller vil du generelt argumentere at man skal prøve at undlade at bruge pårørende?

C: Jeg tror det kommer an på den situation man er i og hvad man skal snakke med patienten om. For hvis det er almindelig dagligdagsting f.eks. om patienten har ondt eller de har kvalme, nogle syntomer eller medicin og vi kan mærke at den pårørende sagtens kan formidle det, så synes jeg det er fint at man bruger de pårørende. De er jo også en del af dagligdagen når patienten er hjemme. Hvis det er noget mere alvorligt, f.eks. overvejelse om livets afslutning eller sådan noget, så ville jeg synes det ville være svært at bruge pårørende. Fordi, det kan være svært for os andre at sige højt, så må det da om nogen være svært for de pårørende at sige det højt. Men hvor grænsen lige går, det er jo altid sådan en gråzone.

I: Ja, det kan vel også blive ubehageligt hvis man altid får lov til at tolke som pårørende fordi det ikke er alvorligt og hvis der så lige pludseligt bliver givet besked om at nu skal der en tolk indover, så ved alle jo pludselig godt at så er det alvorligt.

C: Ja, hvad er det så det handler om, ja lige præcis.

I: Ja, så det er som du siger, den der balancegang, hvor er det lige, hvor meget skal man bruge og hvor meget skal man ikke bruge dem. **Har du nogensinde oplevet at I har gjort brug af børn som tolke?**

C: Nej, ikke her. Jeg ved at den patient vi snakkede om før, som er tamiler og som har svært ved sproget – jeg ved at hendes søn vist nok har tolket engang, men det er også før min tid. Det er bare noget mine kollegaer har snakket om.

I: Ok, **men det er noget der finder sted, at man også bruger børn?**

C: Ja, det er det.

I: Vi kom rigtig godt rundt om det mere generelle og også om dine oplevelser. Det sidste jeg godt kunne tænke mig at vide er om du måske kunne være interesseret i at, hvis du fik muligheden for at videreuddanne til tolk, hvis der kom en overbygning på sygeplejerskeuddannelsen eller hvis der kom en helt ny separat uddannelse, som sådan ikke har noget med sygeplejersker at gøre, men hvor du uddanner dig som tolk og få de mere faglige begreber. Ville du kunne forestille dig at det ville være optimalt at opstarte sådan en uddannelse eller ville du synes der var andre måder hvorpå man kunne forbedre tolke?

C: Altså, jeg tror det ville være rigtig svært, fordi der er jo rigtig, rigtig mange sprog og hvordan skulle man lige blive tolk i. Så skulle det være fordi jeg skulle tolke på dansk for en dansk patient som skulle snakke med en anden læge f.eks. hvor jeg så kunne oversætte til engelsk måske. Men jeg tror egentlig at det er bedre at man har det som en separat uddannelse hvor man kvalificere nogle til at være tolke og man så kan kalde på når man har brug for det. Hvor man bare skal sørge for at det er en forretningsgang hvor de kan komme hurtigt og at man gerne må ringe og også bruge de penge det koster at bruge dem. Fordi det er jo også en del af det, økonomien i det.

I: Ja, **ressourcerne er ofte det som taler højest når man skal til at optimere og forbedre.**

C: Ja, lige præcist.

I: Og det er jo så også en af årsager til at videotolkning, at det begynder at komme mere og mere frem og der forskes mere og mere i hvordan det fungerer og om det er optimalt. Til sidst vil jeg bare høre om du har nogle andre forslag, end det vi har snakket om allerede, til hvordan man kan forbedre kvaliteten af tolke i det danske sundhedsvæsen?

C: Ikke lige umildbart. Det er ikke noget jeg sådan lige har tænkt over.

I: Men hvis det heller ikke er noget I støder på sådan hver eneste dag.

C: Det er det jo, vi snakker jo om det i forbindelse med nogle af patienterne, at man ved at de ikke forstår det man siger eller at man ikke er helt sikker på at de informationer de får de også

bliver lageret ordenligt. Men derfra og så til at tænke at der f.eks. skulle være en tolk for hver gang vi har patienten, det gør vi jo ikke. Så prøver vi på bedste måde at formidle det og være lidt kreative.

I: Jeg tænker også at det må være svært for jer at vide om, altså, hvor meget, altså, I ved jo ikke hvor meget der bliver tolket tænker jeg, så det må også være svært for jer at vide, blev det så gengivet, blev det ikke gengivet, så hvornår kan man sige "Hey, jeg tror ikke du fik sagt det hele osv."

C: Nogle gange kan man godt have den fornemmelse jo, altså hvis man synes man kommer med en lang forklaring og så høre man tolken sige fire ord. Så tænker man, øh, kan man sige det så kort på et andet sprog? Det er jo sådan nogle ting man kan overveje, men det kan man jo ikke vide.

I: Hvad gør I så i sådan en situation, opsummere I så igen: "Fik du nu fat i det hele?"

C: Ja, man kan jo også ved at lade patienten stille nogle spørgsmål finde ud af om de så har forstået sammenhængen i det. Men, man kan sige, de tolke som kommer bør jo også være fagligt kvalificeret så de har et højt fagligt niveau og godt kan gå ind i de snakke man skal snakke om.

I: har du nogensinde oplevet at tolke simpelthen ikke har forstået hvad du har sagt, altså på dansk til dem og så ikke vidste hvordan det skulle oversættes?

C: Nej, det tror jeg.

I: Nej ok, så de har alligevel haft en eller anden form for kompetence til at kunne oversætte. Jeg ved ikke om du har andet du har lyst til bidrage med eller?

C: Nej, det tror jeg ikke jeg har.

I: Jamen, så vil jeg sige 1000 tak fordi du gad at bruge din tid.

Appendix D

I = Interviewer

D = Interviewee

I: Hvor lang tid har du været uddannet og hvor lang tid har du arbejdet på Hillerød?

D: Jeg har været uddannet i 7 år og jeg har kun arbejdet på Hillerød en måned, men har jo arbejdet i alle de 7 år jeg har været uddannet på andre hospitaler. Først på Gentofte i 2 år og så 5 år på Herlev hospital

I: Så du har ret meget erfaring.

D: Ja, det kan man godt sige

I: Godt, det var bare lidt generelt om dig så jeg har lavet nogle spørgsmål som er bygget op, hvor jeg starter lidt mere generelt om tolkning, så går vi lidt over i dine oplevelser og så håber jeg på at vi kan snakke lidt om nogle alternativer til den tolkning der finder sted nu og så til sidst noget om optimering. Men du er mere end velkommen til bare at bryde ind hvis du lige kommer i tanke om noget uanset om det så har så meget relation til spørgsmålet eller hvis vi går over et spørgsmål og du kommer i tanke om noget bagefter.

I: Først, kunne jeg godt tænke mig at vide sådan i løbet af din arbejdsuge eller arbejdsmåned måske mere, hvor ofte føler du eller oplever du at der er behov for tolke?

D: Åh, det varierer jo rigtig meget synes jeg. Min meste erfaring ligger jo på Herlev hospital som jo er et optag-område, hvor der bor mange udlændinge og der synes jeg det var relevant ret ofte egentligt. Det er jo også svært at skelne mellem hvornår man synes der er behov for en tolk, det er jo noget vi altid diskuterer, "Er der behov for en tolk her, eller er der ikke behov for en tolk?" For det er også besværligt og selvfølgelig også dyrt for hospitalet at få at i, ikke at vi ikke må, men det er sådan en balancegang. Men jeg vil da sige at hvis det sådan er personligt, når jeg selv er på arbejde, så vil jeg sige sådan et par 4 gange om måneden vil jeg tænke at der skulle jeg i hvert fald have haft en tolk.

I: Og nu siger du "i hvert fald have haft en tolk", er det så fordi du egentlig ikke fik en tolk i de situationer?

D: Nej, det er fordi der er nogle situationer hvor man godt kunne have tænkt at det ville have været en god ide at have en tolk, men at så kunne man godt klare sig med lidt fagter og lidt engelsk eller en mand der kunne oversætte noget eller en kusine eller hvad de nu har med som kunne hjælpe en med at forstå.

I: Ok, så generelt mener du egentlig at er et ret stort behov i løbet af sådan en uge eller måned?

D: Ja, det synes jeg

I: Ok. De patienter som så har brug for tolke, ser du at der er et mønster i hvor de ofte kommer fra, et bestemt område, land eller bestemt sprog som I oftest har brug for tolke til?

D: I hvert fald i de lande hvor de ikke kan engelsk i stedet for, altså mange asiater f.eks. er jo ret velbevandret i engelsk, hvorimod **det er meget mellemøstlige lande hvor de måske ikke er så veluddannede fra starten af**. I hvert fald ikke dem der kommer til Danmark, det er nok mest der er et behov, så der **er oftest noget arabiske eller urdu**.

I: Når I så har brug for tolke til de her patienter, hvor kommer de tolke I så bruger fra? Et bureau, eller er det interne sygeplejersker eller jordmødre eller hvad oplever du mest?

D: Jeg ved faktisk, altså på **Herlev hospital havde vi også nogle udenlandske jordmødre hvor vi oftest selvfølgelig brugt dem hvis det var**, det giver jo kæmpe tilfredsstillelse for de her kvinder der kommer ind at de kan forstå dem. Ellers så er det et bestemt tolkeservice som egentlig **hedder Medicinsk Tolkeservice som er brugt på Herlev**, og nu kan jeg bedst udtale mig om Herlev, fordi jeg er lige starte på Hillerød.

I: Det er også helt fint.

D: Som var den vi skulle bruge, den hed **Medicinsk Tolkeservice**, men jeg ved faktisk ikke detaljerne bag ved den.

I: Ok, men det var den I skulle bruge?

D: Det var den vi skulle bruge. **Vi måtte godt, hvis ikke vi kunne få fat i nogen der, måtte vi godt ringe efter en anden, men vi lavede en eller anden aftale om at vi skulle bruge dem og det hedder Medicinsk Tolkeservice**, så synes jeg i hvert fald at det indikerer at de har noget personale der på en eller anden måde ved et eller andet om **de medicinske termer**. Det er jo svært at vide når de står og tolker for en, om **de rent faktisk siger det de skal sige, hvor meget medicinsk forståelse har de, fordi de er jo tolke, de spørger jo ikke om alle mulige andre ting, de tolker jo bare**.

I: Ja, det leder mig lidt hen til det næste spørgsmål, om du så føler de tolke der kommer ud fra Medicinsk Tolkebureau, om det er ungestuderende, eller erfарне – nogle som har erfaring med at tolke og måske gør det på daglig basis med dog uden uddannelse, eller det er mere autoriseret tolke?

D: Jeg synes det er **svært at svare på om de er autoriseret tolke, netop fordi man ikke ved hvad der kommer ud i den anden ende**. Men jeg synes egentlig at mit indtryk af dem er egentlig at **det er ret god kvalitet**. Der er **rigtig mange kvinder**, hvilket man oftest har brug for når det er, i hvert fald fra Mellemøsten af, der er **rigtig glade for at have kvindelige tolke**, det er jo en meget intimsituation på en fødestue. **De er oftest sådan, mange af dem er egentlig lidt ældre, sådan 50-ish i alder, jeg har aldrig set en ung tolk faktisk som jeg tænkte at det kunne være en studerende eller yngre end mig selv**, de har alle sammen været nogle velvoksne kvinder som i hvert fald har givet udtryk for at de har været med til fødsler før. At de har været med og tolke ved fødsler før. **Kvaliteten, der må jeg sige, der må jeg jo være svar skyldig, for det ved jeg ligesom ikke hvad der kommer igennem**. Kvinder i fødsel de **har jo lidt en tendens til ikke at**

høre hvad det er man siger fordi de er koncentreret om så mange andre ting og de har ondt og sådan noget, så det er jo tit at de stiller et spørgsmål som man allerede har svaret på før, og det gør de her kvinder selvfølgelig også, så der kan man jo ikke bare tolke som at tolken ikke har oversat det ordentlig, fordi nu spørger de om det igen. Fordi det oplever jeg egentlig ret tit, også med fuldstændig dansktalende kvinder. Så det vil jeg sige, det kan jeg ikke svare på. Jeg føler ikke at jeg har nogen dårlig erfaring eller hvor jeg har tænkt det var da noget værre rod. Jeg synes egentligt at umiddelbart det har fungeret, set fra min synsvinkel i hvert fald. Det kunne være interessant at spørge kvinderne, men de ved selvfølgelig ikke rigtig hvad de skal sammenligne med.

I: Nej. Så du føler egentlig at samarbejdet med de her tolke fungerer?

D: Ja, det synes jeg egentlig. Ja, altså når de er der så er det fint, det kan godt være et problem at få dem.

I: Ok, så fra en skala hvor et er meget dårligt og fem er meget godt, hvor ville du så placere dig, u tænker jeg både kvaliteten og ventetiden og bare sådan generelt det samarbejde I har med det her tolkebureau?

D: Hele samarbejdet. Der tror jeg at jeg vil ligge på en fire. Det eneste problem er at man nogen gange ikke kan skaffe dem. Det er ikke så svært at skaffe en arabisk tolk eller en der taler urdu eller noget, dem er der mange af, men hvis du går lidt mere, og det er jo ikke så mærkeligt, der er nogle afrikanske kvinder der har dialekter som nærmest ikke anede eksisterede det kan godt være en ret stor udfordring. Og der er nogle, når man ringer til dem, nogle sprog de ikke tolker fordi de kan ikke skaffe tolke til det.

I: hvad gør I så?

D: Ja, så må vi jo klare os uden, der er ikke noget alternativ overhovedet.

I: I kan ikke sende dem et andet sted hen hvor der måske, en anden region eller, I bliver nød til bare at tage dem ind og så prøve og gøre jeres bedste med fagter osv.

D: Ja

I: Ok, spændende. Det var lidt generelt om bare tolkning. Nu var du selv lidt inde på det, noget med kvaliteten. Men jeg ville høre om du kunne prøve at give en så detaljeret beskrivelse som muligt at en situation hvor I har haft brug for en tolk, og måske hele processen fra I indkalder en tolk til tolken er ude igen og hvad der egentlig sker i en sådan proces og hvordan tolkningen egentlig er hvad du oplever?

D: Ja. For det meste så bliver det jo grundlagt når de går i konsultation hos jordmoren om der er behov for en tolk ved fødselen. Så sker der jo det igen når de så ringer ind, så kan de godt have en telefon tolk, oftest så bliver det faktisk ikke brugt der, så får de et større barn eller en nabos eller en kusine eller et eller andet til ringe og få formidlet på et eller andet sprog at kvinden har veer eller vandafgang eller hvad hun har. Så bliver de selvfølgelig inviteret ind, oftest bliver de inviteret ind på et lidt skaldet grundlag fordi der bare er

kommunikationsproblem, det er svært at finde ud af hvor ondt har hun, hvor mange veer har hun og har hun brug for at komme ind. Det er jo meget nemt når man godt forstår hinanden, hvor det ligesom er relevant og man kan ligesom guide dem, men det kan man ikke rigtig når man ligesom bruge flere led af familiemedlemmer. Så de kommer oftest ind på tidspunkter de slet ikke havde behøvet at være inde på eller havde brug for at komme ind på. Men det gør det fordi vi bliver ligesom nød til at vide hvad er det du snakker om og vi kan ikke vide hvor ondt du har eller om vandet er gået eller om du mærker dit barn. Jeg har flere gang oplevet at spørge manden om, vi spørger dem altid om de mærker deres barn at sparke og jeg bliver simpelthen nød til at omformulere på jeg ved ikke hvor mange mærkelig måde for at spørge om de mærkede en baby sparke derinde fra og han forstod overhovedet ikke hvad han sagde. Så var jeg jo nød til at invitere dem ind for jeg kunne jo ikke vide om hun rent faktisk mærkede sin baby, det er jo fuldstændig unødvendigt.

I: Så bare hele starten af processen bliver der faktisk brugt rigtig lang tid på bare at skabe en forståelse om hvad er det helt præcist for en situation, er det en fødsel eller er det bare.

D: Ja, et lille tjek op af et eller andet. Når de så kommer ind, der har vi jo ikke bestilt en tolk endnu fordi vi ved jo også godt at en tolk skal være med til en fødsel og en fødsel kan jo være rigtig lang tid, så vi er nødt til først at finde ud af om den her kvinde overhovedet er i fødsel eller ej, så der skal vi jo stå igen med fagter og prøve at forklare en kvinde at hun skal tage tøjet af og vi skal undersøge hende indvendigt, som hun måske aldrig nogensinde har prøvet før, måske har hun måske har hun ikke, og som bekendt, i sær mellemøstlige kvinder er jo ikke så glade for at være nøgne foran andre folk, så alle går ud og så står man der alene og prøver at kommunikere med hende. Det er jo enormt utrykt, i sær for hende, det er jo hende vi tænker på. Hvis hun så ikke er i fødsel så man må prøve at forklare hende altså frem til, hvad kan hun såøre, du har ondt du skal have noget smertelindring vi skal køre sådan en hjertelydkurve. Det er virkelig besværligt og hun skal også være tryk ved at tage hjem, så titender man med at lade hende blive på hospitalet fordi man ikke kan finde ud af om hun egentlig er ok med at tage hjem, hvilket de oftest ikke er.

I: Nej ok. Og der kunne I ikke f.eks. ikke har brugt en telefontolkning der?

D: Hvis jeg skal være helt ærlig så har jeg aldrig brugt en telefontolk, jeg har hørt at man kan gøre det, men det eneste tilfælde jeg har hørt eller brugt en telefontolk det har været med kvinder der var døve. Der har jeg brugt en telefontolk. Det ved jeg faktisk overhovedet ikke om er muligt, jeg kunne ikke se det. Jeg har tit siddet og kigget på den der, vi har en procedure for tolkeservicen og der har jeg ikke kunnet se det. Jeg er i hvert fald aldrig blevet gjort opmærksom på hvordan man kan gøre det. Men det er jo også lidt besværligt ikke. Hvordan skulle det så fungere? Skulle man så have telefonen på højtaler og så tage en telefon man kunne gå med, med ind til kvinden og så tolke der, sådan måtte det næste være. Men det gør jo tit at tingene bliver gjort lidt unødvendigt. Og hun selvfølgelig også er mere utryg fordi hun heller ikke ved om vi helt forstår hvad det er hun siger. Når først hun er i fødselen, så er det vi siger at nu bliver nødt til at have en tolk, for hvis nu der sker et eller andet akut eller et eller andet, så bliver der simpelthen nødt til at være en der kan få dem til at forstå hvad der sker. Så bestiller vi jo en tolk og hvis det er et velkendt sprog så er det normalt ikke noget problem, de kommer normalt pænt hurtigt. Det er typisk sådan at når jeg ringer til dem, de siger "jeg ringer rundt, jeg ringer tilbage" og så ringer de i løbet af 10 minutter og så er de der inden for

en time derfra. Så det synes jeg egentlig går fint hurtigt og uden de store problemer. De er der jo nogle gange rigtig lang tid de der tolke.

I: Ok, der simpelthen er der igennem hele processen?

D: Gennem hele processen og når hun har født og efterfølgende med indtil hun kommer ned på barselsgangen. Man kan sige, der har man jo ikke et mindre behov.

I: Nej

D: Men, de kan jo ikke være der 24 timer i døgnet den første uge, vel. Det kan simpelthen ikke lade sig gøre. Jeg tror ikke de bruger dem videre nede på barselsgangen, men jeg ved det faktisk ikke. Jeg ved heller ikke om de har materiale at give på andre sprog. Jeg ved på Gentofte fik vi oversat nogle foldere til forskellige sprog, som man kunne tage i graviditeten. Sådan grundlæggende, hvad når vandet går og veerne kommer og sådan noget, men det har der intet været af på Herlev.

I: Når tolken kommer ind, føler du så, hvordan oplever du kvaliteten af den tolkning der så finder sted under den her proces? Føler du at det er nemt nok at kommunikere til tolken hvad den skal videregive til patienten?

D: Ja, det synes jeg fungerer meget professionelt, igen jeg ved jo ikke hvad hun siger, kan man sige, men de er meget professionelle. Der er lige to minutters jeg er her fra og så spørger de sikkert om "du kommer fra den provins?", etellers andet så de lige ser hinanden lidt an. Det er jo også naturligt nok. Så synes jeg egentligt at når jeg siger noget, så kommer der ord ud ad hendes mund som svare til samme længde som jeg har sagt, nogle gange når det er manden der tolker så kan man stå og forklare hvorfor man gør dit og dat og så siger han tre ord og så tænker jeg ok, det kan umuligt dække alt det jeg lige sagde. Hvorimod når det er tolkene så føler jeg at det kommer videre det jeg siger, og der er ikke noget snik-snak, var jeg lige ved at sige. Jeg føler egentlig at de laver en god service, men jeg ved som sagt igen ikke hvad de siger.

I: Men du kan så se om kvinden så rent faktisk gør det, presser hun så også når du beder hende om det og sådan nogle ting. Der kan du vel finde ud af om tolken så har tolket rigtigt?

D: Ja, umiddelbart ja. Der hvor man ligesom kan være i tvivl om det er tolket rigtigt det er jo hvis man f.eks. skal informere om en epiduralblokade og om de bivirkninger der er ved en sådan rygmarvsbedøvelse. Der er nogle forskellige bivirkninger man skal vide, man kan få feber, man kan bløde og blodtrykket kan falde og der er mange ting og det er jo rigtig vigtigt at den kvinde forstår hvad det er hun siger ja til. Og det kan jeg selvfølgelig ikke vide om bliver sagt, men jeg føler at det bliver sagt. Jeg føler egentlig at kvaliteten er meget god.

I: Det er jo super godt at vide, at i sær for jer, for i sidste ende er det jo patienten der er vigtigst at informationerne kommer frem til.

D: Ja, der er stor stor forskel på at bruge en tolk og så bruge et familiemedlem

I: Ok.

D: Og mange af dem vil faktisk ikke have en tolk. De vil gerne have at vi bruger et familiemedlem.

I: Det kunne jeg godt tænke mig at vende lidt tilbage lige om lidt, men inden kunne jeg godt tænke mig at vide, nu sagde du at du ikke havde sådan gjort brug af telefoni eller telefontolkning, kunne du forestille dig at sådan noget som videotolkning, hvilket allerede er noget som bliver forsket rigtig meget i, hvordan man kan optimere det og få det implementeret på mange sygehuse osv., kunne du forestille dig at videotolkning på måske også mangel på sprog af forskellige tolke, du snakkede om at der var en patient hvor I ikke kunne finde en tolk til det sprog. Kunne videotolkning eller telefoni være en løsning på en sådan situation?

D: Du mener sådan ligesom Skype?

I: Ja, f.eks.

D: Altså, hvor det er en reel person på den anden side

I: Ja, det er ikke en robot

D: Ikke en optagelse

I: Nej, eller en Google translator

D: Jamen, egentlig så kan jeg godt se fidusen i det, fordi der nok findes en tolk et eller andet sted i det danske land der ville kunne det der forskellige afrikanske sprog som den her kvinde f.eks. talte. Der ville jeg jo synes det var meget smart. Men man skal også passe på at det ikke bliver sådan en sovepude på at man så i stedet for at få tolkene ud og sidde, bruger det her i stedet for. For der er jo forskel, i særlig i en situation som en fødsel, på at have en siddende hos sig og så have en over en tv-skærm. Det kunne helt klart løse problemet med de der sjældne sprog vi har og egentlig kunne jeg også godt se fordelen i det i sådan en ikke fødselssituation, men hvis der er et eller andet akut, hvis de pludselig bløder eller vandet går og de skal have nogle informationer om hvad er det du skal være opmærksom på, hvad er det der skal ske fremadrettet når de bliver i gang sat f.eks. at man havde et sted man kunne ringe op til der ligesom havde fortalt de der procedurer før eller et eller andet og sådan kunne forklare dem hvad det var der skulle ske. Det kunne egentlig være meget smart.

I: Men ikke under selve fødselen, der ville du foretrække at der kom en fysisk tolk ud?

D: Ja, det tror jeg, det ville være for mærkelig på en fødestue at have en computerskærm der stod åben og man talte til og igennem. En fødsel er utroligt personligt og der ville jeg bare synes det var bedre at der var en virkelig person.

I: Ok. Nu snakkede du selv lidt om det der med at der er meget forskel på når I gør brug af tolke og manden f.eks. Har der været nogle situationer hvor, eller oplever du tit, at du har

situationer hvor du bruger pårørende i stedet for, og hvordan oplever du så kvaliteten af det?
Du var selv lidt inde på det

D: Altså, der synes jeg kvaliteten er markant dårligere {når der bliver brugt pårørende}. Jeg føler tit at der ikke bliver sagt alt det jeg siger. Og jeg går meget op i at være informerende og sørger for at de ved hvad det er der skal foregå og hvad der er af gode ting og dårlige ting ved de valg de nu end skal tage. Det er jo informeret valg når man føder og man siger ja og nej til ting. Så kan det også være svært, i sær når det er mange gange fødende, nogle gange så bruger de deres store børn fordi de kan jo fint dansk, de er jo opvokset her i det danske land. Men det er lidt svært at snakke med en eller anden teenagedreng om når vandet går eller hvis man bløder vaginalt, altså sådan nogle meget intime ting. Eller om amme hjælp. Det kan de slet ikke bære, det er simpelthen for intimt ift. at det er deres mor. Der kan man virkelig godt mærke at kvaliteten den daler voldsomt, men som jeg sagde før, så er det faktisk en del af kvinderne som ikke ønsker, eller som slår det lidt hen og siger "jamen altså, min mand taler jo fint engelsk eller dansk", men det er ikke altid det er helt så godt som de selv synes. En ting er at man godt kan begå sig i det danske samfund og sige "goddag hvordan går det" og "jeg vil gerne købe en pakke rugbrød", men det er jo ikke det samme som at man helt kan forklare de lidt mere tekniske ting.

I: Så du har oplevet at du har haft brug for at bruge børn som tolke?

D: Ja, flere gange. Der var faktisk en på Hillerød tidligere på ugen hvor der stod en teenagedreng, det var ikke min stue, men hun sad og fortalte om det bagefter jordmoren hvor voldsomt det havde været. For bare det at hun trak morens trøje op for at mærke hende på maven, det var bare maveskind man kunne se, så trak han sin trøje op over hovedet så han ikke kunne se noget, fordi han syntes at det var så grænseoverskridende at se sin mors maveskind og han vendte sig rundt og stod med ryggen til. Altså han kunne slet ikke bære det. Jeg tror faktisk de sagde at han var 18, men han så markant yngre ud, han var lidt sådan en lille splejs. Men jeg tror de sagde han var 18 og det kunne han slet ikke kigge på det, det er lidt af et problem, når man ligesom skal informere og fortælle og hun rent faktisk skal føde. Så kan det ikke nytte noget at der sidder en over i hjørnet med trøjen op over hovedet

I: Nej, så føler du så der er nogen situationer hvor pårørende kunne være en god ressource at trække på eller vil du generelt foretrække at man hovedsagligt brugte autoriseret eller erfарne tolke, fra det Medicinske Tolkebureau I bruger?

D: Altså, den eneste fordel der er ved at bruge en pårørende af en art er jo at de selvfølgelig godt kender dig og de ved ligesom, især hvis du har født før, så ved de hvad kan du klare og hvad kan ikke klare og hvad havde du godt af sidste gang i tilfælde af at hun har svært ved at få det formidlet. Lige i går havde jeg faktisk en kvinde fra Pakistan som endte med ikke at nå ind på hospitalet, hun fødte i ambulancen, hun var tredjegangs fødende. Og hun havde en veninde med som talte dansk og hun (den fødende) talte så fint engelsk, men hun kunne slet ikke forstå engelsk da hun kom ind, så hun blev nødt til at sige på engelsk at hun ikke kunne forstå hvad jeg sagde, men da først hun havde født, eller da havde hun født, men hun havde efterveer, og da hun først holdte op med at have efterveer fordi jeg gav hende smertestillende, så kunne hun sagtens tale engelsk og forstå hvad jeg sagde, men det kunne hun ikke der, fordi hun havde ondt. Så kunne hun ikke magte at tale engelsk, så der måtte jeg bruge hendes

veninde som jeg talte dansk til som så oversatte til pakistansk. Det var et meget interessant scenarie, fordi hun var faktisk ret god til engelsk, hun kunne bare ikke koncentrere sig om ikke sit modersmål når hun havde ondt.

I: Nej, så en meget presset situation

D: Ja, det er meget tankevækkende, ikke. Fordi at man tit tænker, jamen de taler fint engelsk, det er ikke noget problem. Men der er altså forskel på at have sit modersmål når man er presset og så et andet sprog.

I: Ja. Og det fungerede fint nok med veninden?

D: Ja, og hun kendte hende jo sjovt nok, så hun vidste jo godt at sådan var det også sidste gang, med de voldsomme efterveer. Hun skal bare have nogle piller og sådan noget og veninden der sagde at hun ikke har spist hele dagen, det ved jeg, så du skal give hende noget at spise, og hun (den fødende) sagde "jeg er ikke sulten, jeg er ikke sulten" og det endte så med at jeg gik ud og lavede noget mad til hende og sjovt nok spiste hun det mad jeg lavede til hende. Så der var det jo en fordel, men altså veninden kunne jo også godt være blevet uden nødvendigvis at være tolk jo. Hun gør jo ligeså meget gavn hvis hun bare havde været med og ligesom kendte sin veninde. For manden skulle jo passe de andre to børn.

I: Ok, så du ville foretrække tolke.

D: Ja, det ville jeg.

I: Nu har vi snakket sådan lidt om alternativer og lidt konsekvenser hvis der er mangel på tolke osv. Jeg kunne godt tænke mig her til sidst at snakke lidt om hvordan man så kunne optimere hele det her system, på forskellige måder. Først kunne jeg godt tænke mig at spørge dig om, hvis du kunne et andet sprog om du kunne forestille dig at du ville synes det ville være en god mulighed for dig at videreuddanne til tolk? Så du kunne bruge det i din arbejdsuge. F.eks. hvis der blev oprettet en tolkeuddannelse og hvis der blev oprettet sådan en uddannelse vil du så se det som en mulighed i forlængelse af jordmor-studiet eller sygeplejerskestudiet eller skulle det være en separat uddannelse? Hvad kunne du forestille dig, det var mange spørgsmål i en.

D: Ja, men vi prøver at tage det fra en ende af. Reelt set så synes jeg jo det er en god ide at være uddannet indenfor faget man tolker i. Når det er sagt så ændre de der fag sig jo hele tiden, så lige som man tror man har lært noget, så bliver der lavet om på det hele, så det er ikke fordi man skal stående fast på at man så ved alt, fordi man har uddannelsen, men det ville helt klart være en fordel. Rent faktisk så havde jeg jo egentlig villet helt fra starten af været tegnesprogstolk oveni at være jordemor, og så tænkte jeg at jeg kunne specialisere mig og tage de kvinder der var hørehammet. Det blev aldrig rigtig til noget, men jeg havde faktisk intentionen og jeg synes faktisk det er en rigtig god ide. Hvis du var en uddannelse hvor du blev spansk tolk eller hvad ved jeg, så kunne jeg faktisk godt overveje det. Jeg har selv prøvet at være indlagt i udlandet og selv prøvet hvordan det var at have en tolk og følt den der frustration over når hun ikke var der og frustrationen over det jeg sagde højt rent faktisk blev videregivet ordentligt ift. hvordan jeg prøvede at formulere det. Det er faktisk sådan lidt en

mærkesag for mig det der, jeg er nok den første til at kalde en tolk ind fordi jeg ved selv hvor frustrerende det er ikke at blive forstået.

I: Men hvis man kunne cutte det der led imellem patienten og jordmoren, så ville du foretrække at man kunne det? Hvis du selv kunne stå til rådighed som tolk?

D: Helt sikkert, man ser jo klart en meget stor tilfredsstillelse, de der kvinder bliver jo så glade når der kommer en jordmor ind **der kan deres sprog**. Det er jo meget at forlange kan man sige at man kan få det, men i de tilfælde det kunne lade sig gøre synes jeg da det er en rigtig god ide. **Vi har jo også nogle jordmødre, det havde vi også på Herlev, som kunne spansk f.eks., vi havde også en del fra Spanien af. Og de bliver jo bare lykkelige.** Vi havde også en der kunne russisk, så det var jo super godt.

I: Skulle det så være i forbindelse med jordmoderuddannelsen eller skulle det være en helt separat uddannelse hvor du så kunne uddanne dig mere sundhedsfagligt, så man fik terminologien ind? Hvad ville du synes ville skabe den bedste?

D: Det ville nok være den sundhedsfaglige, fordi hvis man nu slog sig ind på at være tolk i et bestemt sprog, hvis jeg nu var god til fransk, det er jeg ikke helt, men hvis jeg nu besluttede mig for at jeg skulle blive rigtig god til det, **eller man havde en fransk mand, mange er jo gift med en udlændinge eller i hvert fald er rigtig gode til sprog, så ville jeg jo, hvis jeg besluttede mig for at jeg gerne ville være tolk for kvinder der var i det her sprog,** så ville det også give mening for mig også at være der hvis de var indlagt på onkologisk eller gynækologisk eller alle mulige andre afsnit, så synes jeg ligeså godt man kunne brede det ud og ikke bare gøre det jordmoderfagligt, men så helt sundhedsfagligt, så det kunne være sådan en lille ekstra uddannelse, eller et længere kursus. **For jeg synes det er en rigtig god ide. Som nødvendigvis ikke var sådan selve sproget, men man skal selvfølgelig have en hvis kvalitet til sproget for at kunne være tolk, kan man sige ikke.** Men det må man jo tjekke på en eller anden måde, men **mere med netop termerne indenfor sundhedsvæsenet eller lære sin rolle at kende som tolk,** man skal huske at det ikke er noget socialt, jeg var lige ved sige våben, men det var ikke det jeg mente, et middel.

I: Sådan helt generelt her til sidst, vil jeg høre hvordan du tror eller du har nogle forslag til udover det vi har snakket om nu, om hvordan man kan forbedre kvaliteten af den tolkning og tolke i det danske sundhedsvæsenet, som finder sted lige nu? Er der et eller andet du mener der skal forbedres eller der er mangel på?

D: Jeg synes i hvert fald at de papirinformation som jo ikke er ret mange, som vi jo har på dansk, at det kan ikke være den stor udfordring at få det oversat til forskellige sprog, det kan jeg simpelthen ikke forstå at man ikke har gjort endnu. Rent grundlæggende, vi har masser af foldere om hvordan vi sætter i gang, hvad nu hvis vandet går, barn i vente, altså fødselsforberedelse, når du skal sættes i gang, alle de ting, det må ligesom, det må kunne formidles og laves i papirfolder på forskellige sprog så folk kan få det på deres sprog. Når de går ambulante hjem efter en fødsel, altså sådan fire timer efter de har født, så får de jo en masse informationer om hvordan børnene skal sove, forebygge vuggedød, med blødning efter og amning osv. Og i dag er det jo sådan, at hvis ikke du taler dansk så anbefaler vi faktisk at du bliver på hospitalet, bliver indlagt på barselsgangen, hvilket ikke giver den store mening, for

havd skal de sige til dig, der ikke forstår dansk mere end hvis du var gået hjem og fået besøg af en jordmoder og sundhedsplejersken tidligt. Men det er det man anbefaler lige nu. Jeg tror af afmægt egentlig. Så hvis de går hjem, så giver vi dem en masse foldere og vi giver dem på dansk og siger jamen jeg håber at du har en dansk nabo der kan hjælpe dig med at oversætte eller det er bare ikke tilfredsstillende, fordi sådan noget papir materiale er relativt nemt at få ordnet.

I: Ja, det kunne måske også forkorte hele den proces der er for jer med at I skal stå og prøve og forklare alle de her ting som I i principippet bare kunne give ud på skrift og så kunne de læse det igennem og så komme med spørgsmål til det de måske ikke forstod, i stedet for at I går i dybden med en masse ting.

D: Ja. Og man kunne gøre det med mange af de ting vi bruger. Som Epiduralblokade hvor vi gennemføre den her rygmarvsbedøvelse med forskellige bivirkninger. Der kunne man jo sagtens lave sådan en app på forskellige sprog, eller en lille video som ligesom siger "det foregår sådan her, du skal vide at det er de her bivirkninger og du skal ligge sådan her og du skal krumme sådan her og så gør lægen sådan her" som man jo sagtens kan få oversat til forskellige sprog, det kan man egentlig også bruge til danske kvinder. Jeg synes måske det er lidt upersonligt ved en dansk kvinde som man godt kan snakke med, at stikke hende lige og tjek lige den her så snakker vi om det bagefter. Der kan man jo sagtens formidle det, men nu når man har en kvinde som man har lidt svært ved at kommunikere med så er det da en meget god løsning at vise hende sådan en lille video på hendes eget sprog. Så kan hun stille spørgsmål derfra igennem tolken, også selvom tolken er der, så synes jeg faktisk det kunne være en god ide.

I: Så meget mere på skrift, skriftligt materiale som I kan sende ud eller noget video?

D: Ja

I: Noget mere forklarende, så I ikke skal bruge tid og ressourcer på det.

D: Ja. Egentlig så har jeg jo foreslået tidligere at man lavede nogle små videoer omkring det scenarie der er når man lægger en sugekop, eller man skal have epiduralblokade. Hvad der sådan foregår, det skulle være sådan nogle så videoer man kunne sidde og se på internettet, for alle. Så er det jo bare et spørgsmål om at kunne skifte sprog, ligesom på en DVD, så man får det sprog man bedste forstår, så man har set lidt om det inden man kommer. Det kan give hende lidt tryghed. Så kan det godt være man skal gentage det for meget husker de lige og sådan noget, men så er der en grundviden

I: Spændende løsningsforslag du kommer med der, spændende tanker. Jeg ved ikke om du har mere at tilføje eller noget vi ikke har fået vendt?

D: Næh, jeg havde jo egentlig et meget godt eksempel fra Gentofte af hvor vi havde en asiatsk som skulle have et kejsersnit, jeg kan overhovedet ikke huske hvorfor, men det var planlagt kejsersnit. Normalt når man møder op til et planlagt kejsersnit så har man fastet siden midnat og det havde hun ikke forstået. Så da hun kommer og man spørger hende "Er det korrekt at du har fastet siden midnat" på engelsk, man talte engelsk med hende, så sagde hun" Nej, hun

havde spist morgenmad, det var hun ikke klar over. Så havde vi lyttet til babyen og sagt at du bliver nød til at komme igen om fire timer, du skal være fasten fire timer, så vi sendte hende hjem igen. Så kom hun tilbage fire timer senere og de laver kejsersnittet og ud kommer tager de altså et dødt barn, som er død i de her fire timer og den stakkels kvinde må da have tænkt en milliard gange hvad nu hvis jeg havde forstået at jeg skulle have været fastende, så havde kunne jeg have haft et lille barn. Han kunne have været død alligevel, vi ved ikke hvorfor, vi aner ikke hvorfor det døde, jeg aner ikke hvorfor hun fik kejsersnit, men hele scenariet er jo faktisk her at der var noget hun ikke havde forstået. Om det var pga. At det var på engelsk eller det kan man jo heller ikke sige. Men det er ikke bare, kan man sige, det kan altså godt have nogle ret fatale konsekvenser. Især psykisk for de her kvinder. Det der med at skulle lægge en sugekop på en kvinde, der ikke forstår hvad man siger, fordi man er bekymret for barnet, re ret voldsomt, det er ret voldsomt for folk der forstår hvad du siger at få lagt et sugekop. At skulle lægge det på en, det er et utroligt overgrebsagtigt, hvor man nærmest må tvinge hende, fordi man altså er bange for at det barn der tager skade hvis ikke det kommer ud. Det er meget voldsomt.

I: Ja, så der er nogle ret voldsomme konsekvenser, hvis der er en form for kommunikationsbrist.

D: Ja, tænkt at skulle opleve det, at der står nogle og hiver dine ben ud til siden og lægger noget ind der gør ondt og trækker dit barn ud som gør ondt. Altså, det er jo bare virkelig voldsomt, hvis ikke du overhovedet har nogen begreb over hvad der foregår.

I: Det er en skrækkelig situation

D: Ja, det var en forfærdelig historie der lige kom der. Men det var bare lige for at understrege hvor vigtigt det egentlig er.

I: Det kunne også være at hvos hun havde nogle informationer på skrift om at hvis du skal have kejsersnit så må du ikke, så skal du faste i så og så lang tid, hvis hun bare kunne have læst det på sit eget sprog, kunne det også være at det kunne ahve reddet noget der.

D: Ja.

I: Det ved man selvfølgelig aldrig.

D: Næh, det ved man ikke.

I: Jamen, 1000 tak.

D: Velbekomme

Appendix E

I = Interviewer

E = Interviewee

I: Hvor lang tid du har arbejdet på Hillerød og hvor lang tid du har været uddannet?

E: Ja, jeg er jordmoder og har været det i syv år og jeg har været på Hillerød hospital i fem år.

I: Det var bare lidt baggrundsviden om dig. Så har jeg nogle spørgsmål jeg godt kunne tænke mig at stille dig og de er bygget op således at vi starter med lidt generelle spørgsmål omkring tolkning og så lidt om dine oplevelser og så håber jeg at vi kan gå over i lidt om måske nogle alternative og konsekvenser og så til sidst noget optimering af tolkningssystemet.

Jeg har lavet nogle spørgsmål, men du er mere end velkommen til at byde ind hvis du lige kommer i tanke om et eller andet eller hvis vi er gået forbi et spørgsmål og du tænker "hov, der var lige noget jeg gerne vil tilføje", så gør du bare det.

E: Jeps

I: Først så kunne jeg godt tænke mig at spørge lidt om i løbet af en arbejdsuge eller arbejdsmåned mere, hvor ofte føler du at der er behov for tolkning?

E: Altså, på hele afdelingen, fordi jeg jo kun er der 30 timer om ugen max., så tror jeg at det er næsten dagligt. Fordi vi jo både har en modtager afdeling med akutfunktion og igangsættelse og så en fødeafdeling, for når folk kommer ind og skal føde. Om ikke dagligt, så i hvert fald fem gange om ugen. Og i og med at der også er konsultationsfunktioner tilknyttet ude i byen, der bliver der også lavet tolke aftaler fast, så det er minimum en gang om dag, et eller andet sted i vores afdelingsregi.

I: Er det så faste aftaler eller mere akutte situationer?

E: Det kan enten være booket flere uger i forvejen eller det kan være at vi har brug en her og nu.

I: Ok, jeg vil gerne komme ind på det med de mere akutte situationer senere, men lige sådan først omkring de patienter I så bruger som har behov for tolke, hvor kommer de oftest fra? Ser du at der er et mønster?

E: Ja, altså vi bruger et tolkebureau, primært. Som levere til os.

I: Og de patienter I har behov for sprog til, er det?

E: Altså, vi har jo, det er meget muslimske sprogstamme eller hvad man siger, det hedder det jo ikke, det hedder arabisk sprogstamme og også østeuropæisk Rumænske, hvad hedder det, russiske og mellemøstlige. Vi har et par flygtningecentrer og asylfængsler der er tilknyttet vores område. Så når der er kvinder der som gravide eller skal føde så kommer de jo til os og

det er jo typisk derfra. Så har vi også, vi kan jo engelsk alle sammen. Vi bruger aldrig tysk tolkning ellers. Hvis der er nogle tysktalende, med tysk som modersmål, så kan de som regel også engelsk, eller noget dansk hvis de er i Danmark, så de kan noget.

I: Så det er oftest de lidt mere arabiske og andre sprog som vi ikke lige bruger her i Danmark.

E: Ja, det er ligeså meget de som kommer mere af nød, det er ikke arbejde der har trukket dem til her, de er som regel ikke særlig veluddannet som vi har brug for tolke til

I: Nu nævnte du at der er nogle flygtningecentrer og asylcentrer der er tilknyttet jeres afdeling. Ser I så her på det sidste at der er kommet mange syre til?

E: Ja, det er både syre og afghanere og ja, og så også nogle afrikanske stammer engang imellem. Så vi har også brugt for noget swahili engang imellem

I: Så det er super mange forskellige sprog der hele tiden kommer ind.

E: Ja, det er mest mellemøstlige sprogstammer

I: Nu nævnte du at når I så får tolke ud, så bruger I et tolkebureau. Jeg har prøvet at lave sådan en kategorisering, hvor du måske kunne prøve at kategorisere hvilken baggrund de tolke, som du oplever det, de har, som kommer ud?

E: Ja, altså, de er autoriseret så vidt jeg ved. Jeg spørger jo ikke om de har en uddannelse, men det går jeg stærkt ud fra at de har.

I: Ja.

E: Jeg regner med at de når de kommer fra tolkeservice, så er det nogle der ligesom har gennemgået en eller anden form for standard for uddannelse på det punkt. Og de er, jeg tror endda at de går så vidt til at kalde det Medicinsk Tolkeservice.

I: Ok

E: Så de kan nogle begreber, til sygehuset.

I: Ok, så du føler at de er forholdsvis kompetente de tolke der kommer ud så?

E: Ja, det synes jeg. Det har jeg på fornemmelse af.

I: Ok. Hvordan oplever du så samarbejdet med de her tolke og tolkebureauerne? Der har jeg lavet en skala hvor 1 er meget dårligt og 5 er meget godt.

E: Ja, det ligger oppe på en 4-5 stykker. Jeg synes det kører sådan set meget godt. Nogle gange er der lige lidt forvirring i form af det administrative og der er den seddel hvor man skal udfylde efter om de har været her og hvor mange timer og sådan noget, det roder lidt. Der synes jeg, vores procedure eller kommunikationen omkring hvordan vi gør det, er ikke særlig

klar for sådan en som mig på gulvet f.eks. Altså jeg ved godt hvad jeg skal gøre for at bestille dem, men det efterfølgende det ved jeg ikke så meget om. Det giver nogle gange lidt irritation.

I: Ok. Er der så lang ventetid på de tolke eller føler du egentligt at?

E: I akutten, nej synes et par timer kan de godt honorere noget med. Det plejer at være sådan her, det er vist et senere spørgsmål hvordan det forløber, sådan at.

I: Ja, det kan vi bare gå over i nu, hvor du beskriver en situation.

E: Der kommer én ind og her bliver vi simpelthen nød til at have brug for en tolk eller det er planlagt i graviditeten at når hun skal bruge så er der brug for en tolk. Så ringer vi til, der er to muligheder nu.

1) Enten, hvis vi ikke har nogen aftale i journalen og hun kommer ind udefra og lige er landet i Danmark. Så ringer vi til tolkeservice. Så ringer de tilbage indenfor ganske kort tid, om der kan komme en og hvornår han eller hun, som regel hun, kan komme. Det plejer ikke at være mere end 1-2 timer. Det synes jeg er rimelig godt. Hvis det har været svært så er det nogle som måske er et andet sted, og så kan vi lave en telefontolkning til lige at tage toppen af det værste mens vi venter på at der så kan komme en tolk til stede. Det bruger vi en del, også for lige at lave nogle hurtige afklarende spørgsmål. F.eks. dengang du fik kejsersnit, var det så et eller andet. Det kan være nogle helt specifikke ting vi lige har brug for at vide, så kan vi lave det på en telefontolkning

I: Ok, og det er også hurtigt at få fat i en telefontolk.

E: Ja, det synes jeg. Det går fint.

I: Nu snakkede vi lidt om den her proces, kan du prøve at gengive en situation hvor I havde brug for en tolk og hele den proces med hvordan der blev tolket og patientens situation og helt ind til at tolken egentlig tog af sted igen?

E: Ja, altså der er jo mange forskellige situationer. Det er jo sjeldent at jeg er der hele gangen igennem for så er der jo vagtskifte.

2) En situation kunne være at der kommer en kvinde ind og der står i journalen at der er brug for tolk. Enten ringer vi til tolkeservice eller også så de allerede en som de måske har brugt fast i konsultationerne undervejs. Så ringer vi til det nummer og så kommer hun så ind. Så kommer de som regel hinanden i forvejen hvis det er sådan en aftale, og det er rigtig fint for den fødende. Så er de der jo og så sker der det som nu sker og så føder hun og så er hun færdig med det og så de aftaler der ligesom skal gøres færdige og så siger de pænt farvel og så udfylder de så den her seddel, om at hun er blevet kaldt herfra og dertil og så går hun hjem igen.

I: Og det plejer som regel at fungere super godt og hun kommer frem osv.?

E: Ja, det tror jeg. Men det kan godt være, det er lidt forskelligt. Der har vi forskellige tolke, det er jo ikke alle der er guld. Sådan er det jo ved alle faggrupper. Der er nogle, der kan godt være nogle hvor man har fornemmelsen af, nej, jeg ved at der er en. Der er en vi bruger rigtig

meget, hun er rigtig sød og kærlig overfor de her, men hun har været her så meget nu at hun nærmest går ind og agerer fagperson også. Ligesom går ind og nogle gange, når jeg beder hende om at forklare noget, så forklare hun det og så forklare hun videre baggrunden for hvorfor jeg siger det jeg gør, og det kan jeg egentlig godt høre at hun gør og jeg synes også det er fint nok at hun gør det, jeg har bare ikke bedt hende om det. Så hun går ind og agerer og tager en lidt aktiv rolle mere end bare er oversætter. Det kan godt være lidt besværligt nogle gange.

I: Hvorfor er det besværligt?

E: Jamen det er besværligt fordi, jeg ved jo ikke lige præcist hvad det er hun siger, og det kan være nogle vejledninger eller nogle anbefalinger som hun ikke giver på samme måde, som den der informationsagtige måde, men så måske mere farver det til hvad hun ville gøre. Og det kan jeg ikke tjekke.

I: Nej, og hun er jo ikke uddannet jordmoder.

E: Nej, det er hun nemlig heller ikke. Men jeg tror hun synes efterhånden at hun er. Og det kan godt give lidt problemer. Jeg kan godt blive sådan lidt utryg, sådan, hvad er det egentlig hun forklare her. Og så kan man godt kigge hende i øjnene og sige, "nu har jeg virkelig brug for at du spørger hende sådan og sådan og sådan" og så gør hun det, og så bliver hun skarp og så gør hun sådan dam, dam, dam og så får jeg svar tilbage. Men altså, nogle gange når hun begynder at indgå i samtaler, jeg har også været ude for at så sætter hun noget musik på, så finder hun noget musik fra deres hjemland og du ved, hun går ind og tager sådan en fødselshjælperrolle og det er sandsynligvis, jeg kan jo ikke vide det, meget rart for den fødende at der er en som hun kan tale modersmål med og som hun bare kan indgå i den der tryghedsrelation til, men det kan gøre det lidt svært for mig at vide hvad hun egentlig får med af det professionelle. Så kan jeg måske også tænke, det er måske ligegyldigt bare hun har en god dag.

I: Det kan vel også forlænge processen lidt, at hun forklare rigtig meget og du står egentlig og klar til det næste.

E: Ja, til næste information og blive sådan lidt forvirret og det var faktisk ikke den retning jeg ville med det her jeg siger nu, jeg ville her over. {KOMMUNIKATIONRSBRIST PGA. TOLKEN DER TOLKER I EN FORKERT RETNING} Så kan det godt blive sådan lidt. I fødselssituacionen der er vi jo afbrudt af veer og har nogle ganske få vinder af få minutter som regel, hvor vi skal have nået og jeg skal have kommet med nogle informationer og stille nogle vigtige spørgsmål og alle de der ting, så er der ikke tid til at vi også lige snakker lidt om hvilke by hun kommer fra eller, ej, det tror jeg heller ikke hun gør der, men det kan hun godt.

I: Ja, der er ikke tid til så meget smalltalk.

E: Nej og lige den grænse kan godt være lidt svært, men det er få, det er mest hende og hun kommer også rigtig meget.

I: har I nogensinde oplevet at I har stået i en akutsituation hvor I ikke har kunnet få fat i en tolk der kunne det her sprog?

E: Ja

I: Ok, hvad gør I så i sådan en situation?

E: Jeg kan huske der var en rigtig svært situation, hvor vi havde brug for at få løst et barn som havde det dårligt i maven og vi kunne ikke kommunikere med forældrene og vi havde brug for at lave et kejsersnit for at hendes barn skulle overleve. Det var rigtig svært. Der, jeg kan simpelthen ikke, de gik ret stærkt, men de ville ikke have vi lavede kejsersnit og vi kunne ikke forklare hvorfor det var så vigtigt for dem og det var ikke noget, vi prøvede at lave en telefontolkning på det, men vi fik fornemmelsen af at hun ikke vidste hvad hun sagde ja eller nej til. Og mens alt det her gik på så var der, så viste barnets hjertelydskurve alligevel, at det blev lidt bedre, men det var helt klart på lånt tid, altså. Vi havde det sådan lidt, vi ville rigtig gerne, hvis det havde været en dansk baby, havde den været ude for en halv time siden, kom nu, kom nu, kom nu.

I: Ente I så med at få lov til at lave kejsersnittet?

E: Ja, det gjorde vi, men de var ikke glade. De følte sig virkelig, min tolkning er at de følte sig meget invaderet og grænseoverskredet af et system eller af det vi ville gjorde, uden at de forstod hvorfor det var. Det er ret voldsomt at få lavet et kejsersnit når man ikke ved hvorfor. Man har totalt taget deres, det hele går jo ud på at man selv skal bestemme og vi havde taget totalt deres selvbestemmesret fra dem. Vi prøvede rigtig, rigtig langt, og til sidst indvilligede de også, men de var ikke glade. De synes det havde været så mærkeligt at de skulle det.

I: Hvad kunne du have forestillet dig der kunne være gjort for at få det her barn ud før og måske mere på deres præmisser også og de måske var lidt mere inde i hele den der proces?

E: Altså, hvis vi nu havde haft en læge der kunne arabisk lige der, nej det var ikke engang arabisk, det var nemlig noget lidt mere særligt end det, jeg kan simpelthen ikke huske hvor det var de kom fra. Men det var ikke, fordi vi har jo medarbejdere med arabisk baggrund. Jeg har været ude for at en anæstesilæge som hjalp med en syrisk kvinde, så nu havde vi det.

I: Bruger I også interne sygeplejersker og læger?

E: Ja, det kan vi faktisk godt. Vi kan godt tænke, "ej bare lige Leonora lige var her, fordi vi havde en russisk kvinde" eller jeg ved vi havde en tjekkisk kvinde for et par uger siden, en pige på 16 og jeg havde virkelig bare brug for at forklare hende hvorfor jeg stod i fuld isolationsgear, fordi hun havde haft nogle blødninger og jeg havde brug for at der var en der kunne forklare hende det og være sådan lidt venlig mod hende. Jeg kunne ikke kommunikere med andet end øjnene og en stemme hun ikke forstod. Der fik vi så aftalt, sådan med lidt fagter og til sidst tog jeg så noget af, af det der isolationsgear, for at hun kunne se at jeg ikke ville hende ondt i det mindste. Så blev vi bare enige om at det var hendes vilkår lige nu og vi måtte vente på en tolk til dagen efter og så fik jeg så forklaret med fagter at hun skulle blive her og sove og det var fint og den tog hun og så ved jeg jo ikke hvad der skete for så gik jeg jo hjem. Men hun virkede ok roligt, men det var heller ikke noget akut-akut på den måde, hun

skulle bare blive. Så det der med, når vi har nogle anbefalinger vi ikke kan forklare hvad det er for nogle anbefalinger og baggrunden for det, så kan man godt føle sig lidt på Herrens mark. Især når det er akut-akut.

I: Vi snakkede lidt om det, men jeg ved ikke om du har noget at tilføje ift. kvaliteten af den tolkning der finder sted?

E: Generelt, så er jeg ret tilfreds med den. Lang de fleste tidspunkter, også med telefontolkning, har jeg en fornemmelse af at det foregår rigtigt og vi har en forståelse, når tolkningen er slut, der er en forståelse mellem mig og klienten, at det her gik godt det her er vi enige om.

I: Og telefontolkning så er det kun på telefonen, der er ikke noget skærbilledet?

E: Nej, det er kun over en telefonsamtale, så fikse er vi ikke endnu. (*Der grines*)

I: Ok. For det leder mig lidt over i mit næste spørgsmål, nu har vi snakket lidt om dine oplevelser og generelt tolkning. Der forskes ret meget i udvidelsen af tolkning, især i det danske sundhedsvæsen, nu siger du at I så ikke gør så meget brug af det endnu, men kunne du forestille dig at det ville være en metode som ville være en løsning på måske noget af det mangel på tolke du nogle gange oplever? Eller føler du telefoni er tilstrækkeligt?

E: Jeg sidder lige og tænker på, hvornår telefonen har sin begrænsninger. Det har den hvis vi f.eks. skal bede hende om at, det ved jeg ikke, så skulle man spørge hende om hvor patienten har ondt henne og hvis hun ikke rigtig kan forklare det, ej det ved jeg faktisk ikke. Jeg ved ikke om det kan give mening at man også kan se, det ved jeg faktisk ikke om ville give mening.

I: Nej, men du føler i hvert fald at telefoni indtil videre har gjort det?

E: Det kan helt klart tage spidsen af belastningen, så vi når til den der forståelse og samtykke af. Der er har jeg så også haft en kvinde inde i begyndelse fødsel, men, hun var ikke i fødsel, så det ville være lidt fjallet at få en tolk ind for at sige "du er ikke i fødsel", så den tog vi så på telefonen og hvad hun så skulle gøre herefter. Det kunne vi klare på telefonen. Og der tror jeg ikke vi havde brug for video til, for det kunne vi jo sagtens klare

I: Ville du så i løbet af, nu siger du begyndelsen af fødslen, når fødslen så går i gang vil en telefon så stadigvæk være ok, eller ville der være brug for en fysisk tolk?

E: Det kommer an på hvordan hun har det. Nogle af de der kvinder som har været igennem Europa er ret utrygge med deres kroppe. Måske er de blevet utsat for overgreb og hvad ved jeg. Og så kommer man til et system som virkelig er anderledes og de ved ikke hvor de skal placere sig magtmæssigt f.eks. vi er jo vant til at her er det patienten der har magten, men det er det nødvendigvis ikke der hvor de kommer fra. Så skal vi lige finde ud af at kunne sige til hende "det må du selv bestemme"-agtig. Og så tænker jeg, at i selve fødslen er det som regel at hvis hu virker afslappet og hvis det er hendes tredje barn og hun er glad og tryg og fint, så er det ikke engang sikkert at vi behøver det, så kan det være vi kan klare os med fagter.

I: Når I så bruger telefontolkning, telefoni, er det så, hvordan fungerer den proces så i modsætning til at indkalde en?

E: Det er den samme. Så ringer vi og siger vi har brug for en telefontolk. Og så bliver der ringet op og så siger du at hun gerne må ringe til det her telefonnummer og så ringer der en tolk op. Eller siger at jeg ringer til dig om 10 minutter og så kan jeg så gå ind og være klar med patienten.

I: Føler du at der er længere ventetid, korte ventetid, eller nogenlunde den samme ift. at få en fysisk tolk ud?

E: Vi kan gøre det hurtigere med telefontolken, for der ringer de måske fra Næstved.

I: Kunne du måske give nogle eksempler på hvad der kunne ske hvis den her telefontolkning ikke kom igennem, hvad ville I så kunne gøre hvis I ikke kunne få en fysisk tolk ud, eller der kom en brist i den her telefonitolkning? Har du oplevet det?

E: Hvad mener du med brist?

I: Kommunikationsbrist eller hvis de simpelthen ikke kan forstå hvad der foregår gennem telefonen, jeg tænker nogle gange kunne det måske være nemmere med en fysisk tolk?

E: Ja ok, jeg forstår godt hvad du mener. Det synes jeg også godt jeg kan fornemme jeg har haft sådan nogle situationer når du siger det. Jeg tror at de fleste af mine kollegaer og jeg selv er sådan at hvis vi når dertil hvor det lykkedes ikke, så må vi bare lave den der, 'det er vilkårene', nå ja, og så klarer vi os derfra

I: For man kunne jo forestille sig, at hvis der var en fysisk tolk ville det være nemmere på en eller anden måde for jer også at bruge fagter til tolken og forklare hvad er det helt præcist I mener.

E: Ja, det synes jeg faktisk ikke er så vigtigt. Når vi har en tolk så synes jeg det går fint uden fagter, fordi det er jo kun når de her, lad os sige de gange hvor faren lige kan lidt engelsk, dem har vi jo også nogle stykker med. Hvor manden kan lidt engelsk og moren kan ikke noget, og så er det igennem ham og når vi så skal fortælle lidt om de kvindelige organer eller sådan noget, så kan det godt blive lidt akavet og sådan lidt. Altså, 'den der nede' og "mellemkødet" og det har han ikke nogen anelse om ord for i hans verden og så har vi lidt af et problem.

I: Tolken virker til godt at kunne besvare sådan nogle spørgsmål?

E: Ja, det synes jeg. Det virker som at de er meget godt klædt på i de fagtermer.

I: Så du har ikke behov for at vise tolken hvad er det præcist du mener?

E: Nej, det synes jeg faktisk fungerer. Selvfølgelig, al kommunikation er jo nemmere når man sidder overfor hinanden, så jeg vil ikke overhovedet udelukke at der kunne komme til at gå noget tabt, men jeg har fornemmelsen af, at når telefontolken kører så får vi de formelle ting

på plads. Det er svært at yde omsorg gennem telefonen, det er der jo ingen af os der kan, men man kan forklare dem hvad min rolle er ift. hende i fødslen. Jeg er ikke en læge der kommer og siger nu skal du gøre sådan og sådan og sådan, jeg er her for at hjælpe dig til det du har brug for. Det kan man godt forklare på en telefon, så de opretter et tillidsforhold, det er faktisk det vigtigste tænker jeg i telefontolkningen. Det er det den er bedst til, uddover at sige, fordi så behøver ikke at gå, ja der fik jeg så afbrudt mig selv, det er fordi, det er faktisk meget interessant det min hjerne tænker lige nu. Det er at få det tillidsforhold til hende, når der så opstår noget senere så har jeg allerede sagt til hende, at hvis jeg gør nogle ting så er det for at hjælpe dig og så er det fordi vi gør det ud fra den bedste viden vi har om hvordan du og dit barn kommer bedst igennem og mest sund igennem den her og det har jeg en masse viden om. Når hun først har fået det at vide en gang på telefontolkningen, så er det nemmere at sige til, nu sker der noget her. Det kan jeg sige på dansk eller på engelsk eller et eller andet, og så, hvis hun ligesom har fået det tillidsforhold til mig, så kan jeg godt for lov uden at hun bliver, altså at hun har et overgreb.

I: Ja, det er vel super vigtigt at få skabt det her tillidsforhold tidligt i processen

E: Ja, helt vildt og det kan en telefontolkning fint. Og måske endda, nu kommer jeg til at tænke på hende igen som er blevet kvart jordmoder som tolk, at hun kan godt komme til at bryde lidt ind imellem, men det er jo en smags sag og en temperamentssag, både hos den fødende og hos jordmoderen. Hvad er det den fødende har brug for og hvad er det jordmoren har brug for. Det er faktisk ret komplekst må man sige. {BEHOVET!!!}

I: Ja, det lyder det også til at være, der er mange overvejelser man skal gøre når man har brug for en tolk. Nu begyndte du selv at snakke lidt om det der med at I så nogle gange spørger manden om han kan sige det her videre og han så ikke lige ved hvad 'mellemkødet' er og hvad det hedder. Har du før været nødsaget til at gøre brug af pårørende som tolke?

E: Der er nogle der er kommet ind og det er min mor og hun er gravid og et eller andet og så er det barnet der kan noget og så står der en mor der og har smerter. Det er typisk på vores akutmodtagelse for gravide, hvor de så har været derhjemme og så har de fundet ud sammen at de skal komme ind og så, eller hun ringer og siger "min mor har smerter" og så kan der står en pige en 15-17 år og skulle være sin mors tolk. Det har jeg prøvet og det kan godt virke lidt akavet, men jeg tænker også, så synes jeg faktisk det kommer an på hvad man ligesom fornemmer at deres samspil er. Jeg kan ikke lave en, jeg kan ikke fortælle om det er i orden eller ej, fordi hvis pige virker bekvemt ved at skulle sige det, så ville jeg sige, vi skal vist have en tolk her, men hvis de virker som om, det er sådan noget det snakker vi tit om, menstruation og sådan noget, så er det fint, så gør de det. Det ville pige godt kunne klare og det er sådan igen, det der vilkår. Hvad er det for nogle vilkår vi har.

I: kunne du så finde på at bruge pige hele vejen i processen helt ind under fødslen også?

E: Det kommer an på, nu, den her situation kunne være at moren kommer ind med smerter og vi så fandt ud af at hun ikke var i fødsel og hun så skal gå hjem igen og så siger jeg til pige, men det din mor skal opleve det er at der er så og så langt mellem veerne og hvis hun ikke mærker babyen så skal hun ringe igen eller et eller andet. Så kan vi ligesom forklare hende det. Hvis det går hen og bliver til fødsel, så tror jeg vi ville spørge hende, men igen det er, der

ligger ikke nogle retningslinjer på at der skal være en tolk til stede hvis der er familiemedlemmer der kan og vil tolke og så synes jeg det er op til vores sundhedsprofessionelle samvittighed om det virker i orden det der. Jeg ville ikke lade en 7-årig dreng på nogen måde tolke til en gynækologiskundersøgelse eller noget som helt, det ville være så tabu, det kan de slet ikke overskue. Men en halvvoksen kvinde, en søster, en veninde eller en datter, det har jeg ikke noget problem med. Hvis det virker ok for hende.

I: Ja, det kommer selvfølgelig an på de enkelte situationer, det er svært at generalisere.

E: Ja, det er det synes jeg, for der er jo ingen. Det er en rigtig dyr ting og vi bruger rigtig mange penge på det så det skal bruges når der er behov. Og et behov er jo ikke nødvendigvis bare at du ikke forstår dansk, så har du et behov, det har du jo ikke nødvendigvis{ET BEHOV ER IKKE KUN AT VÆRE IKKE-DANSKER!}. Der er jo også nogle mænd som står der og man siger til dem, nu skal du sige til hende sådan og spørge om hun vil det, og han svarer "det vil hun gerne", nej nej, nu skal du sige til hende, "jeg har jo sagt til dig at det vil hun gerne"-agtig, ja men det er hende der skal sige det og så kan jeg godt blive sådan lidt spids og hvis man fornemmer at det kan han ikke så kan jeg finde på at sige til ham, jeg vil have at du skal oversætte hvad jeg siger, det er hendes svar jeg vil høre og hvis han ikke vil, så må jeg jo trække ham tilbage og så må vi få en tolk.

I: Ok, kunne du forestille dig at det er nogle kulturelle forskelle der gør at det nogle gange kan være svært at komme igennem?

E: Det er begge dele. Altså, det kulturelle, men nogle mænd vil også bare lægge sig flat ned for en sundhedsprofessionel uanset hvor han kommer fra og andre mænd vil sige "hov hov søster, det er mig der er manden her". Det er både kulturelt og temperamentsbasseret.

I: Så du ville egentlig mene, nu begyndte du selv at snakke lidt om ressourcer, at bruge pårørende i nogle situationer måske egentlig ville være en fin ressource at trække på.

E: Ja det synes jeg. Jeg tænker hvis jeg nu var i Somalia med min familie og blev nød til at komme på hospitalet, og jeg lige kunne lidt fransk, min mand kunne ikke, så ville jeg da synes det var fjallet hvis jeg følte at jeg forstod og var med på og jeg kunne snakke med dem, at det ville ligesom være ok så længe jeg følte mig tryg i at det var ok det der skete her. Så ville jeg da ikke synes det var nødvendigt at de gik ind og fik en dansk tolk, hvis jeg ligeså vel kunne forstå det.

I: Det er jo en rigtig vigtig pointe der kommer frem her

E: Ja, fordi bare fordi, jeg ved ikke hvordan man skal definere et behov, fordi vi er der jo for at hjælpe hinanden alle sammen og hvis nu, altså det er jo virkelig dyrt. Men jeg vil til gengæld ikke tøve et sekund med at bruge en tolk hvis jeg vidste at de ikke forstod hvad det var vi snakkede om.

I: Her til sidst kunne jeg godt tænke mig at snakke lidt om hvordan man kunne optimere hele det her tolkesystem? Først kunne jeg godt tænke mig at spørge dig om du kunne forestille dig, at hvis du kunne et andet sprog udover dansk, vil du så se det som en mulighed for, du

snakkede en lille smule om at I nogle gange bruger interne sygplejersker og læger, kunne du forestille dig at det ville være en mulighed at videreuddanne sygplejersker og læger indenfor en tolkeuddannelse?

E: Ja, virkelig, det synes jeg ville være en rigtig fin ide.

I: Forestiller du dig så at det skulle være en uddannelse der var separat fra det at læse til jordmoder eller f.eks. sygplejerske, eller skulle det være i forbindelse med det, eller hvad tror du ville være det bedste ift. at uddanne så kompetente tolke som muligt, inden for det sundhedsvæsentlige?

E: Jeg synes jo at det optimale ville være hvis der var en ansat der kunne få ind og tage de forløb og have en tolkning på det sprog. Samtidig med at hun havde sin danske autorisationsting i ryggen og sige det er det her vi gør, vi gør det bare på det her sprog. Det ville være optimalt, fordi en ting er at lære alle begreber, men hvis du ikke har forståelse for specialet, der kan selvfølgelig være fordele ved ikke at kunne det, men hvis man kunne kombinere at man faktisk var fagperson på et andet sprog, det ville da være fantastisk.

I: Vigtigt at man har en eller anden form for praksis forståelse om hvad der foregår?

E: Ja, hvis det var sådan at man skulle gå ind og overtage. Vi har jo, vi havde også en grønlandsk jordmoderstuderende på et tidspunkt og der fik vi en grønlandsk kvinde ind der skulle føde og det var genialt at sende hende derind, for det er jo også, der er vores speciale jo lidt særligt, man kommer jo nogle steder hvor man simpelthen ikke kan overskue at tale andet end ens modersmål, uanset hvor god man er blevet til dansk eller engelsk. Så selvom man bare er tysker, så har man brug for at beskederne bliver så korte og præcise at man bare kan svare 'sådan der', at man er tryg hvis man bare kan gøre det på sit modersmål. Der er det jo virkelig forstyrrende at man skal igennem en tolk hver gang og der er fødsler altså bare lidt særlige. Så jeg ville synes det var en fest hvis man havde jordmødre der kunne forskelligt sprog. Det synes jeg kunne være sjovt

(Da jeg læste spørgsmålet tænkte jeg faktisk, hvad for et sprog skal jeg så lære – der grines)

I: Sådan mere generelt her til sidst, hvordan tror du at man kan forbedre kvaliteten af tolke og tolkning i det danske sundhedsvæsen? Er der nogle specifikke mangler du mener der skal optimieres, bare sådan helt generelt. Vi har allerede snakket lidt om det, måske du har andre tilføjelser eller overvejelser?

E: Altså, lige med hende der, det er også fordi jeg har haft hende et par gange her på det sidste, men at der i deres uddannelse eller deres autorisation eller hvad de har ligesom er, den der grænsen for indblanding, når det ikke er deres patienter. Den der opdeling, kan være ret, den virker vigtig, især når den ikke bliver overholdt.

Men ellers, jeg er fuldstændig blank for ideer, jeg ved ikke hvad vi har.

(lang tænkepause)

Ej, prøv lige at spørge igen, jeg røg helt ud af den.

I: Ja, bare sådan om du har nogle andre ideer til hvordan man kan forbedre tolke i det danske sundhedsvæsen, eller tolkning?

E: Altså, vi ville jo helt klart have brug for lidt færre tolke hvis nu vi kunne give noget på skrift. Vi har simpelthen også elendigt skriftinformation på vores afdelinger. Sådan helt simple ting som hvordan skal man forholde sig hvis man bløder eller nu har du fået fjernet, nu har du fået en abort, hvad skal du så gøre næste gang. Altså, alle mulige ting, du skal sættes i gang med fødslen, hvordan skal – hvad skal du vide. Vi har det ikke og det kunne vi simpelthen spare rigtig mange penge på at snakke, snakke, snakke, hvis vi kunne udlevere noget på skrift.

I: Mere som en guideline eller?

E: Ja både guidelines, men også helt almindelige ting. Vi har rigtig meget patientinformation om alle mulige ting på dansk, vi sender folk hjem med nyfødte børn med skriftlige information om hvordan barnet skal opføre sig og hvordan de skal forholde sig, på dansk. Vi kan bare ikke gøre det samme med udlændinge, vi har det ikke.

I: Så det er en lang proces at skulle forklare alt det her i stedet for bare at kunne give en elleranden brochure hvor der står det hele

E: Ja, men helt simpelt, hvis man kunne få dem til at læse et eller andet og så kunne man spørge, eller måske med en kortere telefontolk, sige "Er der noget her du har spørgsmål til, er der noget her du ikke forstår?", for selvfølgelig er det vigtigste samtalen, men hvis man samtaler ud fra et helt blankt, en helt blank viden eller ingenting, så er det rigtig, rigtig svært at komme videre. At kunne give noget skriftligt så man kan sige, jamen det er det her vi taler ud fra.

I: Så få oversat en masse af det som er på dansk nu?

E: Ja for øren, det kunne være en fest og det er også helt fjallet. Man går ikke tænker over det før man lige pludselig en dag står igen og så mangler man lige den pjece, men det er bare blevet hverdag at vi ikke har det, så det er lidt fjallet. Så det kunne være dejligt

I: Ja. Det var nogle gode forslag, har du andre ideer eller ting du har lyst til at byde ind med?

E: Næh, ikke andet end at det var interessant nok at tænke over selv at det var faktisk det tillidsforhold der som skulle, det var interessant, det vil jeg tage med mig

I: Ja. 1000 tak.

Appendix F

I = Interviewer

F = Interviewee

I: Bare lige hurtigt lidt baggrundstjek. Hvor lang tid har du været uddannet?

F: Det har jeg siden juni 2013

I: Hvor lang tid har du arbejdet her i Aarhus?

F: Det har jeg siden november 2014

I: Det var sådan lige det generelle. Så har jeg nogle spørgsmål som jeg har delt lidt op ift. generelle spørgsmål og så går vi lidt mere over i dine oplevelser, men du skal være velkommen til bar at byde ind hvis du lige kommer i tanke om et eller andet og hvis vi går videre er du også velkommen til at gå tilbage til spørgsmål hvis det er, der er frie tøjler.

F: Godt.

I: Lidt generelt. Når du sådan er på arbejde i løbet af en arbejdsuge eller måned. Føler du tit at der er brug for tolke og hvor tit tænker du?

F: Jeg synes ikke det var så tit i starten, men jeg synes faktisk at det er blevet mere her på det sidste. Rigtig meget. Før var det måske en gang om måneden, nu synes jeg at det er blevet to gange om ugen, lige for tiden i hvert fald er der rigtig mange.

I: Hvor kommer de patienter som har brug for tolke oftest fra? Ser du en tendens?

F: Vi har jo en del, nu er jeg ikke lige så god til geografi, men der er mange der snakker arabisk i hvert fald af dem vi har, som bor rundt her i Aarhus. Og så har vi også nogle asylansøgere fra Syrien og andre steder, Eritrea.

I: Men det er sådan hovedsagligt der, du ser ikke helt vildt mange tyskere f.eks.?

F: Nej overhovedet ikke nej.

I: Ok, så det er de mellemøstlige lande

F: Ja, det er det.

I: Når du så har brug for en tolk, hvor får du fat i sådan en henne? Er det er tolkebureau eller sygeplejersker?

F: Det er noget tolkebureau. Vi har nogle gange nogle rundt på sygehuset som kan forskellige sprog og det ved vi som regel godt. Eller det ved vores sekretær og så kan vi ringe rundt til

dem og høre om de har mulighed for at komme en bestemt dato i deres arbejdstid. Hvis de så kommer i deres fritid så får de jo så betaling for den tid de er der. For det er stadig billigere at tage vores egne folk, fremfor tolkebureauerne. Men det er, hvis der er brug for det, så ved vi det som regel godt i forvejen fordi vores patienter bliver jo set i ambulatoriet inden de bliver indlagt og så bestiller sekretærerne så tolke til dem

I: Er dem du bruger, dem I bruger internt på sygehuset, er det så nogle der er uddannet i at tolke på en eller anden måde eller er det blot fordi de har modersmål i det?

F: Det er fordi de har **modersmål som det**

I: Ok. Når I så bestiller udefra i tolkebureauer hvis I har brug for nogle derude fra, så har jeg lavet sådan tre kategorier som jeg håbede på at du kunne prøve at kategorisere hvilken baggrund de tolke oftest har. Synes du oftest det er unge studerende som er i bureauet som fritidsjob, eller er det mere erfarte, nogle som har tolke i rigtig mange år, men bare ikke har fået en uddannelse omkring det, eller er det en decideret autoriseret tolk med en uddannelse?

F: det er nok nummer to, de har tolket nogle år men de har ikke nogen baggrund for det som sådan

I: Ok, så det er meget sjældent studerende som bruger det som fritidsjob?

F: Ja, det har jeg egentlig ikke oplevet. Men det er jo også sjældent at jeg jo egentlig snakker så meget i dybden med dem, så min opfattelse er dét i hvert fald

I: Så det er nogle som ved lidt om hvordan man tolker

F: Ja, jeg tænker de ved jo noget om det fordi de kan noget dansk og de kan deres modersmål

I: Hvis vi så går lidt videre til det samarbejde i så har med de tolkebureauer i bruger, så kunne jeg godt tænkte mig at vide sådan fra en skala fra 1 til 5 hvor 1 på skalaen er meget dårligt og 5 er super godt, hvordan føler du eller hvordan oplever du at samarbejdet er med de her tolkebureauer ift. f.eks. ventetiden på at få fat i en tolk eller bare sådan, er der tolke til rådighed inden for det sprog du har brug for, bare sådan helt generelt og så kan vi altid gå i dybden bagefter.

F: Altså, generelt vil jeg **nok sige 4.**

I: Hvorfor har du valgt at....?

F: Jeg tænker ventetidsmæssigt, der har vi som regel egentlig god tid til at få bestilt dem så vi står sjældent i akutte situationer, så på den måde så kan de jo egentlig fint følge med til vores efterspørgsel. Sådan samarbejdsmæssigt, så møder de som regel op, dvs. 9 ud af 10 men så er der også nogle gange de ikke møder på af grunde vi, som jeg aldrig rigtig har fundet ud af hvorfor, for det er mere sekretæren der følger op på det. Og så nogle gange kommer de for sent eller møder et forkert sted, så det er mere de ting. Når de så er der, kvaliteten af den kan så lidt diskuteres, det tænker jeg at vi nok kommer lidt ind på.

I: Ja, det kan vi godt begynde at komme lidt ind på. Jeg kunne godt tænke, nu snakker du allerede nu lidt om kvaliteten, om du måske kunne prøve at beskrive en så detaljeret beskrivelse af en situation hvor du har haft brug for en tolk mellem dig og patienten og måske prøve at beskrive hele processen du går igennem fra du har brug for en tolk, til tolken kommer ind, til tolken forlader stedet igen?

F: Ja. Altså, jeg havde en samtale på et tidspunkt, jeg skulle have en patient til en sygepleje-forundersøgelse kalder vid et, hvor vi spørger ind til flere forskellige sygepleje-områder, som vi skal vide inden de bliver indlagt, det tager sådan ca. En halvtimes tid normal at snakke med patienten om det. Når der så er en tolk, så tager det lidt længere tid fordi det jo så næsten tager dobbelt tid, fordi det skal oversættes af to omgange.

I: Er der lagt tid ind til det?

F: Ikke altid. Og det er også meget forskelligt. Fordi, egentlig vores almindelig danske patienter kan også være hurtige samtaler der tager et kvarter andre kan tage en time hvis det er mere kompliceret patienter. Det er sjældent noget vi ved på forhånd.

I den her situation der var tolken der i for vejen, de er der som regel i god tid, og så kommer patienten så, og de er sådan meget strikse med tiden, tolkene. At de måske er blevet booket for en time og så er de der kun for en time, nogle er lidt mere medmenneskelig og så bliver lige de fem minutter ekstra hvis det er det som skal til. Det fungerede egentlig rigtig fint, men det er en svær samtale at have fordi jeg fysisk henvender mig til tolken og snakker til tolken, fordi jeg føler at det er lidt mærkeligt at kigge på patienten som jeg jo nok egentlig burde og snakke med patienten og sige det til dem, men det er også svært at kigge på en person og snakke med en person og snakke et sprog som jeg ved de ikke forstår, så det er sådan lidt svært. Men vi kom igennem alle punkterne og nogle gange så følte jeg godt nok at når jeg spurgte om noget, var spørgsmålet fra tolken til patienten endnu længere end mit, hvor jeg tænker det er ikke kun sprog forskellige her. Altså hun prøvede at uddybe eller et andet, gjorde et eller andet mere hvor jeg sådan havde lyst til at spørge "hvad er det du siger?", for jeg kan høre hun siger meget mere og hvor jeg nogle gange undre mig over hvad er det hun siger, hvad er det de snakker om.

I: Føler du nogle gange at du giver en besked videre til tolken og så kommer der, eller så føler du måske at den besked du lige har sagt, overhovedet ikke er kommet igennem til patienten?

F: Altså, jeg har nogle gange fået nogle, altså jeg stiller et spørgsmål på dansk og så får jeg et svar tilbage fra tolken hvor jeg tænker det var ikke det jeg spurgte om. Eller tænkte, det var et mærkeligt svar, om patienten har forstået det.

I: Ok, hvad gør du så i sådan en situation?

F: Så beder jeg tolken om at uddybe det og lige for at være sikker på at det nu også er patientens svar og det hjælper så nogle gange. Og nogle gange så spørger tolken så også om hvad nogle forskellige ting betyder. Altså, hvad er det for noget?

I: Ok, altså faglige termer?

F: Ja, det er egentligt sjældent at jeg bruger latinske betegnelser eller siger ting som patienten ikke forstår på dansk heller, men hvis nu det er nogle ting de ikke er stødt på og jeg tænker også, hvis de ikke har et ord for det på deres sprog, hvis de ikke kender fagudtrykkene, så er det jo nok også svært, fordi, jeg havde en hvor hun sagde på et tidspunkt. Jeg skulle bruge at hun siger at patienten fik et dræn i knæet efter en operation, og så spurgte hun hvad det var. Og så sagde jeg, jamen det fjerner overskydende blod ned i sådan en lang slange, ned i en pose og så tror jeg egentlig det var det hun sagde, fremfor at sige at det var et dræn.

I: Ok, men det du ville have frem kom egentlig frem alligevel.

F: Det kom frem ja, da vi fik snakket det igennem. Men det tager jo lidt længere tid.

I: Du har været lidt inde på det, men hvordan oplever du den kvalitet af tolkningen der finder sted sådan mere specifik. Føler du, nu talte du om den specifikke situation, men sådan generelt, føler du at budskabet kommer igennem eller føler du oftest at du skal forklare tingene igen eller går det sådan meget flydende?

F: Nogle gange føler jeg at jeg skal forklare det igen, også hvis jeg ikke føler at jeg får et ordenligt svar.

I: Tror du at det skyldes tolken eller patienten?

F: Jeg tror det skyldes tolken. Fordi tit når vi så snakker om det igen så kommer der også et andet svar eller et mere specifiseret svar. Nogle gange føler jeg lidt, i hvert fald tolkene, jeg kan ligesom se på dem at de lige skal tænke sig om inden de siger noget, og så kan det godt virke som om de siger mange flere ord end det jeg har spurt om. Jeg ved ikke, kvalitetsmæssigt så tror jeg godt at det kunne være bedre, men uden at jeg jo kan sige det med sikkerhed

I: Ja, det er også svært at vide når man ikke har prøvet det andet. Det var sådan lidt om dine oplevelser, og du er selvfølgelig velkommen til at bryde ind hvis du kommer i tanke om noget. Jeg kunne godt tænke mig at snakke lidt om alternativer ift. til f.eks. at få en fysisk tolk ud. Det er rigtig meget fremme nu, især også fordi det er super ressourcekrævende at bruge tid og penge at få en fysisk tolk ud hele tiden, så sådan noget som videotolkning er begyndt at komme mere og mere frem. Jeg kunne godt tænke mig at høre om dy nogensinde har gjort brug af det?

F: Jeg har ikke gjort brug af det, men jeg ved at nogle af mine kollegaer har

I: Har du hørt om hvordan de har følt om det, har det fungeret fint nok for dem eller har de brokket sig?

F: Jeg havde en kollega som havde en asylansøger fra Eritrea og det var ikke sådan lige til at finde en tolk, men de brugte så en af tolkene fra asylstedet hvor han boede og så over telefonen fordi det var det eneste sted de kunne få fat i en tolk fordi selvom vi egentlig plejer at være i rigtig godt tid og det er vi også, så var det bare ikke til at finde en tolk der kunne

snakke det her sprog som jeg ikke lige kan huske hvad er. Men det foregik så over telefonen og det var også sådan en sygeplejeforundersøgelse som jeg sagde tidligere. Hun sagde at det var lidt mærkelig at de sådan sad og kiggede lidt ned i telefonen, fordi man prøvede sådan at henvende sig lidt til telefonen fordi det er den person der kan formidle informationen videre, men hun syntes egentlig at det fungerede rigtig godt og man kan sige at det gode ved det var jo at i og med at tolken ikke var der fysisk så blev de nødt til at forholde sig til hinanden, fordi de var de eneste to mennesker der var i rummet og så noget ekstra lyd, kan man sige. Så det fungerede faktisk godt og det kan jeg godt sætte mig ind i.

I: Så du tror egentlig at videotolkning kunne være med til måske at minimere den der tredje person der egentlig er til stede?

F: Altså jeg tænker, hvis det bare er lyd og hvis det er til for patienten at forstå og lyden er klar, så tror jeg egentlig at lydtolkning er nok fremfor video. Jeg tror som sådan ikke at der behøver at være video. Jeg tænker hvis jeg var i et andet land og skulle tolke og havde en dansk tolk i telefonen og kunne forstå det danske fint i telefonen så er det også fint. Så behøver der ikke være video

I: Ok. Kunne du forestille dig at videotolkning eller lydtolkning kunne være en løsning på mangel på fysisk tolke og også en løsning på mangel på forskellige sprog?

F: Det tænker jeg helt sikkert, det er der ingen tvivl om. Også fordi at tolkene jo også har rejsetid ud til stederne hvor de skal have. Flere forskellige steder, hvor jeg tænker at hvis de bare sidder ved en telefon eller noget video, så sidder de jo til rådighed hele tiden og kan lave aftaler derud fra og også hurtigere være der og være flere steder på en gang. Så det kan jeg sagtens se fordelen i

I: Ok. Har du nogensinde været nødsaget til at gøre brug af pårørende som tolke?

F: Det har jeg. Det er faktisk, jeg vil næsten sige det er 50/50 hvad jeg oplevet. Halvdelen er tolke og halvdelen er pårørende

I: Hvem er det så oftest som pårørende?

F: Det er som regel nogle børn til forældre

I: Ok, og hvor gamle er de børn?

F: De er det ved jeg ikke, over 20. Mellem 20 og helt op til 60.

I: Ok, så det er stadigvæk over 18 år?

F: Det er det.

I: Det er ikke små børn der kommer ind og skal hjælpe?

F: Det har jeg ikke oplevet, nei

I: Ok. Kunne du måske prøve at beskrive en situation hvor der har været en pårørende inde, oplever du at der er nogen forskel ift. at bruge en "objektiv" tolk hvis vi kan kalde det sådan eller føler du at processen er meget den samme?

F: Jeg føler egentligt at processen er den samme. Jeg kan godt mærke at der er en anden relation mellem den pårørende og så patienten selvfølgelig. Også fordi det virker til at de pårørende gør meget ud af at forklare det som jeg siger det, fremfor, ja jeg har jo lidt svært ved. Jeg ved jo ikke rigtig hvad det er de siger, jeg kan bare godt mærke den relation der er mellem den pårørende og patienten. Det giver ligesom lidt noget mere i tolkningen.

I: Ja, ok. Synes du det er en god ide at gøre brug af pårørende eller hvad føler du egentlig ville være det mest optimale ift. sådan en situation?

F: Jeg tænker egentlig at det er en god ressource, også fordi jeg nogle gange har oplevet at jeg har haft nogle patienter der har været meget nervøse og så er det jo også en tryghed for dem. Jeg havde en mor på, en patient på nogle og 70 og så havde hun hendes datter med som ikke var så gammel. Jeg tror hun var nogle og 40 og hun var egentlig med hende under hele forløbet helt frem til at hun blev bedøvet til operationen og ligeså snart hun vågnede efter. Og det er jo en tryghed at have ens pårørende hos sig. Også når man er blandt en masse mennesker man ikke kan forstå, at hun så er der og datteren ville også rigtig gerne være. Så det ser jeg som en stor styrke eller hvad hedder det fordel. Også fordi, normalt når vi bestiller vores tolke, gør vi også meget ud af ikke at have dem i flere timer, det er for dyrt og så er der nogle gange nogle informationer der går tabt og også noget de gerne vil fortælle

I: Kan du se nogle ulemper ved at bruge pårørende som tolke?

F: Det er sådan mest ift. ambulatoriet hvor vi spørger ind til sådan lidt mere intime og personlige ting. Man kan sige, vi kan jo spørge om noget personligt som patienten måske egentlig ikke vil svare på overfor de pårørende, men måske gerne ville hvis vi havde været alene. Også nogle gange, spørger vi ind til om de har gang i maven og hvad de har problemer med.

I: Har du nogensinde oplevet at I blev nød til at lave en ny aftale fordi der simpelthen ikke har været mulighed for at kunne få den her oversættelse korrekt, måske pga. At den pårørende ikke ville have det så godt med at oversætte forskellige ting eller snakke om forskellige ting?

F: Nej, det har jeg ikke oplevet.

I: Ok, så det har ikke været noget problem

F: Nej, ikke hvad jeg har oplevet i hvert fald

I: Ok. Nu kom vi sådan lidt rund tom de forskellige tolke muligheder og jeg kunne godt tænke mig at finde ud af hvordan man måske kunne optimere hele det her system. Kunne du forestille dig, nu snakkede du tidligere om, at du føler nogle gange at så blev de nød til at spørge dig om "hvad er det egentlig for nogle faglige termer du snakker om?", kunne du

forestille dig hvis du kunne at videreuddanne dig som tolk inden for sundhedsvæsenet? Hvis det kunne blive en overbygning eller en diplomuddannelse ift. sygeplejersker?

F: Det synes jeg kunne være meget interessant. Også fordi man kan sige jeg har jo den sundhedsfaglige uddannelse som sygeplejerske og hvis jeg så, nu arbejder jeg jo på min afdeling og jeg ved hvilke ord vi bruger af faglige termer, så dem ville jeg også have mere fokus på hvis jeg tog en form for diplomuddannelse eller en overbygning, det kunne jeg godt være interesseret i

I: Tror du så, ville du synes at man skulle lave en sådan uddannelse i forbindelse med sygeplejerskeuddannelsen eller skulle man lave den mere som en separat uddannelse? Hvor tror du ville være bedst ift. at få de kundskaber en tolk skal kunne inden for sundhedsvæsenet?

F: Jeg tænker det ville være en fordel at egentlig bare have grunduddannelsen som sygeplejerske og hvis man så kommer ud i praksis og føler at der er et behov og man selv har en interesse i at ville tolke, også som jeg siger, der er rigtig mange som taler arabisk her i Aarhus-området, så det ville være en stor fordel kan jeg godt se hvis jeg selv kunne gøre det. Så kan jeg se et behov efterfølgende og så evt. Søge ved afdelingerne på sygehusene om at tage en uddannelse som tolk, som jo så ville gavne afdelingerne på sygehusene, så det tænker jeg at det skulle være en efteruddannelse af grunduddannelsen.

I: Ok, så du forestiller dig stadigvæk at man skal have den der basis sygeplejerske?

F: Det synes jeg man skal.

I: Hvorfor det?

F: Jamen egentlig fordi, jeg ser det egentlig lidt som at man lære at køre bil når man tager kørekortet så lære du grunddelene, men du lære egentlig først at køre bil når du har fået dit kørekort efter. Og der ser jeg det lidt det samme som sygeplejerskeuddannelse. Du får teorien, men du ved ikke hvordan det er at være sygeplejersker før et par år efter.

I: Nej

F: Og behovene kan du først se når du selv har styr på dine egne kompetencer, så jeg tror at det at overskue det med din grunduddannelse ville være for stor en opgave

I: Ok, så det skal helt klart være noget separat, det kan ikke være en sidelinje eller tilvalg i løbet af grunduddannelsen?

F: Det tænker jeg det kan være hvis man har et modersmål, andet end dansk, så tror jeg sagtens man ville overskue det, for så skal man ikke tænke så meget på sproget, men mere de faglige termer. Så kunne jeg godt se fordelene i det og ligesom fange de personer tidligt i sygeplejerskeuddannelse, det kan jeg godt se. Men os der kun kan dansk, så skal det være en efteruddannelse.

I: Så helt generelt, nu har vi lige snakket om uddannelse, men det kan være du måske har nogle andre forslag til hvordan man kan forbedre kvaliteten af tolke i det danske sundhedsvæsen?

F: Altså, jeg tænker en form for efteruddannelse eller, jeg tror ikke at man kan stille en masse krav til tolkene fordi så tror jeg simpelthen de kan sige at de ikke vil tolke, fordi så mange er der heller ikke

I: Hvad kunne det være for nogle krav?

F: Jamen krav om at skulle tage nogle uger inden for noget sundhedsfagligt

I: Nu snakker vi om tolke ude ved tolkebureauerne?

F: Ja, lige nøjagtigt. De skal en eller anden uddannelse igennem for at kunne tolke sundhedsfagligt. Om man så kunne ligesom kvalificeres som sundhedsfagligtoltk tænker jeg, det kunne være en god måde at gøre det på.

I: Jamen det var lidt nogle af de spørgsmål jeg havde, jeg ved ikke om du har eller føler du har lyst til at dele mere?

F: Næh, altså nu når vi har snakket om det, så tænker jeg at det kunne være rigtig godt hvis man fik lidt mere fokus på at kunne bruge tolke ved at ringe til dem. Jeg havde også en oplevelse fra mit tidligere arbejde på en anden ortopædiskafdeling hvor vi havde en fra Vietnam, tror jeg det var, og der var tolke også dyre, for hun var indlagt i rigtig lang tid, så vi skulle jo tolke rigtig mange gange, men der brugte vi en telefonisktolk og også de pårørende. Den telefoniske fungerede så godt fordi vi kunne bare ringe når som helst, og hvis der lige var noget i forbindelse med pleje eller sådan noget, så kunne jeg lige ringe og sige "gider du sige til hende at vi skal ud i bad nu og gider du for resten at spørge hende om hun har haft gang i maven de sidste par dage?", så kunne jeg hurtigt få svar på de spørgsmål og så videre i plejen uden egentlig at skulle gøre så meget mere. Det synes jeg fungerede super godt, det var en rigtig god oplevelse og det kunne jeg godt se fordele i, med de udlændinge vi har på afdelingen her

I: Ja, så det er ikke altid kun når det er sådan mere komplikerede situationer. Der er egentlig også brug for tolke i de der små dagligdage, når det bare er, når de er indlagt?

F: Ja, det kan det godt være. Jeg havde også, jeg har været i nattevagt i nat, en patient, jeg havde meget svært ved at forstå hvad det var han prøvede at udtrykke. Jeg troede han prøvede at udtrykke at han var sulten, men det var det tydeligvis ikke. Så kom jeg frem til at det måske havde noget med ondt i maven at gøre og så prøvede jeg at give ham noget mod mavesyre, for jeg havde også givet ham noget kvalmestillende og så tænkte jeg at jeg prøver at give ham noget mod mavesyre og jeg vidste at det ikke er noget der skader at få, selvom man ikke har mavesyre, men det var det eneste jeg følte jeg kunne gøre. Man føler sig meget magtesløs i situationen, fordi jeg kunne virkelig se at han prøvede at sige noget og sagde en masse ting på sit eget sprog god er kunne jeg virkelig godt have brugt, bare lige at kunne spørge "hvad er det der galt?" og så kunne hjælpe. Fordi man jo er sygeplejersker og er i et

omsorgsfag og har omsorg for andre mennesker og vil gøre det bedste man kan for andre mennesker og ikke at kunne gøre det det er en meget magtesløs situation at stå i.

I: Der er slet ikke mulighed for at I kan få en tolk ud midt om natten, når der opstår sådan nogle måske lidt mere akutte situationer?

F: Det ved jeg faktisk ikke, men det er også sjældent at vi står i sådan nogle voldsomme akutte situationer i vores afdeling.

I: Ok, spændende historie.

F: Meget.

I: Jeg ved ikke om du har mere at byde ind med?

F: Det tænker jeg ikke.

I: 1000 tak fordi du ville medvirke

F: Selv tak

Appendix G

I = Interviewer

G = Interviewee

I: Sådan lige hurtigt lidt baggrundsresearch. Hvor lang tid har du været uddannet og arbejdet?

G: Jeg er uddannet sygeplejersker i juni 2013 og har været ansat på ortopædisk afdeling siden oktober 2013

I: Det var bare lige for at få en fornemmelse af hvor lang tid du har arbejdet. Jeg har lidt generelle spørgsmål, som jeg også sendte til jer, så går vi i lidt mere om dine oplevelser osv. Men du er altid velkommen til bare at skyde ind hvis du lige har et eller andet du lige tænker eller hvis der var et spørgsmål vi snakkede om og du lige kommer i tanke om noget, så bare komme ind på det igen, det er helt fint.

Først kunne jeg godt tænke mig at vide hvordan du føler, føler du at der er meget behov for tolke i løbet af din arbejdssuge og hvor ofte føler du at du oplever det?

G: Ja, det er et stort behov. Jeg ved ikke helt specifikt i løbet af sådan en uge, nu er jeg også sådan to steder. **Både i ambulatorium og i afdelingen og behovet er egentlig størst nede i vores ambulatorier.** For det er der patienterne kommer ind og møder lægen og os første gang, men det er der behovet er stort

I: Ja ok. Når de kommer ind de her patienter, hvor oplever du mest de kommer fra? Ser du der en tendens til at det mest er fra et bestemt land eller bestemt sprog?

G: Mest fra **Mellemøsten**

I: Mellemøsten?

G: Ja. Nu også mere med de **flygtninge fra Syrien**, er der rigtig mange

I: Og I kan måske allerede nu sådan begynde at mærke **især med flygtninge fra Syrien?**

G: Ja, det er **ret stort pres på nu her ift. tolkning.**

I: Ok. Så når de kommer ind de her, så kunne jeg godt tænke mig at vide lidt mere om hvor de tolke I så bruger kommer fra? Er det tolkebureau eller er det jer selv?

G: Inden jeg kommer, **inden de finder ud af hvilket sprog jeg egentlig kunne, så var det, jeg tror det hed Tolketjenesten**, de fik tolke fra.

I: Og du siger du kan et **sprog også?**

G: Ja, **arabisk**.

I: ok, så bliver du nogensinde brugt til tolk?

G: Jamen det sidste års tid er jeg faktisk blevet spurgt når der er en der har brug for en arabisk tolk, om hvis jeg er på arbejde, om jeg så kunne gå ind og tolke

I: Føler du så at det nogle gange kommer til at gå lidt ud over din egen arbejdstid ift. hvis du opgaver og sådan noget?"

G: Ja, nogle gange gør det.

I: Er der så mulighed for at du så kan sige at det har jeg simpelthen ikke tid til lige nu og I bliver nødt til at indkalde tolke eller føler du at du er sådan meget forpligtet til det?

G: Altså, i starten var det egentlig mere mig selv, der følte jeg mig forpligtet til det, for nu kan jeg jo sproget og jeg her og så sparer man jo både tid og penge for afdelingens, men efterhånden så er det hvordan det passer med min arbejdsplan og tid og alt sådan noget. Det der egentlig har gjort at jeg gør hvad jeg kan for at tolke er fordi der var en episode hvor jeg overhørte en tolkning, hvor lægen sagde noget, og tolken oversat det stik modsatte, et var helt helt forkert tolkning, og det var egentlig fordi tolken ikke forstod det faglige, som lægen hun egentlig kom med. Det er det der har gjort at jeg prøver at gøre det jeg kan for at hjælpe og komme ind og tolke sådan at patienterne får det rigtige at vide.

I: Føler du så, jeg går ud fra at du er uddannet i Danmark?

G: Ja

I: Så du er uddannet som dansk sygeplejerske og fået de danske termer osv. Føler du så stadigvæk at du også har kapacitet til at tolke på arabisk og stadigvæk har det ordforråd eller føler du også at du kan opleve at du har svært ved nogle gange at oversætte, på trods af at du taler arabisk?

G: Ja, der er nogle gange hvor jeg har svært ved at oversætte. Men det at jeg har forståelsen af det på dansk, det gør at jeg så kan komme frem til hvad jeg vil på arabisk, selvom jeg måske ikke kan de faglige udtryk på arabisk, men jeg går jo også hjem og læser lidt på det og finder ud af hvad er de faglige udtryk på arabisk, så jeg så kan bruge det her

I: Det er simpelthen noget du gør frivilligt?

G: Det er noget jeg gør frivilligt.

I: Det er super fedt at du sådan selv tager den op og tager initiativet. Når der så er brug for at I alligevel kommer til at skulle indkalde et tolkebureau og få tolke ind udefra, så kunne jeg godt tænke mig at vide om du har nogen fornemmelse af den baggrund de har. Jeg har lavet tre kategorier, om de enten er unge studerende som har et fritidsjob i sådan et tolkebureau, eller er det mere erfарne, men dog stadigvæk ikke har nogen uddannelse, det kunne f.eks. være dig selv som måske har en form for uddannelse men ikke decideret tolkeuddannelse, eller det er en autoriseret tolk som har en egentlig uddannelse i at tolke?

G: Altså, hvad jeg oplever der er ikke unge, men studiejob, det har jeg i hvert fald ikke oplevet her, men ældre ikke uddannede.

I: Hvad tænker du, hvorfor er de kvalificeret siden de nu ikke har en uddannelse? Er det fordi de bare har modersmålet i det sprog I har brug for?

G: Ja, det er jeg næsten sikker på. Også fordi, jeg har hørt at hvis det er at du kan et andet sprog så kan du melde dig ind i sådan et tolkevirkabureau og så ringer de dig op. Jeg kender også rigtig mange i min omgangskreds der er unge som bliver ringet op. Og det er kun udelukkende fordi de kan et andet sprog.

I: Så det er simpelthen også nogle gange tolkebureauerne som går ud og kontakter unge, som de ved der har det og spørger om de har lyst til at tolke uanset hvilken baggrund de egentlig har uddannelsesmæssigt?

G: Ja.

I: Ok, det er meget spændende. Nu siger du selvfølgelig at du tolker selv en del, men har du også behov for at have tolke ude i dit samarbejde med en patient hvor det har været et andet sprog?

G: Ja

I: Ok, så det har du også oplevet.

G: Ja, det har jeg også oplevet at det er mig som har brug for en tolk og kommunikation så går igennem en tredje part, det har jeg prøvet

I: Ok, hvordan oplever du så samarbejdet med de tolke I så bruger? Der har jeg lavet en skala for at kategorisere det en lille smule, hvor at 1 er meget dårligt og 5 er meget godt. Det er mere sådan i alt, sådan din første indskydelse, hvad tænker du om samarbejdet?

G: En 3'er.

I: En 3'er. Hvorfor tænker du den skal ligge der?

G: Altså, nogle gange så kan man se på folks ansigtsudtryk, du kan se på den måde de er, om de har forstået det du siger 100 % og på mange af dem, af hvad jeg har oplevet, der har de ikke helt forståelse for hvad det er du egentlig siger og hvad du gerne vil have formidlet videre til patienten. Hvor jeg så har brugt ekstra tid på egentlig at gå ned i detaljer og forklare tolken, jeg vil gerne have du siger ordret det her, for at patienten for det rette at vide.

I: Føler du så at det rigtige, den rigtige besked kommer videre eller føler du stadigvæk at det godt kan tage noget tid eller hvordan du at samarbejdet er når der er en eller anden form for kommunikationsbrist?

G: Af hvad jeg kan se, også på patienten, at patienten virker til at ok, nu har jeg fået forståelse for det. Men igen, så har jeg jo ingen chance for at vide hvad det er. Tolken kan jo sige et eller andet uden jeg ved hvad det er tolken helt præcist har sagt, men af hvad jeg sådan kan se og føle også ift. hvordan patienten er i forløbet, så føler jeg at patienten har sådan ok forståelse for det der er blevet sagt

I: Ok, det er jo meget godt at der ligesom er alligevel kommer det rette budskab frem, på trods af at det måske lige skal gentages nogle gange, eller lige forklares lidt bedre.

Når du indkalder de tolke I bruger, er der så lang ventetid, til at I har brug for en tolk, eller er det noget i ved på forhånd at på torsdag har I brug for en tolk?

G: Jamen, altså, det er egentlig vores sekretær som står for det, men vi får jo henvisninger fra egen læge eller fra et andet sygehus og der står i henvisningerne at der er brug for den her og den her tolk. Så på den måde så ved vi

I: Ok, og er det så nemt nok at få fat på de tolke der så er brug for?

G: Ja, altså det synes jeg. Alt efter hvad vores sekretær de siger. De ringer til tolketjenesten og siger "vi har brug for den her talende tolk" og så bliver vi ringet op noget tid efter når de har fundet en

I: Men det plejer normalt ikke at være et større problem?

G: Nej, nej. Det plejer bare at fungere. Det andet problem er så hvis de ikke dukker op, det har vi oplevet flere gange. Hvor patienten er der og tolken så ikke dukker op, eller hvor tolken er der og patienten ikke dukker op. Men det er jo ikke et administrativt problem, det er jo egentlig bare os som mennesker

I: Ja ok. Ved du hvorfor, kunne du forestille dig hvorfor? Er det bare kommunikationsbrist mellem sekretæren og tolkebureauet og patienten eller?

G: Altså, jeg har hørt to historier. En ene var hvorfor tolken udeblev, og det var så fordi tolken så havde en anden opgave og ikke lige fik formidlet videre at jeg kommer faktisk ikke. Den anden gang det er hvor patienten udeblev og det var egentlig fordi patienten ikke har opdaget at de havde fået en indkaldelse i deres e-boks. {→ Kommunikationsbrist til patienten i form af e-boks}

I: Super, eller det er ikke super overhovedet. Men det er altid godt at vide at der alligevel er tolke til rådighed.

G: Ja ja, der er tolke til rådighed. Der kan jo selvfølgelig ske nogle fejl fra begge sider.

I: Er det så oftest den samme tolk I bruger? Jeg kunne forestille mig at der nogle gange er nogle patienter som kommer ind flere gange, er det så den samme tolk som kommer ud og følger forløbet?

G: Det har jeg ikke oplevet, nej

I: Ok. Så spurgte jeg lidt om før, det kom du også selv lidt ind på det med kommunikationsbrist og hvad I så helt præcist gør. Der snakkede du om at prøve at sætte dig ned og sige "jeg vil gerne have du siger ordret det her og det her". Men har i nogensinde været utsat for at det simpelthen bliver for kompleks de I snakker om og I bliver nød til at aflyse og få en anden tolk ind eller er det egentlig gået meget smurt?

G: Jeg synes selv **det er gået meget smooth nogle gange**, jeg har ikke oplevet at vi har været nødt til at stoppe. Vi havde en patient her for et par uger siden, der vist kom fra Polen og der kom min kollega ud, det var så en af mine kollegaer der havde den her samtale hvor tolken også var der, hvor **tolken så siger til min kollega** "Jamen patienten forstår godt hvad du siger, han har ikke brug for at jeg bliver kaldt ind igen" for at tolke for den her patient. Hvor min kollega så spørger, direkte patienten, får du noget medicin "nej nej det gjorde han ikke" [svarede patienten]. **Og så kunne vi jo se i systemet at han faktisk fik noget og fik faktisk en del præparerter, hvor hun så siger til tolken**, "han forstår altså ikke hvad det er jeg siger, så jo der er brug for at der er der skal være at tolke", så der kan man egentlig se at tolken ikke har forståelse for hvad patienten forstår og ikke forstår og det kan måske være fordi tolken ikke forstår hvad det er der 100 % bliver sagt og derved mener at når han så bliver for det fortalt til patienten og patienten siger "ja ja, sådan har jeg også forstået det" at han så mener at han kan afgøre om der er brug for en tolk eller ej.

I: Så du mener simpelthen at tolken går ind og tager ind beslutning om hvor vidt der brug for tolkning, hvor det egentlig måske ikke er hans beslutning, og det er egentlig ret vigtigt at patienten 100% forstår...

G: ..**Forstår information den får.**

I: Så du føler ikke at det er overflødig nogle gange at have tolke selvom det måske bliver forstået

G: **Nej, det mener jeg overhovedet ikke.**

I: Spændende. Det var sådan lidt generelt om tolke og hvordan I bruger tolke. Du har egentlig også allerede lidt snakket om en situation, men jeg kunne tænke mig hvis du måske kunne prøve at beskrive en lidt mere detaljeret situation om, fra I indkalder tolken til tolken forlader stedet, hvad er det for en proces i går igennem og hvad skal du igennem, bare hele processen hvad du oplever?

G: Hvor jeg har tolket eller hvor vi har haft en udefra?

I: Det må du selv bestemme, det er hvad du synes er mest spændende

G: Så tager jeg engang hvor jeg selv tolkede. **Det var faktisk i sidste uge, hvor vi havde en patient inde som havde nogle specifikke ønsker, at hun skal ses af en kvindelig læge og det skal være en kvindelig tolk.** Jeg møder så op og hilser på patienten da hun kommer ind og sidder i vores venteværelse. Hun går rigtig, rigtig meget op i at det er en kvindelig læge og det er mig der skal gå ind og tolke for hende. Så går vi derind og jeg kommer så frem til at hun

faktisk har en rimelig god forståelse fa dansk, altså hun godt kan forstå hvad der bliver sagt, men det hun havde brug for tolk til, det var egentlig mere det faglige og sådan planen efterfølgende. Og også, hun kunne ikke udtrykke sig på dansk, som hun kunne på arabisk og det var egentlig kun det hun brugte mig til. Alt det lægen sagde der ikke havde noget med selve hendes skulder og operationen at gøre det kunne hun sagtens forstå, men hun brugte kun mig til det faglige og også for at hjælpe hende med at få udtrykt sig og komme frem med det faglige i det hun ville sige. Den måde har jeg ikke prøvet at tolke før, jeg har kun tolket hvor det var det hele, alt hvad der blev sagt, det blev tolket videre. Hvor hende, det var sådan lidt specielt, fordi det kun var nogle få ting som jeg egentlig skulle tolke

I: Ja. Synes du det var svært sådan ift. at gibe ind og sige ok, det er det her der foregår, men det er det her mere fagligt

G: Ja, jeg synes det var svært, fordi lægen hun havde jo også en forestilling om at det var mig der skulle tolke det hele. Så hun henvendte sig til mig, hvor at patienten så svarer hende og siger at hun forstår det, så jeg synes det var svært for mig, men også svært for lægen. Jeg mener det var svært for mig, fordi jeg vidste ikke sådan rigtig hvor jeg skulle bryde ind henne og hvornår hun havde brug for at jeg ligesom tolkede og fortalte hvad det var lægen hun sagde, så det var sådan meget, så kigger hun på mig og siger "nå det forstod jeg ikke, kan du ikke lige fortælle mig hvad det er hun siger der?". Så jeg synes det var svært, det var ikke en sådan almindelig.

I: Det må også være lidt svært at skabe den der egentlige kontakt til patienten når der er et tredje led indover og især i den her situation hvor du ikke helt ved

G: hvor **** det egentlig er, hvornår jeg skal gibe ind

I: Ja præcist. Jeg kunne også forestille mig at det er en meget privat samtale man har

G: Det er det nemlig

I: Ja, man skal også passe på med ikke at træde nogle over tærerne

G: Ja, lige præcist. Jeg synes det, at når man tolker sådan almindeligt, hvor det er at man selv egentlig er den første person i alt det her og egentlig får formidlet det hele videre til begge parter, her er det meget nemmere at få den her relation til patienten. For som du siger, det er meget, meget personlige ting de kommer med, men der synes jeg det er meget nemmere end at man ligesom skal føle stemningen og så bryde ind der hvor man selv tror at patienten ikke forstår. Så der er helt klart nogle udfordringer i begge måder at tolke på, men lige med den måde der blev jeg godt nok udfordret

I: Har du så oplevet at du har tolket, eller du selv har haft en tolk med indover, og hele processen har egentlig føltes som om at det har været en succes og så går der nogle dage og så finder I ligesom ud af at patienten ikke har fået det at vide at de skulle, har I nogensinde oplevet det?

G: Det har jeg. Vi har en patient der har været i vores system i et halvtårs tid og når han er inde hos os, der har jeg faktisk fuldt patienten helt fra start, det er mig der har tolket, til slut, og så efter hvert besøg han harft hos os, så ringer hans veninde som så har kunnet tolke for ham dagen efter og spørger og stiller en masse spørgsmål, selvom vi egentlig havde snakket om det dageninden. Jeg ved ikke om det har noget at gøre med at han ikke kunne formidle det videre til hende så hun kunne forstå det, eller det er fordi han egentlig ikke kunne forstå det

I: Har det så mest været de faglige begreber der sådan er gået tabt eller er det så mere hele processen?

G: Nej, det er det faglige der er gået tabt, men det jeg tror, det er fordi han ikke kunne forstå det, lige meget hvordan vi ligesom kunne prøve at gøre det så let forståeligt som overhovedet muligt, så tror jeg bare ikke at det kunne trænge ind til ham. Det er også kun ved ham jeg har oplevet det, at vi så er blevet kontaktet så mange gange efter og har forklaret helt præcist det samme.

I: Den er bare gået tabt et eller andet sted.

G: Ja, fuldstændigt.

I: Det må være svært at finde ud af hvad er det egentligt, hvor er det bristen er opstået i kommunikation

G: Lige præcist.

I: Når du sådan generelt oplever, når du er ude, hvordan synes du så kvaliteten af den tolkning der finder sted så er? Nu har du snakket om at der er nogle gange hvor der sker en kommunikationsbrist, hvor du bliver nød til at remse op igen, men så er der også andre gange hvor det...

G: ...hvor det går helt fint

I: Ja. Men sådan generelt, oplever du kvaliteten er ok eller, også ift. hvornår er kvaliteten god og hvad er der mangel på og hvad er der måske ikke mangel på?

G: Altså, nu vil jeg ikke generalisere overfor de tolke der bliver sendt ud fra de forskellige bureauer, men sådan overordnet så synes jeg det er ok, at kvaliteten er ok, når det er de kommer udefra, men jeg synes helt klart at den er meget bedre når vi bliver brugt, altså os fagpersoner i sådan nogle situationer. Det synes jeg.

I: Hvad gør det bedre når I bliver brugt ift. når tolke udefra bliver brugt?

G: Vi har en forståelse for det hele, vi har en måde at formidle det på til patienter. Vi kender til alle de funktioner de skal have, vi ved hvad det er de skal igennem og hvad det er det hele handler om. Hvorimod en tolk udefra, ved ligeså lidt som patienten, hvor det sådan lidt er information både til tolken og patienten.

I: Ja, jeg tænker også lidt det der med, du siger det der med at det ikke nødvendigvis er den samme tolk der kommer ud gangen efter, så skal I ligesom også lidt starte fra bunden igen og forklare den nye tolk hvad det er for en proces har været indtil videre.

G: Ja, det bliver ligesom nødt til.

I: Føler du sådan generelt at, sådan en samtale der har brug for en tolk, synes du den vare længere tid pga. Tolkene ift. en dansktalende patient, eller føler du stadigvæk at det går rimeligt hurtigt? Hvordan oplever du det?

G: Altså, det tager længere tid i og med at der er en tredje part i hele den her kommunikationsseance kan man sige. Der er selvfølgelig med almindelige dansktalende patienter, så har de jo også nogle gange en masse spørgsmål, det er der kan gøre at det trækker ud, men hvis man lægger det oveni en der har brug for en tolk, at ikke nok med at det man tolker det tager lang tid, det tager længere tid, fordi man ligesom skal have det igennem alle de parter der er der og så samtidig hvis de så har spørgsmål. Jo, det tager længere tid og vi sætter også længere tid af til det

I: Ok, der bliver lagt timer af

G: Det gør der. Normalt så sætter vi en halvtime af til dansktalende patienter og så en time til dem som har en tolk

I: Spændende at der er alligevel er så meget opmærksomhed på det faktum at det tager længere tid og at der er brug for mere tid til det.

G: Altså, det der gør at vi tager så meget hensyn til det og at vi prøver at få det arrangeret så godt som overhovedet muligt, det er egentlig fordi det går så hurtigt oppe på den afdeling vi er på. Patienterne er der knap nok 24 timer, så det er meget hurtigt ind og ud. Så det er vigtigt at de at de får at vide, at de forstår det ellers kan det nærmest briste det hele.

I: Ja, og så skal de igennem processen igen, ikke, hvis de ikke har forstået det første gange

G: Ja lige præcist

I: Det er lidt ligesom ham du fortalte om tidligere.

G: Ja, lige pludselig bruger man meget længere tid på det, i stedet for at kun egentlig er den her tid der er blevet sat af til, at den så bliver brugt godt, så patienten for det at vide de skal have, så det er derfor vi tager så meget hensyn til det her på vores afdeling. Andre afdelinger har jeg oplevet, der er det bare, der bliver de bare kørt igennem ligesom alle andre, men det er fordi de har længere tid til ligesom at få nogle pårørende eller et eller andet med ind.

I: Ok, så de kan komme ind igen

G: Lige præcist.

I: Jeg vil gerne lige vende tilbage til det med pårørende lidt senere hvis det er ok, for det har jeg også lidt spørgsmål om, men inden kunne jeg godt tænke mig at vide om I også har gjort brug af videotolkning, som jo også er ret meget fremme i medierne lige for tiden, om at fremme hele den proces med at videotolke, især også fordi det er mindre ressourcekrævende end at få en fysisk tolk ud?

G: Jo, det er gjort brug af det. Jeg har faktisk kun hørt om en gang hvor vi havde en patient, en tolk over Skype eller webcam eller hvad det hedder, det har jeg prøvet en gang, men jeg har ikke rigtig snakket med dem om hvordan det var, det har jeg ikke.

I: Nej, ok. Ved du hvem der finansierer det?

G: Nej, det gør jeg ikke.

I: Nej ok. Kunne du forestille dig på længere sigt, nu har du selvfølgelig ikke selv prøvet det, men kunne du forestille dig at det ville være en løsning at bruge videotolkning ift. at nok er lidt mangel på tolke, nu kommer der som du selv sagde flere syrer ind og der er jo også kun det visse antal fysiske tolke til stedet

G: Jeg tror helt klart det er noget der ville blive brugt rigtig, rigtig meget fremover og jeg tror også det der måske er mulighed for der, at man måske kunne få nogle fagpersoner ind, fordi man ikke fysisk skal møde op, men at man bare kan tage den enten over telefonen eller sådan noget videotolkning.

I: Så du forestiller dig egentlig at det var en internt på sygehuset som så bare blev kontaktet, så I ikke behøvede at gøre brug af et tolkebureau hvor der ikke er uddannede tolke?

G: Ja, det tror jeg helt klart, er noget der kommer senere

I: Ville det også være noget du ville gøre brug af?

G: Helt klart

I: Du føler ikke at man mister en eller anden kontakt med den tolk og patienten?

G: Jo, altså det vil man jo, man kan heller ikke få den her relation til patienten, men jeg tror det er ok, jeg tror ikke at de patienter der kommer ind, bare lige hurtigt skal have en samtale med lægen, har brug for en relation, men de har selvfølgelig forskellige behov, men jeg tror ikke.

I: Det kommer selvfølgelig også meget an på afdelingen som du siger. Hos jer er det sådan lidt ud og ind, men hvis det måske var en længere proces kunne det være det var en anden mulighed

G: Lige præcist

I: Vi har snakket lidt om de konsekvenser det kan medføre for patienten, f.eks. hvis den ikke møder op. Jeg ved ikke om du kan komme i tanke om andre konsekvenser der har været ved at patienten ikke har fået den rette information?

G: Jo, altså, vi har jo haft nogle patienter der ikke har forstået at det der med at du ikke må spise og drikke inden en operation, du må ikke ryge, du må ikke tygge tyggegummi, fordi det egentlig gør at operationen bliver aflyst. Der har vi nogle stykker har jeg oplevet der kommer ind og ikke har kunnet følge de regler, fordi de ikke har forstået dem

I: Det er jo egentlig sjovt, for det er jo egentlig sådan nogle, det behøver man ikke en faglig viden for at kunne forklare at du ikke må drikke eller spise tænker jeg. Det er ikke faglige termér

G: Overhovedet ikke

I: Hvad tror du det skyldes, er det fordi de er blevet overloaded med informationer eller?

G: Det kunne sagtens være fordi de var overloaded med informationer, det kunne også være at de måske har fået det fortalt sådan, at "du helst ikke må", det er selvfølgelig måden at sige det på. Det er også det vi lærer på vores uddannelse, det er den måde du ligesom får sagt tingene på. De kan forstås på vidt forskellige måder, så det er vigtigt at man præcisere hvad det er man mener og vi har jo ingen jordisk chance for at vide hvordan det er de her tolke får det sagt videre til patienterne. Om de får fortalt dem vigtigheden i det. Jeg tror både at det kan være noget fra vores side, fordi vi informerer for meget, men også at de ikke ved hvordan patienten opfatter det og hvordan tolken der skal fortælle det videre til patienten opfatter det. Så der er mange ting i det, men jeg ved vi har haft nogle tilfælde hvor de ikke rigtig har haft forståelse for hvorfor det er vigtigt at de ikke må spise, selvom det egentlig er almenviden skulle man tro, men det har vi oplevet problemer med

I: Har du så nogensinde, nu kommer vi lige tilbage til det med pårørende som du snakkede om før. Har du nogensinde oplevet at du har været nødsaget til at gøre brug af pårørende som tolke?

G: Mange gange, ja.

I: Hvem bliver brugt? Er det en mor, eller en søster eller er det børnene der bliver brugt?

G: Det er typisk at det er børnene der bliver brugt. Hvor jeg har også haft nogle samtaler med patienter hvor det er deres børn der har været inde og tolke og det er rigtig, rigtig svært, har jeg oplevet, fordi vi snakker jo om meget, meget private ting, om de har været på toilettet og sådan noget og sidde der og skulle snakke med sin mor eller far om det, det er altså ikke det helt optimale og der har vi også mange gange oplevet at de ikke får det sagt. Vi kan se at de er pinlige berørte, børnene over det, og det er selvfølgelig synd at de skal sidde og have så mange ting at vide om deres forældre eller søskende eller hvad de nu er. På den måde fraråder vi faktisk at bruge pårørende. Både for børnenes eller pårørendes skyld, men også for patientens skyld, fordi der er mange, mange private og personlige ting man kommer ind omkring. Men pårørende bliver brugt rigtig, rigtig meget. Der er også flere gange, hvor de er indlagt og der er

ikke nogen til at tolke, så tager de lige telefonen og ringer lige dit barn op og så skal vi så snakke via det, der ved vi jo heller ikke hvad der bliver sagt videre og hvad der ikke bliver sagt videre. Vi er sikker på at der er noget der bliver udelukket, fordi det ikke er, i nogle kulturer er det jo tabu at snakke om, og så ved vi jo ikke om noget bliver udelukkede pga. Det.

I: Så der kommer også en helt kulturel baggrund der går ind og laver en barrierer ift. kommunikation?

G: Det gør der, helt klart. Og det samme hvis det er vi har en kvindelig patient og der er en mandlig tolk, jeg er sikker på at der er nogle kulturelle barrierer der gør at tolken ikke får det formidlet videre vi gerne vil og omvendt.

I: Det er ikke kun blandt pårørende det er også generelt?

G: Det er også bare generelt ved mandlige og kvindelig tolke, forskellige på mandlige og kvindelige patienter.

I: Hvor gamle er de børn ca. Tror du, eller husker du, eller oplever du de har været?

G: Det jeg har oplevet er de nok en 16 og helt op til 50+, så det er sådan, de teenager.

I: Ok. Der er faktisk en lov i Danmark der siger at man ikke må bruge børn som tolke og at man kun må bruge børn eller unge mellem 15-18 i akutte situationer, så det er egentlig lidt spændende det med at de alligevel føler sig nødsagt til at gå ind, for jeg tror heller ikke det er fra sygehusets, sundhedsvæsenets, gode side at have lyst til at bruge børn

G: Nej, overhovedet ikke. Det er jo det, vi fraråder det jo, at man tager ens børn med ind for at tolke. Men jeg vidste ikke at der var en lov om det, fedt.

I: Ja, den bliver ikke opretholdt så meget

G: Nej, det gør den ikke

I: Men der er også brug for det kan man sige, men du synes det er en god lov går jeg ud fra, kan jeg høre?

G: Jeg synes det er en god lov. Altså jeg har jo også selv, jeg er selv fra Libanon, jeg har da også flere gange været med og tolke for mine forældre. De kan jo forstå meget, men også med alt det faglige, det har de jo svært ved at forstå. Så på den måde kan jeg gode føle med dem, som kommer ind og skal tolke for deres forældre, fordi jeg selv har været i situationen og jeg ved at ikke er rart. Derfor gør jeg i hvert fald rigtig meget ud af at de ikke har deres børn med og tolker for dem.

I: Ok. Jeg tænker også at du jo så er heldig, at du så også kan nogle af de der faglige begreber, jeg tænker andre børn står nærmest helt på bar bund.

G: Ja, og ved ingenting. De ved slet ikke hvad det er vi snakker om, på den måde er det også, de bliver lidt sat på prøve og hvis de ikke får det rigtig at vide, så er det jo dem der lidt får høvl fra forældrene af, "hvorfor har du ikke?" og "hvorfor kan du ikke forstå?". Det er synd at bruge dem, især når vi har andre muligheder.

I: Lige præcist. Det er bare med at få dem skabt

G: Lige præcist.

I: Det leder mig lidt videre til de sidste spørgsmål jeg godt kunne tænke mig at runde af med. Sådan lidt mere om hvordan man kan optimere hele det her system med brugen af tolke, vi snakkede lidt om videotolkning og sådan noget.

G: Ja

I: Først kunne jeg godt tænke mig at vide om du, hvis det nu var i din situation, nu kan du f.eks. arabisk, om du så ville være interesseret i, hvis nu at, at der kommet et eller andet, at du kunne videreuddanne dig som tolk indenfor sundhedsvæsenet, f.eks. hvis det nu var en tolkeuddannelse?

G: Ja, det kunne jeg helt klart være interesseret i. Jeg tænker også at det vil give mig flere redskaber til at kunne tolke rigtigt og tolke på et højere niveau. Også bare at få de der faglige begreber ind, det tænker jeg helt klart.

I: Kunne du forestille dig at det ville være en god beslutning at skabe, oprette sådan nogle uddannelser, måske i forlængelse med sygeplejerskeuddannelsen eller?

G: Det synes jeg helt klart, for der er jo brug for det derude. Når først man kommer derud, så er der brug for det. Hvis man så kan trække på en af sine egne, så synes jeg da helt klart at det er godt givet ud, det mener jeg.

I: Sådan bare helt generelt, hvordan tror du at man kan forbedre kvaliteten af tolkningen i det danske sundhedsvæsen?

G: Ved at uddanne tolke, ved ikke at det bare er et fritidsjob, men hvor at man faktisk, at der er nogle, man skal opfylde nogle kvalifikationer, have nogle specielle kvalifikationer for det. Enten at have tage en uddannelse. Det skal være sådan lidt at der er nogle tolke der er kun til sundhedsvæsenet og nogle der kun er til, sådan rundt omkring i kommunerne, hvor man så bruger penge på at få dem uddannet, indenfor.

I: Indenfor de specifikke områder?

G: Ja, det synes jeg helt klart vil forhøje kvaliteten, det mener jeg.

I: Skulle det så også være sådan nogle tolke der også skulle sidde på videotolkning eller hvordan?

G: Ja, det synes jeg, det synes jeg helt klart.

I: Det var nogle gode bud, det var også selv lidt de tanker jeg har tænkt i, men det er rigtig rart at vide, at få en indsigt i hvordan I oplever det, for I arbejder jo med.

G: Lige præcist.

I: Jeg kan jo kun læse artikler om det og skabe mig en holdning ud fra det.

G Ja, lige præcist.

I: Jeg ved ikke om du har mere du kunne tænke dig at byde ind med eller et eller andet du er kommet i tanke om er vigtigt?

G: Nej, jeg tror vi er kommet igennem og kommet omkring alt det jeg sådan kan bidrage med.

I: Det var rigtig, rigtig godt. 1000 tak.

G: Velbekomme.