Akademin för hälsa, vård och välfärd

FYSIOTERAPEUTERS ERFARENHET AV ATT SAMMARBETA MED TOLK

En kvalitativ studie

DANIEL PERSSON
GULLAN DELLO

Huvudområde: Fysioterapi
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 30 hp
Program: Fysioterapeutprogrammet
Kursnamn: Examensarbete med inriktning mot beteendemedicin
Kurskod: FYS063

Handledare: Thomas Overmeer
Examinator: Petra Heideken Wågert

*Seminariedatum:*2025-10-01
Betygsdatum: 2025-12-04

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Språkbarriärer i vården kan påverka kommunikation, patientsäkerhet och behandlingsresultat negativt. För fysioterapeuter i primärvården där kommunikationen är central för rehabilitering, kan tolkanvändning innebära både möjligheter och utmaningar.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka fysioterapeuters erfarenhet av att samarbeta med tolk i primärvården.

Metod: Studien genomfördes med kvalitativ design och induktiv ansats. Datainsamlingen bestod av tio semistrukturerade intervjuer med fysioterapeuter i primärvården som hade erfarenhet av att arbeta med tolk. Materialet transkriberades och analyserades sedan med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Tre huvudkategorier identifierades: tolkens roll och professionalitet, förutsättningar och utmaningar med olika tolkmetoder samt kommunikation. Informanterna betonade att tolkar med professionalitet och kompetens är avgörande för mötets kvalitet. Valet mellan plats- och telefontolk påverkade främst samtalets flyt och patientens bekvämlighet. Kommunikationen utmanades av språkbegränsningar, kulturella skillnader och tidsaspekter.

Slutsats: Studien visar att fysioterapeuters erfarenheter av tolksamarbete i primärvården påverkas av olika faktorer. Professionella tolkar föredras framför anhörigtolkar för att främja neutralitet. Fysiskt närvarande tolkar underlättar praktiska moment, telefontolkar ökar anonymitet. Patientens möjlighet till beteendeförändring påverkas av fysioterapeutens och tolkens stöd samt av individuella faktorer såsom self-efficacy och utfallsförväntningar. Ett välfungerande tolksamarbete kan vara viktigt för patientens engagemang och framgång i rehabilitering.

Nyckelord: Fysioterapi, primärvård, språkbarriärer, tolkning i vården

ABSTRACT

Background: Language barriers in healthcare can negatively affect communication, patient safety, and treatment outcomes. For physiotherapists in primary care, where communication is central to rehabilitation, the use of interpreters can present both opportunities and challenges.

Aim: The aim of this study was to explore physiotherapists experiences of collaborating with interpreters in primary care.

Method: The study used a qualitative design with an inductive approach. Data were collected through ten semi-structured interviews with physiotherapists experienced in working with interpreters. The material was transcribed and analyzed using qualitative content analysis.

Result: Three main categories were identified: the role and professionalism of the interpreter, conditions and challenges of different interpreting methods, and communication. Participants emphasized that interpreters with professionalism and competence are crucial for the quality of the encounter. The choice between on-site and telephone interpreting mainly affected the flow of the conversation and patient comfort. Communication was challenged by language limitations, cultural differences, and time constraints.

Conclusion: Physiotherapists experiences of collaborating with interpreters in primary care are influenced by several factors. Professional interpreters are preferred over ad hoc interpreters to ensure neutrality. On-site interpreters facilitate practical tasks, while telephone interpreters can enhance anonymity. Patients' ability to make behavioral changes is affected by the support of both the physiotherapist and the interpreter, as well as individual factors such as self-efficacy and outcome expectations. Effective interpreter collaboration may be important for patient engagement and rehabilitation success.

Keywords: Physiotherapy, primary care, language barriers, healthcare interpreting

INNEHÅLL

1 BAKGRUND 1

1.1 Primärvård 1

1.1.1 Fysioterapeutens roll i primärvården 1

1.2 Kommunikation 2

1.2.1 Språkbarriärer i vården 2

1.2.2 Kulturella skillnader 2

1.2.3 Hälso-och sjukvårdens skyldighet att erbjuda språkstöd 3

1.3 Tolk 3

1.3.1 Tolk inom fysioterapi 5

1.4 Fysioterapi och beteendemedicinskt arbetssätt 5

1.4.1 Social kognitiv teori 6

1.4.2 Health Belief Model (HBM) och dess betydelse för beteendeförändring 6

2 PROBLEMBESKRIVNING 7

3 SYFTE 8

4 METOD OCH MATERIAL 8

4.1 Design 8

4.2 Urval 8

4.3 Datainsamling 9

4.4 Tillvägagångssätt 9

4.4.1 Rekrytering 9

4.4.2 Intervjuer och transkribering 10

4.5 Dataanalys 10

4.6 Etiska övervägande 12

5 RESULTAT 12

5.1 Tolkens roll och professionalitet 13

5.1.1 Kompetens och erfarenhet 14

5.1.2 Professionalism och engagemang 14
5.1.3 Tolkens deltagande i rummet 14
5.1.4 Anhöriga som tolkar föredras inte 15
5.2 Förutsättningar och utmaningar med olika tolkmetoder 15
5.2.1 Föredragna tolkssätt 15
5.2.2 Praktiska moment försvåras med telefontolk 15
5.2.3 Ökad anonymitet och tillgänglighet med telefontolk 16
5.2.4 Begränsad tillgänglighet och obehag vid känsliga situationer med platstolk 16
5.2.5 Förbättrad interaktion och förståelse med platstolk 17
5.2.6 Tolkens närvaro i förhållande till rehabilitering 17
5.3 Tolkens påverkan på kommunikation i vårdmötet 17
5.3.1 Kommunikationsutmaningar 17
5.3.2 Förenklat språk och tydlig kommunikation 18
5.3.3 Personbundenhet och relation till tolken 18
5.3.4 Hinder vid könsskillnad på tolk och patient 19
5.3.5 Problem vid dialektskillnader 19
5.3.6 Kulturella aspekter påverkar vårdmötet 19
5.3.7 Tidsbegränsning vid tolkanvändning 20
6 DISKUSSION 20
6.1 Resultatdiskussion 21
6.2 Metoddiskussion 25
6.3 Etikdiskussion 27
7 SLUTSATS 27
8 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING 28
REFERENSLISTA 29
BILAGA A- INTERVJUGUIDE

BILAGA B- INFORMATIONSBREV

BILAGA C- FÖRFRÅGAN

1 BAKGRUND

Sveriges befolkning uppgår till totalt cirka 10,6 miljoner personer år 2024, varav 2 866 676 år 2023 har utländskt bakgrund. Med utländsk bakgrund avses personer som är utrikes födda samt inrikes födda som har två utrikes födda föräldrar (Statistiska centralbyrån, u.å). Med många personer som talar ett annat modersmål än svenska är det viktigt inom hälso-och sjukvården att erbjuda språkstöd och tolkar för att kunna säkerställa patientsäkerheten. Dålig kvalitet på tolkningen kan leda till felbehandling eller utebliven diagnostisering (Socialstyrelsen, 2016).

1.1 Primärvård

Primärvården enligt Hälso-och sjukvårdslagen erbjuder tillgänglig och personcentrerad vård för att utreda, behandla och förebygga hälsoproblem. Primärvården är basen i vårdkedjan, den vårdnivå som verkar närmast invånarna och är tillgänglig för alla så länge vården inte kräver sjukhusens resurser eller specialiserad kompetens (Sveriges riksdag, 2017).

1.1.1 Fysioterapeutens roll i primärvården

Broberg & Lenne (2019) anger fysioterapi som en hälsoprofession som är den tredje största inom hälso-och sjukvården efter läkare och sjuksköterskor. I Sverige kan alla söka vård hos fysioterapeut direkt utan remiss från läkare där fysioterapeuten är autonom och kan fatta självständiga beslut. Fysioterapeutens roll i primärvården har stärkts genom primärvårdsreformen 2021, där rehabilitering och förebyggande insatser nu ingår i grunduppdraget (Persson, 2020). Trots detta finns det utmaningar, såsom brist på interprofessionellt samarbete och otydliga rollfördelningar vilket begränsar vårdens effektivitet. Dessutom saknar många patienter kännedom om fysioterapeutiska insatser, vilket gör att de ofta vänder sig till läkare (ShahAli et al., 2023).

I områden med en hög andel invånare med utländsk bakgrund samarbetar fysioterapeuter ofta med tolkar, vilket kan vara utmanande särskilt i primärvården där patientflödet är stort. Detta ställer krav på anpassad kommunikation då språkliga och kulturella skillnader kan påverka patientens delaktighet och behandlingsresultat. Neipert et al. (2024) belyser hur dessa språkbarriärer kan påverka vårdutfall och vikten av att hantera dem för bästa möjliga vårdresultat.

1.2 Kommunikation

Kommunikation är en grundläggande förutsättning för god vård och utgör en kärnkompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal. Forskning visar att kommunikationen mellan vårdgivare och patient har stor betydelse för behandlingsresultat, patienttillfredsställelse och tillit (Becker & Hunziker, 2019). Inom fysioterapi ses kommunikation som aktivt involverar patienten som en central del av den patientcentrerade vården. En fungerande kommunikation är inte bara avgörande för att skapa en god vårdrelation utan även för att möjliggöra korrekt diagnostik, gemensam målsättning och delaktighet i rehabiliteringsprocessen (Ahlsen & Nilsen, 2022). I primärvården, där fysioterapeuter ofta möter patienter med komplexa symtombilder blir tydlig och empatisk kommunikation särskilt viktig för att skapa förtroende och vägleda patienten i egenvård (Horler et al., 2024). En utmaning för god kommunikation är språkbarriärer och kulturella skillnader. Enligt en systematisk litteraturöversikt av Al Shamsi et al. (2020) påverkar språkbarriärer både patientens och vårdgivarens tillfredsställelse negativt och försämrar vårdkvalitén.

1.2.1 Språkbarriärer i vården

Språkbarriärer uppstår när människor inte kan kommunicera effektivt på grund av olika språk eller begränsad kunskap om gemensamt språk. Detta kan leda till missförstånd, bristande tillit, problem att förmedla information, diagnoser och behandlingar. Detta kan i sin tur påverka både patientsäkerhet och kvalitén på vården negativt (Al Shamsi et al., 2020).

En lösning på detta är att använda tolk, dock kan tolkanvändning leda till längre behandlingstider och kostnader vilket är en utmaning i primärvården där tiden ofta är begränsad. Nackdelarna med att använda tolkning inkluderar också svårigheter med att översätta medicinska termer exakt och att den personliga relationen mellan vårdgivare och patient kan påverkas av den tredje partens närvaro (Hadziabdic et al., 2014).

Utlandsfödda i Sverige upplever ofta sämre hälsa och har en ökad risk för psykisk ohälsa samt hjärt-kärlsjukdomar. Faktorer som språksvårigheter, ekonomiska problem och sociala förhållanden bidrar till ojämlikheter i vården. Utlandsfödda patienter känner sig i lägre grad informerade, respekterade och delaktiga i sin vård. Språkliga och kulturella barriärer försvårar tillgången till hälsoinformation och vård vilket påverkar behandlingsresultat och patientupplevelse. För att förbättra situationen krävs ökad tillgänglighet, bättre kommunikation och strategier för att motverka diskriminering i vården (Socialstyrelsen, 2011).

1.2.2 Kulturella skillnader

I en systematisk litteraturöversikt av Rocque & Leanza (2015) beskrivs hur kulturella skillnader i värderingar och tro också kan bidra till kommunikationsproblem. Till exempel kan patienter från vissa kulturer vara ovilliga att tala om sina sjukdomar av rädsla för att dessa ska förvärras. Skillnader i synen på auktoritet och behovet av att bevara harmoniska relationer kan leda till att patienter inte deltar aktivt i samtalet, vilket försvårar diagnos och

behandling. Fördomar och diskriminering för olika etniciteter kan förekomma i vården. Etniska minoriteter kan uppleva att de bemöts enligt negativa stereotyper, vilket leder till bristande förtroende för vårdpersonal och gör det svårare för dem att söka vård. Det blir viktigt för vårdpersonal att förstå och adressera dessa kulturella och etniska utmaningar för att säkerställa en mer inkluderande och rättvis vård för alla patienter (Rocque & Leanza, 2015).

En systematisk litteraturöversikt av Schouten & Meeuwesen (2006) anger hur kulturella skillnader påverkar kommunikationen mellan läkare och patienter, vilket kan skapa missförstånd och påverka vårdkvaliteten. Litteraturöversikten visar att läkare ofta är mindre emotionellt engagerade i möten med patienter från etniska minoriteter, vilket kan resultera i en lägre grad av patientdelaktighet. Dessa patienter ställer ofta färre frågor och är mindre involverade i beslutsfattandet kring sin vård. Vanliga kommunikationshinder inkluderar språkbarriärer, olika sjukdomsförståelser och olika förväntningar på läkaren. Vissa patienter kan förvänta sig att läkaren fattar alla beslut utan att involvera dem, baserat på en mer auktoritär syn på vårdrelationen. Dessa faktorer kan leda till missförstånd och bristande tillit vilket ökar risken för felbehandling och sämre behandlingsutfall (Schouten & Meeuwesen, 2006).

För att förbättra kommunikationen och minska dessa hinder föreslås flera strategier. Interkulturell träning för vårdpersonal kan öka medvetenheten om kulturella skillnader och främja en mer jämlik vård. Vid språkbarriärer kan tolkar användas för att säkerställa att patienten förstår sin diagnos och behandling. En annan metod är "teach-back", där patienten får återberätta instruktioner för att vårdgivaren ska kunna verifiera att informationen har uppfattats korrekt. Litteraturöversikten belyser hur kulturella faktorer påverkar vårdkommunikationen och vikten av att anpassa strategier för att skapa en mer inkluderande och säker vårdmiljö (Schouten & Meeuwesen, 2006).

1.2.3 Hälso-och sjukvårdens skyldighet att erbjuda språkstöd

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska vårdgivare säkerställa att alla patienter får tillgång till vård på lika villkor vilket innebär att patienter som inte behärskar svenska har rätt till språkstöd. Språkstöd kan tillhandahållas genom tolkar eller andra hjälpmedel för att underlätta kommunikationen. Tolken ska vara kvalificerad och neutral för att upprätthålla patientsäkerheten och kvaliteten på vården. Genom att följa denna lagstiftning kan vårdgivare bidra till jämlik och rättvis vård (Riksdagen, 2017).

1.3 Tolk

Tolk är en person som muntligt översätter budskap från ett språk till ett annat. Inom tolkning finns det etiska riktlinjer, kallade tolketik, som kräver att tolken förmedlar informationen neutralt och objektivt utan att införa egna värderingar eller åsikter (Nationalencyklopedin, 2024).

Tolkning är själva processen där en tolk översätter eller förmedlar budskap mellan språk. Det är en mångtydig term som används inom olika områden. Inom språkliga sammanhang betyder tolkning ”muntlig översättning mellan två språk” (Nationalencyklopedin, 2024). Det finns olika typer av tolkningsmetoder beroende på kontext. Några exempel som nämns i Flores (2005) är metoder som fysisk närvaro, telefon- eller fjärrtolkning samt konsekutiv och stimulantolkning. Fysisk närvaro innebär att tolken är fysiskt närvarande under samtalet. I telefon-eller fjärrtolkning är tolken närvarande via telefon eller andra fjärrtekniker. Konsekutiv tolkning innebär att tolken först lyssnar på talaren och sedan översätter till det andra språket efter att talaren har avslutat sitt uttalande. Simulanttolkning innebär att tolken översätter talet i realtid, samtidigt som talaren pratar.

I en systematisk litteraturöversikt av Heath et al. (2023) undersöks effekterna av olika typer av tolkar inom vården för patienter som inte talar samma språk som vårdgivaren. Studien syftar till att uppmärksamma hur användning av olika tolkar påverkar patientkommunikation, kliniska utfall och resultat. De undersökta tolktyperna var professionella tolkar, ad-hoc tolkar, relationsbaserade tolkar samt situationer utan tolkning. Professionella tolkar har formell utbildning och certifikat. Ad-hoc tolkar är informella tolkar exempelvis bekanta. Relationsbaserade tolkar har en personlig relation med patienten exempelvis en partner. Situationer där ingen tolk användes innebär att patienten och vårdgivaren kommunicerar utan tolk.

Heath et al. (2023) beskriver tolkning som en nödvändig och viktig del av vården för patienter och vårdgivare som inte talar samma språk. Studien betonar vikten av att använda professionella tolkar för att säkerställa en objektiv och effektiv kommunikation, särskilt i jämförelse med andra typer av tolkning eller ingen tolkning alls. Artikeln nämner även att användning av relationsbaserade tolkar i vissa fall kan bidra till positiva resultat för patienten men att det finns en risk för bias på grund av den personliga relationen mellan tolken och patienten, vilket kan påverka objektiviteten. Trots denna risk anger Heath et al. (2023) att det är bättre att använda någon form av tolk än ingen alls, eftersom avsaknaden av tolkning kan leda till kommunikationsproblem och ha en negativ inverkan på vården.

Krupic et al. (2016) anger i sin kvalitativa studie hur användningen av tolkar påverkar kommunikationen mellan patienter och vårdgivare med fokus på immigranter i Sverige. Deltagarna i studien beskrev flera problem relaterade till tolkanvändning i vårdmöten där otillräcklig professionalism och bristande kunskaper i medicinsk terminologi var vanliga hinder. Tolkarnas förseningar, distraktioner under möten och ibland brist på förståelse för specifika medicinska begrepp resulterade i frustration och missförstånd vilket ofta påverkade vårdresultaten negativt. Användning av hälsovårdspersonal eller anhöriga som tolkar betraktades som en nödlösning, men dessa lösningar medförde ofta stress och en bristande neutralitet vilket försämrade kvaliteten på kommunikationen. Studien belyser vikten av en välorganiserad och professionell tolkservice för att säkerställa att patienter med begränsad språkkunskap får rätt vård. En noggrant utvald tolk som inte bara behärskar språket utan också förståelse för kulturella och medicinska nyanser är viktigt för att förbättra kommunikationsflödet och säkerställa patientsäkerheten under vårdmöten (Krupic et al., 2016).

1.3.1 Tolk inom fysioterapi

Användning av professionella tolkar inom fysioterapi är en viktig aspekt för att säkerställa att patienter får korrekt och effektiv vård. Lee et al. (2005) undersökte fysioterapeuters attityder och erfarenheter av tolkanvändning i Australien genom kvalitativa intervjuer. Studien visade på en övervägande negativ attityd gentemot professionella tolkar. Många fysioterapeuter föredrog att använda anhöriga eller vänner istället för professionella tolkar, vilket resulterade i flera utmaningar som missförstånd, bristande medicinsk kunskap samt kulturella och sekretessrelaterade problem. Dessutom uttrycktes skepsis mot tolkar på grund av tidsbegränsningar och kostnader, vilket ledde till att tolkar inte användes regelbundet. Författarna föreslog att ökad utbildning och exponering för tolkanvändning skulle kunna förbättra samarbetet och öka acceptansen för professionella tolkar (Lee et al., 2005).

Flera år senare undersökte Shiner et al. (2023) användningen av tolkar inom fysioterapi och hur de påverkar kliniska resultat. Till skillnad från Lee et al. (2005), som byggde sin studie på intervjuer med fysioterapeuter, analyserade Shiner et al. (2023) patientjournaler. Deras resultat visade på ett starkt behov av professionella tolkar för att förbättra kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal, särskilt i rehabiliteringssammanhang där noggrann och tydlig kommunikation är avgörande. Bristande användning av tolkar eller användning av icke-professionella tolkar hade en direkt negativ effekt på behandlingsresultaten. Missförstånd i instruktioner och behandlingsplaner kunde leda till fördröjd återhämtning eller förvärrade tillstånd för patienterna. Studien framhöll även vikten av att använda tolkar som förstår medicinsk terminologi och som kan förmedla korrekt information utan att påverka innehållet i samtalet (Shiner et al., 2023).

Den största skillnaden mellan de två studierna ligger i både den tidsmässiga utvecklingen och den metodologiska ansatsen. Medan Lee et al. (2005) fokuserade på fysioterapeuters upplevelser genom intervjuer, gav Shiner et al. (2023) en mer objektiv bild genom sin analys av dokumenterad klinisk praxis. Den nyare forskningen har därmed bidragit till en större förståelse för hur viktig korrekt och tydlig kommunikation är för att upprätthålla en hög vårdkvalitet inom fysioterapi (Shiner et al, 2023).

1.4 Fysioterapi och beteendemedicinskt arbetssätt

Att arbeta beteendemedicinskt som fysioterapeut innebär att se människan ur ett holistiskt perspektiv för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Ett biopsykosocialt perspektiv används där man beaktar olika aspekter och integrerar kunskap från flera olika områden för att förstå och påverka människors hälsa och beteenden. Fokus ligger inte bara på att behandla biomedicinska aspekter utan också de psykosociala faktorerna som påverkar patienten (Denison & Åsenlöf, 2012).

1.4.1 Social kognitiv teori

En teori som ofta används inom beteendemedicin är Socialkognitiva teorin (SKT) av Albert Bandura. Den fokuserar på samspelet mellan individ, beteende och omgivningen. Ett centralt begrepp inom teorin är Self-efficacy, individens tilltro till sin egen förmåga. Hög self-efficacy har visat sig vara en viktig faktor för framgångsrik beteendeförändring eftersom det påverkar motivation, uthållighet och förmåga att hantera motgångar. Self-efficacy stärks genom positiva erfarenheter, modellinlärning och verbal uppmuntran (Bandura, 1997).

Socialkognitiv teori understryker också vikten av att förstå och ta hänsyn till sociala och kulturella faktorer. Dessa faktorer påverkar individens beteende och deras möjlighet att engagera sig i sin behandling, vilket i sin tur påverkar patientens hälsa (Glanz et al., 2015). När språkbarriärer uppstår i vården används ofta tolkar, vilket gör dessa faktorer särskilt viktiga. Tolkens roll påverkar inte bara den språkliga kommunikationen utan kan även påverka hur patienten upplever vårdmötet och sin situation (Krupic et al., (2016). Respondent inlärning kan bidra till förståelsen av patientens beteende genom associationer mellan stimuli och responser (Ramnerö & Törner, 2020). Fysioterapeuten och tolken blir omgivningsfaktorer för patienten och beroende på vårdmötets kvalitet kan de komma att förknippas med trygghet och motivation eller med oro och misstro. Genom att arbeta utifrån ett beteendemedicinskt perspektiv och med stöd av den socialkognitiva teorin kan fysioterapeuter arbeta för att stärka patientens self-efficacy och skapa en stödjande miljö för att uppmuntra långsiktiga hälsofrämjande beteenden (Glanz et al., 2015).

1.4.2 Health Belief Model (HBM) och dess betydelse för beteendeförändring

Health Belief Model (HBM) utvecklades av Irwin M. Rosenstock 1966 och används för att förstå och förklara människors hälsobeteenden, särskilt deras benägenhet att söka vård och engagera sig i förebyggande hälsoåtgärder. Enligt Rosenstock (1966) påverkas individens beslut om att vidta hälsoåtgärder av deras uppfattningar om sjukdomens allvarlighet och deras egen sårbarhet för sjukdomen. De tre grundläggande komponenterna i modellen är upplevd sårbarhet, upplevd allvarlighet och upplevda fördelar med beteendeförändring. När individer uppfattar sig som sårbara för en sjukdom och tror att de kan minska riskerna genom att ändra sitt beteende, är de mer benägna att vidta åtgärder för att främja sin hälsa (Rosenstock, 1966).

Health Belief Model innefattar även upplevda hinder vilket är faktorer som kan försvåra beteendeförändring, tillexempel tidsbrist eller ekonomiska hinder. Rosenstock (1966) betonar även vikten av externa faktorer som kan fungera som handlingsutlösare, tillexempel rekommendationer från en vårdgivare eller upplevelse av symtom som motiverar individer att agera (Rosenstock, 1966). Glanz et al. (2015) anger hur HBM inkluderar self-efficacy, ett begrepp som utvecklades genom Albert Banduras Social Cognitive Theory (SKT). Glanz et al. (2015) anser att en stark self-efficacy kan öka individens motivation att agera vilket gör det möjligt för dem att övervinna hinder och konsekvent engagera sig i hälsobeteenden. Förutom de upplevda fördelarna och hindren för beteendeförändring är individens tro på sin egen

förmåga att lyckas en avgörande faktor för att förutsäga deras hälsobeteende. Denna tro på egen kapacitet gör att individen inte bara ser möjligheter utan också känner sig rustad att hantera eventuella utmaningar på vägen mot ett hälsosammare beteende (Glanz et al., 2015).

Inom hälso-sjukvården är effektiv kommunikation avgörande för att patienten ska förstå och engagera sig i sin vård. Användning av professionella tolkar har visat sig förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och patienter med begränsade språkkunskaper (Heath et al., 2023). Studier som Karliner et al. (2007) har belyst vikten av att använda professionella tolkar för att övervinna språkbarriärer och säkerställa att patienterna får adekvat information och behandling. Artikeln betonar att utan tillgång till professionella tolkar kommer patienter med begränsade språkkunskaper drabbas av skillnader i både hälsa och tillgång till kvalitetsvård. Genom att minska upplevda hinder såsom språkbarriärer kan användning av tolkar främja patienters engagemang i sin egenvård och öka deras tilltro till egen förmåga att genomföra nödvändiga hälsoåtgärder, vilket är centrala aspekter av HBM.

2 PROBLEMBESKRIVNING

Kommunikation är en grundläggande del av vårdrelationen och avgörande för patientsäkerheten och vårdkvaliteten. I vårt alltmer mångkulturella samhälle ökar risken för språkbarriärer vilket ställer krav på hälso-sjukvården att upprätthålla trygg kommunikation, särskilt i primärvården där patientflödet är stort och tiden begränsad. För fysioterapeuter kan språkbarriärer leda till missförstånd kring diagnoser, behandlingar och rehabiliteringsmål samt försvåra utförandet av anamnes och instruktioner. Detta kan påverka patienters förtroende och fysioterapeuters möjlighet att stödja beteendeförändring, vilket är en del i det beteendemedicinska arbetet.

Professionella tolkar används ofta för att hantera språkbarriärer, men tolkanvändning kan också innebära utmaningar, såsom tidsbegränsningar, översättningsproblem och risken för att relationen mellan fysioterapeut och patient påverkas negativt.

Tidigare forskning belyser ämnet och har främst fokuserat på patienternas upplevelser av tolkanvändning. Studien bidrar till att fylla en tidigare kunskapslucka genom att belysa fysioterapeuters perspektiv på tolkanvändning.

3 SYFTE

Syftet med studien var att undersöka fysioterapeuters erfarenhet av att samarbeta med tolk i primärvården.

4 METOD OCH MATERIAL

4.1 Design

Studien tillämpade en kvalitativ design med en induktiv ansats och baserades på individuella intervjuer med fysioterapeuter som hade erfarenhet av att samarbeta med tolk. Den kvalitativa designen gav studieförfattarna möjligheten att fånga djupa insikter och förståelse för de komplexa och individuella upplevelserna hos fysioterapeuterna, vilket inte kunde mätas kvantitativt (Sullivan & Sargeant, 2011).

4.2 Urval

Urvalet i denna studie baserades på ett ändamålsenligt urval. Campell et al. (2020) beskriver ändamålsenligt urval som en metod som syftar till att matcha urvalet med forskningssyftet därigenom säkerställa studiens trovärdighet. Författarna rekryterade fysioterapeuter som arbetade i primärvården, med fokus på Mellansverige.

Inklusionskriteriet för studien var att deltagarna skulle ha erfarenhet av att arbeta med tolk i patientmöten minst 10 gånger de senaste två åren. Detta kriterium valdes för att säkerställa att deltagarna hade tillräcklig erfarenhet för att kunna reflektera över sina upplevelser, samtidigt som det gav utrymme för variation i hur och när tolkar hade använts. Genom att sätta gränsen vid minst 10 tillfällen undvek vi att inkludera deltagare som endast arbetat med tolk enstaka gånger eller sporadiskt, då detta kunde ha begränsat deras förmåga att bidra med djupare insikter.

För att säkerställa en bred representation av erfarenheter och perspektiv inkluderades fysioterapeuter med olika kön, ålder och yrkeserfarenheter. De tio informanter som inkluderades i studien var mellan 25 och 65år, varav åtta kvinnor och två män. Samtliga hade varierande yrkeserfarenhet och var verksamma vid primärvårdsenheter i Mellansverige.

4.3 Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom individuella semistrukturerade intervjuer med fysioterapeuter (bilaga a). En semistrukturerad intervju innebär att forskaren använde förbestämda öppna frågor men lämnade utrymme för följdfrågor, vilket skapade möjligheter att fördjupa i deltagarens perspektiv (Baumbusch, 2010)

Författarna inledde intervjuerna med att förklara studiens syfte och betonade vikten av frivilligt deltagande för att säkerställa att deltagaren var fullt medveten om att deltagandet var helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst. Därefter ställdes bakgrundsfrågor och öppna huvudfrågor som var relevanta för ämnet och som gav utrymme för reflektion och egna tankar hos deltagaren. I slutet av intervjun fick deltagaren möjlighet att lägga till något som hen ansåg vara viktigt eller påpeka om det var något relevant som inte hade tagits upp.

Författarna genomförde fysiska intervjuer på plats med totalt tio deltagare. Båda författarna deltog under samtliga intervjuerna och växlade mellan att vara intervjuare. Författarna förberedde sig noggrant inför varje intervju och var väl inlästa på intervjufrågorna.

Intervjuerna spelades in med diktafon och allt inspelat material lagrades på en dator som var skyddad med fingeravtryckslösenord för att säkerställa sekretess och integritet. Efter att examensarbetet godkändes raderades allt lagrat material.

4.4 Tillvägagångssätt

4.4.1 Rekrytering

Rekryteringsprocessen inleddes genom att författarna kontaktade antingen verksamhetschefer eller direkt till de potentiella deltagare vid de aktuella enheterna via e-post. E-postadresserna erhölls på tre sätt: från vårdgivarnas officiella webbsidor, genom fysisk kontakt med vårdcentralens reception eller via klasskamrater som tidigare haft sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU) på enheterna. I de fall där de potentiella deltagarna kontaktades direkt ombad dessa att förmedla kontaktuppgifter till sin verksamhetschef så att godkännande kunde inhämtas.

I e-postmeddelandet bifogades ett informationsbrev (bilaga B) som beskrev studiens bakgrund, syfte, tillvägagångssätt, risker och fördelar samt förfrågan (bilaga C) om tillåtelse att inkludera potentiella deltagarna i studien. När verksamhetschefen godkände förfrågan vidarebefordrade denne informationsbrevet till lämpliga deltagare, alternativt skickade författarna informationsbrevet direkt till deltagare efter erhållet godkännande.

Deltagarna uppmanandes att återkoppla till författarna vid intresse att delta i studien. Vid bekräftat intresse bokades tid och plats för intervjun i samråd med respektive deltagare.

Totalt anmälde tio personer sitt intresse för att delta i studien och samtliga uppfyllde inklusionskriterierna. Tre informanter rekryterades genom fysisk kontakt med vårdcentralen, två via vidarebefordrad e-post från verksamhetschef och fem genom direkt kontakt via e-post från författarna. Samtliga verksamhetschefer godkände deltagandet och undertecknade en skriftlig samtyckesblankett. Informanterna gav sitt samtycke både skriftligt och muntligt innan intervjuerna genomfördes.

4.4.2 Intervjuer och transkribering

Totalt genomfördes tio intervjuer med informanter från Mellansverige, intervjuerna genomfördes under en period av 5 veckor. Samtliga intervjuer ägde rum fysiskt på plats i miljöer valda i samråd med deltagarna för att skapa trygghet och minimera yttre störningar. Båda studieförfattarna deltog vid varje intervju, men turades om att leda samtalet. Studieförfattarna ledde fem intervjuer var. Två pilotintervjuer genomfördes inledningsvis för att pröva intervjuguiden, då inga förändringar bedömdes nödvändiga inkluderades dessa i det slutliga materialet.

Intervjuerna varade mellan 15 och 30 minuter med en genomsnittlig längd på cirka 22 minuter, samtliga intervjuer spelades in med hjälp av en diktafon för att säkerställa att ingen information gick förlorad. Direkt efter intervjun överfördes det inspelade materialet till en fingeravtrycksskyddad dator, därefter raderades ljudfilen permanent i enlighet med etiska riktlinjer för hantering av känsligt material. Inspelningarna transkriberades därefter ordagrant i Microsoft Word av studieförfattarna. Studieförfattarna transkriberade fem intervjuer var. Transkriptionerna av intervjuerna tilldelades ett nummer från 1 till 10 för att avidentifiera informanterna och samtidigt möjliggöra struktur och spårbarhet under analysarbetet.

4.5 Dataanalys

För att analysera data använde vi Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys. Analysen genomfördes med en induktiv ansats vilket innebär att författarna inte utgick från förbestämda hypoteser eller teorier utan lät analysen styras av innehållet i det insamlade materialet (Graneheim och Lundman, 2004).

Den kvalitativa innehållsanalysen påbörjades med att båda studieförfattarna individuellt läste igenom samtliga transkriptioner flera gånger för att få en djupare förståelse för innehållet och skapa en helhetsbild av materialet. I detta skede markerades textavsnitt som uppfattades som meningsbärande enheter i relation till studiens syfte. Med meningsbärande enheter avses ord, fraser eller längre stycken som tillsammans förmedlar en innebörd kopplad till det undersökta fenomenet (Graneheim & Lundman, 2004). De identifierade meningsbärande enheterna överfördes därefter till en strukturerad tabell i ett Word-dokument. Nästa steg i analysen bestod av att kondensera enheterna, vilket innebar att innehållet förkortades och förenklades utan att dess kärnmening gick förlorad. Denna

kondensering utfördes gemensamt av studieförfattarna i syfte att upprätthålla en gemensam tolkning och minska risken för subjektiva feltolkningar.

Efter kondenseringen togs koder fram som beskrev innehållet i de meningsbärande enheterna på ett överskådligt sätt. Kodningen innebar att kondenserade enheter fick en kortfattad etikett som fångade essensen av det som uttryckts (Graneheim & Lundman, 2004). Vid osäkerhet återvände författarna till ursprungliga transkriptionen för att kontextualisera uttalandet och vid behov fördes fördjupade diskussioner för att nå en gemensam förståelse. På så vis stärktes den analytiska noggrannheten och risken för feltolkningar minimerades. Tabell 1 illustrerar ett exempel på hur meningsbärande enheter har identifierats, kondenserats, tolkats genom kodning och vidare organiserats i övergripande kategorier.

När allt material var kodad samlade författarna ihop liknande koder i underkategorier. Sedan grupperade författarna underkategorierna i större kategorier som visar vad materialet handlar om. Vi gick flera gånger igenom koderna och kategorierna för att vara säkra på att de passade ihop och var tydliga. Det här arbetet gjorde författarna för att få en bra och tydlig bild av innehållet, som vi sedan visar i resultatdelen.

Tabell 1: Exempel från analysprocessen.

Meningsbärande enhet	**Kondenserad text**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
Jag brukar oftast be dom rent medvetet att vara ”kulturtolk”, vilket innebär att översätta och du får lov att ändra ord bara du ser till att det landar hos patienten, det behöver inte vara ord för ord.	Tolkar uppmanas ibland att agera kulturtolkar, att översätta så att budskapet verkligen når fram, snarare än att översätta ord för ord.	Anpassad kulturtolkning föredras framför ordagrann översättning för ökad förståelse	Kulturell tolkning påverkar vårdmötet	Tolkens påverkan på kommunikationen i vårdmötet
Det som kan ställa till det tror jag är om det är patient och tolk som faktiskt privat känner varandra, då	Om patient och tolk känner varandra privat kan det påverka professionaliteten negativt	Privat relation mellan tolk och patient riskerar att påverka professionaliteten	Professionalism och engagemang	Tolkens roll och professionalitet

kan man tappa lite av det professionella.				

4.6 Etiska övervägande

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (WMA, 2024) och Lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) genomfördes studien med respekt för deltagarnas integritet och välbefinnande. Syftet var att skydda deltagarna från fysiska, psykiska och integritetsmässiga risker. Innan studiens start informerades samtliga deltagare om forskningssyftet, metodiken samt deras rätt att när som helst avbryta sitt deltagande utan några negativa konsekvenser, i enlighet med den etiska principen om autonomi. Deltagandet var helt frivilligt och skriftligt informerat samtycke inhämtades från samtliga deltagare.

Vid hantering av insamlade data säkerställde vi konfidentialitet och följde dataskyddsförordningen (GDPR). Allt material lagrades på ett säkert sätt och kommer att raderas efter att studien har slutförts och godkänts. Denna hantering följde den etiska principen om att inte orsaka skada ("icke skada"), i syfte att skydda deltagarna från eventuella risker kopplade till otillbörlig åtkomst till deras personuppgifter (WMA, 2024).

Enligt Vetenskapsrådets riktlinjer för god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2024) tillämpades den etiska principen om att göra gott och nytta i studien. Detta genom att sträva efter att bidra med värdefull kunskap som kan förbättra vården för fysioterapeuter som arbetar med tolkar. Nyttan av forskningen bedömdes överväga eventuella risker för deltagarna. Etiska principen om rättvisa tillämpades genom att deltagarna rekryterades på ett sätt som säkerställde att urvalet var rättvist och icke-diskriminerande. Fysioterapeuter som uppfyllde inklusionskriterierna och som var verksamma inom primärvården gavs möjlighet att delta oavsett kön, ålder, etnicitet eller andra faktorer som inte var relevanta för forskningsfrågan.

5 RESULTAT

Informanternas erfarenheter av att samarbeta med tolk inom primärvården. Materialet delades in i tre kategorier med 17 tillhörande underkategorier (se tabell 2).

Tabell 2. Kategorier och underkategorier av fysioterapeuters erfarenheter av att samarbeta med tolk i primärvården.

Underkategorier	Kategorier
• Kompetens och erfarenhet • Professionalism och engagemang • Tolkens deltagande i rummet • Anhöriga som tolkar föredras inte	Tolkens roll och professionalitet
• Föredragna tolkssätt • Praktiska moment försvåras med telefontolk • Ökad anonymitet och tillgänglighet med telefontolk • Begränsad tillgänglighet och obehag vid känsliga situationer med platstolk • Förbättrad interaktion och förståelse med platstolk • Tolkens närvaro i förhållande till rehabilitering	Förutsättningar och utmaningar med olika tolkmetoder
• Kommunikationsutmaningar • Förenklat språk och tydlig kommunikation • Personbundenhet och relation till tolk • Hinder vid könsskillnad på tolk och patient • Problem vid dialektskillnader • Kulturella aspekter påverkar vårdmötet • Tidsbegränsning vid tolkanvändning	Tolkens påverkan på kommunikationen i vårdmötet

5.1 Tolkens roll och professionalitet

Informanterna beskriver att en professionell tolk uppfattas som en neutral länk som förmedlar information och översätter direkt utan egna värderingar. Det framhålls att en engagerad och erfaren tolk som kan de terminologier som används inom fysioterapi, gör stor skillnad för både förståelse och kvalitet i patientmötet. Tolken ska fungera som en “osynlig part” i rummet, närvarande men utan att ta plats samt möjliggöra för patienten att vara i fokus. Det poängteras att tolkar som lägger sig i med egna åsikter, egna frågor eller kommentarer kan skapa problem och försämra kommunikationen. Det framkom att professionella tolkar är att föredra framför anhöriga, eftersom anhöriga ofta saknar utbildning, kan tolka fel och riskerar att påverka samtalet med egna värderingar. Trots detta

kan det ibland finnas situationer där patienten önskar anhörig som tolk, vilket behöver hanteras med försiktighet. Nedan presenteras fyra underkategorier som framkom ur materialet.

5.1.1 Kompetens och erfarenhet

Det framkom under intervjuerna att tolkar med erfarenhet inom hälso- och sjukvården har bättre förståelse för medicinska och fysioterapeutiska begrepp, vilket gör kommunikationen tydligare och mer korrekt. Informanterna menar även att språkkompetens, både vad gäller ord och kroppsspråk påverkar kvaliteten på översättningen. Informanterna framhåller också att när tolken är erfaren blir mötena mer effektiva och kommunikationen mer nyanserad.

> *"... tolkens kvalité alltså om dom är vana att jobba inom hälso- och sjukvård gör stor skillnad om dom kan orden som vi använder inom fysioterapin." (Informant 3)*

5.1.2 Professionalism och engagemang

Informanterna framhåller att tolken måste hålla en professionell och neutral roll för att samarbetet med patienten och fysioterapeuten ska fungera väl. Det är viktigt att tolken inte blandar in egna värderingar eller diskuterar egna frågor, utan håller fokus på att korrekt översätta det patienten säger.

När tolken är engagerad, närvarande och har ögonkontakt med både fysioterapeut och patient skapas bättre flyt i samtalet. Om tolken däremot är ointresserad eller oengagerad kan det försämra dynamiken och minska patientens förståelse.

> *"... dåliga exempel kan också vara att tolkar kommer in med egna tyckanden eller egna frågor om tillexempel hälsa som inte rör patientbesöket. Det här är ovanligt såklart men det har hänt." (Informant 2)*

5.1.3 Tolkens deltagande i rummet

Informanterna angav att tolkens närvaro i rummet kunde påverka vårdmötet både positivt och negativt. När en tolk tog för stor plats eller intog en dominant roll upplevdes det som störande, viket kunde få patienten att dra sig tillbaka och bli mindre delaktig. Balansen mellan att visa förståelse och att inte ”äga rummet” lyftes fram som en central del för ett fungerande samtal.

> *”... sällsynt men minns en manlig tolk med dominant och raljant stil som fick en kvinnlig patient att känna sig nedtryckt och dra sig tillbaka, eftersom tolken tog stor plats och ägde rummet.” (Informant 2)*

5.1.4 Anhöriga som tolkar föredras inte

Användning av anhöriga som tolkar nämns som problematiskt. Informanterna förklarar att anhöriga ofta saknar utbildning och kan tolka fel, föra egna samtal eller påverka patientens svar. Det kan leda till att viktig information går förlorad och att patienten censurerar sig själv. I vissa fall kan anhöriga fungera okej, men professionella tolkar anses vara förstahandsvalet. Användning av anhöriga kan också begränsa patientens möjlighet att själv uttrycka sig, vilket kan påverka delaktigheten i vårdmötet.

"... ibland används anhöriga som tolk, men det fungerar sämre eftersom de ofta är partiska och känslan är att de inte översätter helt korrekt." (Informant 4)

5.2 Förutsättningar och utmaningar med olika tolkmetoder

Valet av tolkmetod påverkades av tillgång och situation, där platstolk underlättade kommunikation och förståelse, särskilt vid praktiska moment. Telefontolk var lättillgängligt, främjade anonymitet, men saknade visuella signaler, vilket kunde försvåra praktiska moment och demonstrationer. Valet av tolkmetod påverkade främst samtalets flyt snarare än själva rehabiliteringsresultaten.

5.2.1 Föredragna tolkssätt

Informanterna beskrev olika erfarenheter och preferenser gällande tolkmetoder, där valet ofta berodde på tillgänglighet och situation. Platstolk ansågs fungera bäst eftersom den underlättade kommunikationen och skapade bättre kontakt med patienterna, särskilt vid anamnes, undersökning och praktiska moment såsom träning i gymmet, även om tillgången ibland var begränsad.

"Ibland har inte alltid alla tolkar gått att få tag i på plats utan då har jag varit tvungen att använda telefontolk och det har gått sämre skulle jag säga, platstolk fungerar nästan alltid bra." (Informant 1)

Samtidigt framkom att telefontolk blivit vanligare, särskilt efter pandemin. Informanterna beskrev att det i många fall fungerade bra och att telefontolk kan fungera bättre än fysisk tolk i vissa situationer.

" Med platstolk finns det ofta kvinnliga patienter som inte vill ha manliga tolkar på plats, man vill inte klä av sig framför en manlig tolk...Det momentet finns inte när man har telefontolk..." (Informant 8)

5.2.2 Praktiska moment försvåras med telefontolk

Informanterna beskrev flera utmaningar med telefontolkanvändning, särskilt vid praktiska moment och situationer som kräver visuell information. Telefontolkar kunde inte se

patientens kroppsspråk, ansiktsuttryck eller rörelser vilket gjorde kommunikationen mer utmanande.

”Sen ser de inte patienten… de kan inte märka om patienten börjar gråta från ingenstans… de kan inte känna av dynamiken i rummet eller se kroppsspråk…” (Informant 4)

Praktiska moment såsom övningar och introduktion i gymmet upplevdes som särskilt svåra.

”När vi har introduktion i gymmet är det nästan omöjligt med telefontolk.” (Informant 10)

Ljudkvalitet, bakgrundsljud och tolkar som var distraherade gjorde att samtal ibland drog ut på tiden.

”Nackdelen med telefontolk är om det blir väldigt långa pauser…” (Informant 3)

5.2.3 Ökad anonymitet och tillgänglighet med telefontolk

Informanterna beskrev telefontolkning som ett smidigt och lättillgängligt alternativ, särskilt vid känsliga situationer. Anonymitet, tillgänglighet och patienters bekvämlighet benämndes som centrala fördelar. Telefontolk ansågs flexibelt eftersom tolkar ofta kunde kopplas in snabbt och var nästan alltid punktliga. Att tolken inte var fysisk närvarande minskade patientens obehag vid exempelvis avklädning eller känsliga undersökningar, särskilt vid könsskillnader.

”I början när jag jobbade ville vi gärna ha folk på plats, men nu har jag märkt att med vissa patienter är det faktiskt bättre med telefontolk… man behöver inte klä av sig medan en tredje person är i rummet.” (Informant 3)

Informanterna betonade också att anonymiteten underlättade eftersom patienten slapp oro för att tolken skulle känna igen dem, särskilt i mindre städer.

”…en fördel är att tolken är anonym… Det gör det lättare för patienten att öppna sig om känsliga uppgifter utan att känna rädsla för skvaller eller sekretess.” (Informant 3)

5.2.4 Begränsad tillgänglighet och obehag vid känsliga situationer med platstolk

Informanterna beskrev begränsad tillgänglighet och patientens bekvämlighet som de främsta utmaningarna med platstolk. Detta var är särskilt tydligt vid avklädningsmoment, när patient och tolk kände varandra eller tillhörde motsatt kön. Platstolk upplevdes också som svårare att få tag på, särskilt vid kort varsel och för vissa språk.

”… patienten inte är helt bekväm med tolken och att de då drar sig tillbaka. Om det är en manlig tolk till kvinnlig patient …Om patienten känner sig obekväm med tolken blir det så att den inte pratar på de vis som hen skulle gjort annars.” (Informant 2)

5.2.5 Förbättrad interaktion och förståelse med platstolk

Informanterna beskrev platstolk som särskilt fördelaktigt eftersom tolken kunde vara närvarande i rummet och uppfatta patientens kroppsspråk, ansiktsuttryck och reaktioner. Detta underlättade kommunikationen och skapade bättre kontakt mellan vårdpersonal och patient, särskilt vid praktiska moment. När tolken var fysiskt närvarande kunde hen lättare identifiera när meningar behövdes förklaras, vilket förbättrade samtalets flyt och förståelse.

”Med platstolk är det lättare att beskriva om man ska göra en rörelse eller så…Man vet mer om dom är med eller inte när man har en fysisk tolk, alltså hur närvarande dom är.” (Informant 3)

5.2.6 Tolkens närvaro i förhållande till rehabilitering

Informanterna betonade att fysiskt närvarande tolk underlättar rehabiliteringen, exempelvis vid introduktion av nya behandlingsformer eller digitala verktyg eftersom kommunikationen blev smidigare.

”Alltid lättare om tolken är på plats fysisk när det gäller patientens rehabilitering, det är mycket lättare att ha ett levande samtal.” (Informant 7)

Informanterna framhöll även att både fysisk närvarande- och telefontolk kunde fungera likvärdigt i rehabiliteringsprocessen och att tolkanvändningen främst påverkar samtalets flyt snarare än rehabiliteringsresultatet och att andra faktorer kan vara mer avgörande för om rehabiliteringen blir framgångsrik.

”Tolkningen påverkar inte rehabiliteringen så mycket utan snarare flytet i samtalet.” (Informant 9)

5.3 Tolkens påverkan på kommunikation i vårdmötet

Kommunikationen i mötet mellan fysioterapeut, patient och tolk påverkas av flera faktorer såsom språkbegränsningar och kulturella skillnader. Tolkar kan ibland överförklara eller använda egna ord, vilket kan riskera att förvränga budskap. Delaktighet stärks av en förtroendefull relation, särskilt vid återkommande möten och ett förenklat och tydligt språk underlättar förståelsen. Dessutom kan tidsbegränsningar uppstå när all information måste förmedlas via en extra person, vilket kan påverka kommunikationen.

5.3.1 Kommunikationsutmaningar

Informanterna beskrev att tolkar ibland överförklarade eller använde egna ord för att förmedla budskap, vilket kunde försvåra den direkta kommunikationen mellan fysioterapeut och patient. Detta ledde till att patient och tolk förde längre diskussioner sinsemellan innan

informationen nådde fysioterapeuten, vilket kunde skapa missförstånd och oro för att viktig information censurerades bort. Ytterligare utmaningar var stolsplacering, att komma ihåg att tala direkt till patienten istället för till tolken, svårigheter att lägga till information under samtalet samt onaturlig samtalsdynamik. Informanterna beskrev även språkrelaterade begränsningar, som att vissa ord saknas på vissa språk. vilket gjorde det svårt att förmedla mer komplexa budskap. Dessa faktorer kunde göra det mer utmanande att uppnå full förståelse mellan alla parter.

”Ibland kan tolken och patient föra en dialog mellan varandra…nästan en halv diskussion och så får man själv veta ja eller nej. Då undrar man vad det andra som sagt i dialogen.” (Informant 9)

Informanterna beskrev även att tolkanvändning påverkade kommunikationen olika beroende på vårdmoment. Anamnestagning upplevdes som mindre utmanande, medan undersökning och åtgärd kunde bli mer komplicerade och riskera missförstånd.

”… att använda tolk i anamnes blir det inte samma stora skillnad i alla fall, men i undersökning och åtgärder är det större skillnad.” (Informant 8)

5.3.2 Förenklat språk och tydlig kommunikation

Informanterna beskrev att ett förenklat och tydligt språk underlättade tolkningen och patientens delaktighet. De betonade vikten av korta och konkreta formuleringar samt att undvika alltför öppna frågor eller komplexa resonemang.

”Jag vill ju kunna förklara så som jag gör för alla men jag kanske måste simplifiera när jag har med en tolk så att det inte ska bli för utbrett och för svårt.” (Informant 4)

Tydlig kommunikation framkom som en förutsättning för effektiv rehabilitering när patient och fysioterapeut inte talade samma språk. Användning av tolk och tydlig kommunikation underlättade förståelsen av behandling och övningar, möjliggjorde motiverande samtal och ökade insikten hos patienten. När tolken var närvarande, lyssnade aktivt och anpassade kommunikationen upplevde informanterna att patienternas känsla av trygghet och delaktighet ökade. Bristande kommunikation kunde däremot försvåra rehabiliteringen och leda till missförstånd.

”Rehabiliteringsprocessen underlättar när jag har tolk, svårt att ha ett motiverande samtal om jag inte haft en tolk.” (Informant 10)

5.3.3 Personbundenhet och relation till tolken

Under intervjuerna framkom det att återkommande tolk och igenkänning av tolken bidrar till trygghet och öppenhet hos patienten, vilket underlättade kommunikationen. En etablerad relation till tolken kan göra samtalen mer produktiva och hjälpa tolken att anpassa

översättningen efter patientens behov. Även informanterna upplevde att samarbetet gick smidigare när de kände tolken.

Det framkom även att relationen mellan tolken och patienten kunde försvåra kommunikationen. Om patient och tolk kände varandra privat kunde det uppstå situationer där det professionella brister och kommunikationen påverkas negativt, vilket var mer förekommande i små samhällen.

"... det som kan ställa till det tror jag är om det är patient och tolk som faktiskt privat känner varandra..." (Informant 1)

5.3.4 Hinder vid könsskillnad på tolk och patient

Informanterna beskrev att tolken och patientens kön kunde påverka både kommunikationen och patientens delaktighet. När kvinnliga patienter exempelvis fick manliga tolkar kunde det upplevas som obehagligt, vilket ibland ledde till att tolken lämnade rummet eller att patienten höll tillbaka information. Att patienten och tolkens kön inte matchades kunde i vissa fall påverka hur mycket patienten delade med sig, vilket i sin tur påverkade kommunikationen och delaktigheten negativt. Därför ansåg informanterna ofta att det var bäst att matcha patientens kön med tolken eftersom det minskade obehag, främjade öppen kommunikation och underlättade undersökningsmoment, särskilt när patienten behöver klä av sig.

"Sen har vi en kvinnlig patient och manlig tolk, och tvärtom, så finns det vissa saker som patienten kanske inte vill, vågar eller kan berätta. Det kan då påverka delaktigheten i samtalet negativt." (Informant 10)

5.3.5 Problem vid dialektskillnader

Informanterna beskrev att dialektskillnader kunde påverka tolkning och förståelsen mellan patient och fysioterapeut. Även om tolken behärskade språket kunde skillnader i dialekt skapa missförstånd, fördröja samtal och påverka kommunikationen negativt. Informanterna uppgav att patienter ibland tvivlat på tolkens språkbehärskning, vilket kunde leda till kommunikationsproblem och irritation.

"Någon gång har patienten sagt om de kunnat lite svenska att den här tolken inte kan det här språket fullt ut." (Informant 2)

5.3.6 Kulturella aspekter påverkar vårdmötet

Informanterna betonade att kulturella skillnader kunde påverka kommunikationen. Det framhålls att kommunikation inte enbart handlar om ord utan även om kulturella faktorer såsom synsätt, traditioner, tonfall och kroppsspråk. Under intervjuerna framkom att symtom och smärta kan uttryckas på olika sätt i olika kulturer. I vissa kulturer uttrycker man smärta starkare medan i andra kan smärta uppfattas som något man inte ska klaga över. Det

framkom att en tolk med kulturell insikt, gärna från samma kultur kunde underlätta kommunikationen genom att tolka både ord och kontext. Exempelvis genom att anpassa uttryck så att budskapet landar korrekt hos patienten och bidra till ökad förståelse för kulturella begränsningar och skillnader.

”Jag brukar oftast be dem rent medvetet att vara kulturtolk, vilket innebär att får lov att ändra ord bara du ser att det landar hos patienten, det behöver inte vara ord för ord.” (Informant 3)

5.3.7 Tidsbegränsning vid tolkanvändning

Informanterna angav att kommunikationen via tolk ofta gör besöken mer tidskrävande, eftersom all information måste förmedlas genom en extra person. Detta påverkar samtalets flyt och kan innebära att det tar längre tid att hinna med hela besöket. För att hantera tidsbegränsningen uppger informanterna att det kan behövas komprimering och prioritering av den information som ska ges, vilket kunde påverka hur mycket som hinner kommuniceras och patientens möjlighet till förståelse.

”... tolkbesök tar tid, mycket mer tid än ett vanligt besök, allt sägs två gånger. Ibland hinner man inte med allt man vill hinna med, det är värt att tänka på.” (Informant 7)

6 DISKUSSION

Syftet med studien var att undersöka fysioterapeuters erfarenheter av att samarbeta med tolk i primärvården. Resultatet visade att informanterna hade positiva erfarenheter av tolkanvändning, men att flera faktorer påverkade både patientens delaktighet och mötets kvalitet. En central faktor var relationen mellan tolk, fysioterapeut och patient. Kontinuitet och återkommande tolkar bidrog till trygghet och öppenhet i samtalet, vilket gjorde kommunikationen mer effektiv. Samtidigt kunde könsskillnader mellan patient och tolk påverka delaktigheten negativt, särskilt när kvinnliga patienter fick manliga tolkar. Tolkar kunde också upplevas ta för stor plats, vilket minskade patientens möjlighet att uttrycka sig fritt. Tolkbesök tog ofta längre tid än besök utan tolk, vilket kunde skapa praktiska hinder. Informanterna beskrev utmaningar med att hålla fokus på patienten samtidigt som de samarbetade med tolken.

Valet av tolkmetod påverkades främst av tillgänglighet. Platstolk underlättade kommunikationen och skapade bättre kontakt, särskilt vid praktiska moment som undersökning och träning. Fördelar med telefontolk var lättillgänglighet och anonymitet dock kunde det försvåra visuella och praktiska moment. Informanterna framhöll att både fysiskt närvarande tolkar och telefontolkar kunde fungera likvärdigt i vissa situationer, men att fysisk tolk ofta underlättade samtalets flyt och förståelse. Tolkar uppfattades som

professionella när de var neutrala, engagerade och hade erfarenhet av hälso- och sjukvård. Professionella tolkar underlättade förståelsen och gjorde mötena mer effektiva medan användning av anhöriga som tolkar ofta ledde till bias och kunde påverka patientens vilja att uttrycka sig fritt. Kommunikationen mellan tolk, fysioterapeut och patient påverkades bland annat av språkbegränsningar, dialekter och kulturella skillnader.

6.1 Resultatdiskussion

En kategori som identifierades i resultatet var *Tolkens roll och professionalitet*, informanterna betonade vikten av att tolken är professionell, intar en neutral samt engagerad roll i mötet med patienten. Professionella tolkar underlättar kommunikationen och säkerställer att informationen förstås korrekt, vilket enligt Health Belief Model (HBM) (Rosenstock, 1966) kan ses som ett sätt att minska patientens upplevda hinder genom att ge tydlig och korrekt information, ökar förståelsen och därmed den upplevda nyttan av rehabiliteringen. Resultatet visar, i likhet med Shiner et al. (2023) att professionella tolkar förbättrar kommunikationen inom fysioterapi.

Informanterna framhöll att tolkar som blandar in egna åsikter eller tar för stor plats i rummet kan försämra kommunikationen och göra patienten mindre delaktig. Detta stödjs av Brisset et al. (2013) som betonar att professionella tolkar förväntas balansera neutralitet och att underlätta kommunikationen, utan att ta över kontrollen i rummet. Ur ett biopsykosocialt perspektiv (Engel, 1977), där hälsa och sjukdom ses som ett samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer, kan en tolk som tar för stor plats påverka patienten på flera nivåer. Psykologiskt kan känsla av delaktighet och tilltro till den egna förmågan minska, socialt kan relationen till fysioterapeuten försämras och biologiskt kan bristande förståelse för instruktioner leda till felaktigt utförda övningar och därmed sämre rehabiliteringsresultat.

En annan faktor som påverkar tolkens roll är erfarenhet. Tolkar med erfarenhet inom hälso- och sjukvården upplevdes som värdefulla eftersom de har bättre förståelse för medicinska och fysioterapeutiska begrepp, vilket leder till tydligare kommunikation. Tidigare forskning stödjer detta och lyfter fram att bristande erfarenhet och otillräcklig kunskap i medicinsk terminologi hos tolkar kan leda till missförstånd, frustration och försämrad kvalitet på vårdmötet (Krupic et al., 2016).

I underkategorin *Anhöriga som tolkar föredras inte* angav informanterna att det kan uppstå problem eftersom anhöriga ofta saknar utbildning för att tolka och inte alltid är objektiva i översättningen. Även om anhöriga ibland kan fungera som en tillfällig lösning betonade informanterna att professionella tolkar är att föredra för korrekt och neutral kommunikation. Lee et al. (2005) rapporterade dock att fysioterapeuter ofta föredrog anhöriga eller vänner framför professionella tolkar, vilket ledde till missförstånd och bristande medicinsk kunskap. Flores (2005) visar dessutom att ad hoc-tolkar, exempelvis anhöriga, är mer benägna att göra tolkningsfel, utelämna information och påverka kommunikationen mellan patient och vårdgivare negativt. Resultatet i denna studie överensstämmer med tidigare

forskningsresultat (Shiner et al., 2023; Heath et al., 2023), vilket understryker att användning av anhöriga som tolkar kan försämra rehabiliteringsprocessen och att professionella tolkar är viktiga för att säkerställa objektiv och korrekt kommunikation. Heath et al. (2023) betonar dessutom att det är bättre att använda någon form av tolk än ingen alls.

I kategorin *Förutsättningar och utmaningar med olika tolkmetoder* framkom det att tillgänglighet ofta styr valet av tolkmetod. Fysiskt närvarande tolkar var särskilt fördelaktigt vid praktiska moment och träning där tolken kunde observera patientens ansiktsuttryck, kroppsspråk och reaktioner. Detta underlättade både kommunikationen och förståelsen, vilket stödjs av tidigare forskning (Nápoles et al., 2010) som visar att fysisk närvarande tolk eller videotolkning förbättrar interaktionen och kommunikationen mellan patient och vårdpersonal. Även om deras studie gällde läkare och sjuksköterskor antyder resultatet ändå att fysiskt närvarande tolkar även kan ha positiva effekter inom andra vårdmiljöer, såsom fysioterapi. Telefontolkning framstod som särskilt fördelaktigt vid känsliga situationer, då anonymitet och ökad trygghet minskade patienters obehag, exempelvis vid avklädning eller könsskillnader. Detta stödjs av tidigare forskning som visar att anonymitet kan minska hinder och öka patientens delaktighet (Flores, 2005; Heath et al., 2023). Ur ett HBM perspektiv kan telefontolkning ses som ett sätt att minska patientens upplevda hinder och öka motivationen att följa rehabilitering.

Informanterna betonade att tolken även påverkar rehabiliteringsprocessen, även om själva behandlingsresultatet inte alltid påverkas direkt. Fysiskt närvarande tolkar underlättar samtalets flyt och introduktion av nya behandlingsformer, samtidigt som både fysisk- och telefontolk kan fungera likvärdigt. Detta stödjs av studien Mirza et al. (2022) som visade att tolkar, oavsett form kan förbättra kommunikationen mellan patienter och vårdpersonal och kan därmed stödja rehabiliteringsprocessen. Valet av tolkssätt bör därför ta hänsyn till patientens personliga preferenser och instruktionernas komplexitet för att underlätta kommunikationen och främja patientens aktiva deltagande i rehabiliteringen.

God kommunikation är en grundläggande förutsättning för att patienten ska förstå sin rehabilitering och kunna vara aktiv i rehabiliteringsprocessen (Becker & Hunziker, 2019; Ahlsen & Nilsen, 2022). I kategorin *Tolkens påverkan på kommunikationen i vårdmötet* visade resultatet att kommunikationen mellan fysioterapeut, patient och tolk var komplex där missförstånd, tolkningssvårigheter och brist på nyanser kunde påverka patientens delaktighet. Informanterna angav bland annat att tolkar ibland överförklarade eller använde egna formuleringar vilket i praktiken kunde leda till att patient och tolk förde längre sidodialoger innan budskapet nådde fysioterapeuten. Liknande risker har beskrivits i en kvalitativ studie där familjemedlemmar delade sina erfarenheter av tolkning och menade att tolkens sätt att översätta och ibland filtrera information kan påverka kommunikationskvaliteten och göra det svårare för vårdpersonal att få en korrekt bild av patientens situation (Hadziabdic et al., 2014). Informanterna angav även att det är svårare med en god kommunikation under undersöknings-och åtgärdsmoment medan anamnestagning fungerar väl. Studieförfattarna menar att detta kan förklaras av att undersökningar och åtgärder ofta kräver instruktioner och återkoppling som är precisa och konkreta, vilket ökar risken för missförstånd.

I underkategorin *förenklat språk och tydlig kommunikation* framkom att ett förenklat och tydligt språk underlättar både tolkning och patientens delaktighet. Detta genom att minska risken för missförstånd och göra det enklare för patienten att förstå instruktioner, ställa frågor och delta aktivt i rehabiliteringsprocessen. Detta stödjs av Horler et al. (2024) som visade att otydlig kommunikation från fysioterapeuter kan skapa osäkerheter hos patienten. Detta kan förstås genom Social Kognitiva Teorin (SKT) (Bandura, 1997) där tydlig kommunikation och verbal uppmuntran kan stärka patientens self-efficacy och öka tilltron till att kunna genomföra övningar och hantera sin rehabilitering.

En återkommande aspekt som informanterna lyfte gällande tolkanvändning var relationen mellan tolken, fysioterapeuten och patienten vilket presenteras i underkategorin P*ersonbundenhet och relation till tolken*. Det framkom att när en god relation etablerats blir samtalen mer produktiva och tolken kan bättre anpassa sig till patientens behov, vilket underlättar samarbetet. Detta kan förstås utifrån SKT, där sociala interaktioner och modellinlärning stärker patientens self-efficacy och engagemang i rehabiliteringen. Heath et al. (2023) anger i sin systematiska översikt att tolkar som har en etablerad relation med patienten ofta leder till högre patienttillfredsställelse och bättre kommunikation. Resultaten från den systematiska översikten antyder därmed att professionella tolkar bör sträva efter att etablera en god relation med patienten. Heath et al. (2023) menar samtidigt att det finns potentiella risker med tolkar som har nära relation till patienten, såsom att tolken kan påverkas av personliga intressen och bias. Vilket överensstämmer med resultat i studien, där informanterna anger att om tolken och patienten känner varandra privat kan tolkens professionalitet brista.

Könsskillnader mellan tolk och patient påverkar också kommunikationen, särskilt vid känsliga undersökningar eller samtal. Informanterna betonade att matchning mellan patient och kön kan öka trygghet och öppenhet. Ur ett HBM-perspektiv kan patientens upplevelse av sårbarhet och förståelsen för fördelar med beteendeförändring påverkas negativt om patienten känner sig otrygg.

Dialektsskillnader framkom som en tydlig utmaning för kommunikationen. Informanterna beskrev att även om tolken hade goda språkkunskaper kunde dialektskillnader skapa hinder för förståelsen, vilket ledde till missförstånd, fördröjda samtal och ibland irritation. Detta stämmer överens med Krupic et al. (2016) kvalitativa studie där patienter upplevde att när tolkar inte förstod deras dialekt försvårades kommunikationen avsevärt.

Slutligen lyftes kulturella skillnader som viktiga för kommunikationen. I underkategorin *kulturella aspekter påverkar vårdmötet* framkommer det att smärtuttryck, kroppsspråk och syn på sjukdom varierar mellan kulturer och påverkar hur information förstås och hur delaktig patienten kan vara. I vissa kulturer anses det olämpligt att uttrycka smärta öppet medan andra visar den tydligare. Detta tyder på att kommunikationen inte enbart handlar om språk utan även om att tolka kulturella signaler. Detta bekräftas av den systematiska litteraturöversikten av Rocque & Leanza (2015), som visar att kulturella värderingar, trosföreställningar och sociala normer påverkar patienters vilja att tala om sina sjukdomar och engagemang i vården. Informanterna framhöll också att tolkar med kulturell insikt,

gärna från samma kultur som patienten, underlättade kommunikationen genom att tolka både språkliga och kulturella aspekter. Detta visar hur kulturell kompetens hos tolkar kan bidra till effektivare kommunikation och en mer inkluderande vård, vilket stämmer väl överens med tidigare forskning (Schouten & Meeuwesen, 2006; Krupic et al., 2016).

Sammanfattningsvis visar resultaten att kommunikationen mellan fysioterapeut, patient och tolk inte enbart påverkar förståelsen i vårdmötet, utan även patientens beteende i rehabiliteringen. Teorin om respondent inlärning kan användas för att förstå patientens beteende genom olika typer av stimuli och responser som följer (Ramnerö & Törner, 2020). Ett obetingat stimulus **(OS)** är något som naturligt väcker en reaktion, till exempel obehag vid en undersökning, vilket leder till en obetingad respons **(OR)** såsom oro eller undvikande. Ett neutralt stimulus **(NS)**, till exempel fysioterapeuten eller tolken vid det första mötet väcker från början ingen särskild reaktion. Men om **NS** upprepade gånger kopplas till ett obetingat stimulus, antingen positivt (trygghet och tydlig kommunikation) eller negativt (missförstånd och känsla av otrygghet), blir det till ett betingat stimulus **(BS)** som i sin tur utlöser en betingad respons **(BR)**. Detta innebär att fysioterapeuten och tolken, som från början är neutrala stimuli kan bli betingade stimuli som formar patientens känslor, attityder och beteende. Om patienten upplever tydlig kommunikation, professionalism och trygghet (positivt **OS**), kan fysioterapeuten och tolken framkalla en betingad respons av motivation och engagemang. Om mötet däremot präglas av missförstånd eller känsla av otrygghet (negativt **OS**) kan fysioterapeuten och tolken istället bli associerat med misstro och ovilja att delta i rehabiliteringen. På så sätt kan både fysioterapeuten och tolken som centrala omgivningsfaktorer bidra till att forma patientens beteende.

Enligt SKT (Bandura, 1997) formas människans beteende i ett ständigt samspel mellan individfaktorer, omgivningsfaktorer och själva beteendet. Individfaktorer såsom kognitiva, emotionella och fysiska förmågor har stor betydelse för hur en person agerar, men dessa samverkar alltid med omgivningen. En beteendeförändring kan inte ske om inte omgivningen stödjer det nya beteendet enligt SKT, vilket belyser hur viktiga fysioterapeutens och tolkens roller är för att skapa en stödjande miljö som möjliggör beteendeförändring.

Två viktiga individfaktorer som påverkar beteendeförändring är utfallsförväntningar och self-efficacy. Utfallsförväntningar handlar om individens uppfattning om konsekvenserna av ett beteende och föreställningar om hur viktigt och troligt det är att nå målet i ett beteende. Self-efficacy handlar om föreställningar om den egna förmågan att genomföra beteendet, vilket är avgörande för om patienten engagerar sig i rehabiliteringen (Bandura, 1997). Informanterna beskrev hur tydlig kommunikation via tolk kan skapa känsla av trygghet i mötet, vilket i sin tur kan stärka patientens self-efficacy och utfallsförväntningarna, vilket påverkar deras engagemang och motivation i rehabiliteringen. För att detta ska vara möjligt krävs att patienten förstår fysioterapeutens instruktioner och förklaringar via tolken, vilket tydliggör tolken och fysioterapeuten som centrala omgivningsfaktorer. När patienten tror att övningarna är realistiska och ger önskade resultat, känner hen sig kapabel att genomföra dem och blir mer ihärdig vid motstånd. Detta förbättrar både följsamhet och kvalitet på rehabiliteringen. Omvänt kan negativa utfallsförväntningar eller låg self-efficacy minska motivationen och leda till undvikande beteende, exempelvis om patienten inte uppfattar eller

förstår instruktionerna korrekt. Patientens beteende och motivation påverkas alltså inte bara av individfaktorer utan även hur fysioterapeuten och tolken kommunicerar och förmedlar information. Därför menar studieförfattarna i linje med Bandura (1997) att ett stödjande samspel kan främja engagemang, medan bristfällig kommunikation kan hindra patienten från att engagera sig i hälsofrämjande åtgärder och leda till att beteendet undviks. Detta visar hur patientens beteende formas i samspel med fysioterapeut och tolk och understryker vikten av tydlig kommunikation och trygghet, vilket framhålls som centralt i den aktuella studien.

6.2 Metoddiskussion

Syftet med studien var att undersöka fysioterapeuters erfarenhet av att samarbeta med tolk i primärvården och därför valdes en kvalitativ metod. Denna metod var adekvat eftersom den gav möjlighet att fånga komplexa och individuella upplevelser på djupet. Den kvalitativa metoden gav en mer nyanserad bild av verkligheten och gjorde det möjligt att utforska de olika faktorer som kan påverka fenomenet. Studien mätte därmed det den avsåg att mäta, nämligen erfarenheter snarare än statistiska samband. En styrka med metoden är att den möjliggjorde en förståelse för hur och varför fysioterapeuter upplever samarbetet med tolk på olika sätt. En begränsning är dock att resultaten inte kan generaliseras till större populationer eftersom fokus ligger på individuella erfarenheter snarare än statistiska samband, vilket annars undersöks i kvantitativa metoder (Sullivan & Sargeant, 2011).

Författarna använde en induktiv ansats, vilket innebar att slutsatser och analys drogs direkt från det inspelade materialet utan förutfattade meningar, till skillnad från en deduktiv ansats som styrs av en förutbestämd teori. Detta stärkte studiens trovärdighet eftersom nya insikter och mönster kunde växa fram ur resultatet, som inte kunde fångas i förutbestämda kategorier. Nackdelen med ansatsen är att resultaten kan bli subjektiva och svåra att generalisera eftersom de bygger på forskarnas egna tolkningar av materialet (Cleland, 2017).

Urvalet gjordes ändamålsenligt för att snabbt kunna rekrytera fysioterapeuter inom primärvården i Mellansverige. Fördelar med detta urval är att det är tids- och resurssparande, eftersom ändamålsenligt urval ofta är enklare och snabbare att genomföra (Etikan et al., 2015). Urvalet var särskilt användbart eftersom studien begränsades av geografiska och tidsmässiga faktorer. Trots att urvalet var ändamålsenligt fanns det fortfarande möjlighet till variation i erfarenheter, särskilt genom de inklusionskriterier som användes, vilket stärkte tillförlitligheten i urvalet.

En nackdel med ändamålsenligt urval är att individer som inte matchar inklusionskriterierna inte får möjlighet att delta, även om de kan ha värdefulla erfarenheter och insikter. Samma sak gäller fysioterapeuter som exkluderas på grund av att de inte kunde delta fysiskt vid intervjuerna. Detta kan leda till viss partiskhet eftersom urvalet inte representerar hela populationen, vilket i sin tur kan påverka studiens resultat (Etikan et al., 2015). Trots denna begränsning är det inte ett problem i en kvalitativ studie som denna, då syftet är att förstå individens upplevelse och tolkning av verkligheterna snarare än att generalisera.

För att stärka studiens trovärdighet har studieförfattarna tagit hänsyn till centrala kvalitetskriterier inom kvalitativ forskning (Graneheim & Lundman, 2004). I denna studie har tillförlitligheten stärkts genom att författarna tillsammans utförde dataanalysen och diskuterade tolkningarna kontinuerligt. Genom att strukturera koder och kategorier i tabeller skapades en tydlig översikt över analysarbetet, vilket minskade risken för subjektiva feltolkningar.

För att stärka giltigheten i denna studie användes semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod. Detta var en relevant metod eftersom den kombinerar förbestämda frågor med flexibilitet att ställa följdfrågor. Tillvägagångssättet möjliggjorde konsekvens mellan intervjuerna och fördjupning i deltagarens perspektiv, vilket är vanligt inom kvalitativ forskning och stärker trovärdigheten i datan (Baumbusch, 2010). Totalt tio intervjuer genomfördes, där författarna turades om att intervjua och därmed genomförde fem var. Nackdelen med metoden är att den är tidskrävande och att resultatet kan påverkas av intervjuarens kompetens, särskilt förmågan att undvika ledande frågor, ställa följdfrågor och hantera kroppsspråk och signaler som kan påverka respondentens svar (Gill et al., 2008). Eftersom författarna saknar tidigare erfarenhet av att genomföra intervjuer kunde detta påverka datainsamlingens pålitlighet. För att motverka detta användes en standardiserad gemensam intervjuguide. Detta arbetssätt valdes medvetet eftersom författarna som förstagångsforskare ville få möjligheten att tillsammans utveckla erfarenhet av intervjumetoden. För säkerställa att intervjuguiden var konsekvent genomfördes två testintervjuer och samtliga intervjuer spelades in med diktafon. Detta minskade risken för feltolkningar och säkerställde att datan speglade deltagarnas perspektiv så korrekt som möjligt, vilket stärker studiens giltighet. Endast fysiska intervjuer genomfördes vilket möjliggjorde en djupare interaktion mellan intervjuaren och deltagaren. Giltigheten stärktes även genom att fokus under hela intervjuprocessen konsekvent låg på fenomenet, det vill säga fysioterapeuters erfarenheter av att samarbeta med tolk och hur detta påverkar patienten. Detta säkerställde att insamlad data hela tiden var relevanta för studiens syfte och att analysen speglade deltagarnas verkliga upplevelser.

Delaktighet säkerställdes genom att deltagarna fick möjlighet att uttrycka sina egna erfarenheter fritt under intervjuerna och genom att deras perspektiv låg till grund för analysen. Variation i deltagarnas kön, ålder och yrkeserfarenhet bidrog till att flera olika perspektiv på fenomenet togs med, vilket ökade möjligheten att fånga mångfalden i upplevelser. Deltagarna uppmanades också att komplettera eller förtydliga sina svar under intervjuerna, vilket främjade deras aktiva medverkan och säkerställde att resultaten speglade deras upplevelser på ett så korrekt sätt som möjligt.

Studiens överförbarhet är begränsad då studien endast inkluderade tio fysioterapeuter inom en viss geografisk region med personliga upplevelser av fenomenet. Studien har däremot stärkt överförbarheten genom att ge en tydlig beskrivning av kontexten, det vill säga fysioterapeuters samarbete med tolkar inom primärvården i Mellansverige. Datainsamlingen och analysprocessen har dokumenterats noggrant, inklusive hur meningsbärande enheter identifierades, kondenserades och kodades (Graneheim & Lundman, 2004). Resultaten presenterades tillsammans med relevanta citat, vilket ger läsaren möjlighet att bedöma hur

väl resultaten kan överföras till andra liknande miljöer eller yrkesgrupper. Även om resultaten inte är universellt generaliserbara, kan de ses som ett perspektiv på hur fysioterapeuter upplever samarbetet med tolkar och läsaren kan själv överväga överförbarheten till andra sammanhang.

6.3 Etikdiskussion

Studien genomfördes med hänsyn till de forskningsetiska principerna enligt Helsingforsdeklarationen (WMA, 2024), med respekt för deltagarnas autonomi, integritet och välbefinnande. Inga etiska dilemman uppstod under studiens genomförande, men potentiella risker hanterades förebyggande. Ett exempel var risken att informanterna kunde känna press att framstå som kompetenta i sin yrkesroll när de beskrev tolkanvändningen. Detta motverkades genom ett neutralt och icke-dömande intervjuklimat, tydlig kommunikation om att inga svar var rätt eller fel.

En annan potentiell risk var att deltagandet i studien kunde upplevas som påfrestande. För att minska detta informerades informanterna om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan konsekvenser. Konfidentialitet och anonymitet säkerställdes genom att inga namn, arbetsplatser eller andra identifierbara uppgifter registrerades och att materialet anonymiserades innan analys. Deltagandet var frivilligt, vilket säkerställde att deltagarnas integritet inte påverkades.

Genom att kontinuerligt reflektera över Vetenskapsrådets riktlinjer för god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2024) och säkerställa deltagarnas integritet och delaktighet har studien kunnat genomföras på ett etiskt försvarbart sätt, vilket stärker kvaliteten och trovärdigheten i forskningen.

7 SLUTSATS

Denna studie visar att fysioterapeuters erfarenhet av att samarbeta med tolk i primärvården är komplex och påverkas av flera faktorer relaterade till tolken, patienten och situationen. Resultatet lyfter fram vikten av professionella och engagerade tolkar med kunskap om medicinsk terminologi. Bristande professionalitet, exempelvis när tolken för in egna åsikter eller frågor, kan påverka vårdmötet negativt. Även om anhöriga ibland kan fungera som tolkar, framstår professionella tolkar som avgörande för att säkerställa neutralitet och minska risken för missförstånd. Kommunikationen påverkas av tolkmetod, språkbarriärer samt dialekt- och kulturella skillnader. Fysiskt närvarande tolkar underlättar praktiska moment och tolkning av kroppsspråk, medan telefontolkar kan öka anonymitet och trygghet vid känsliga situationer. Resultatet understryker vikten av flexibel och individanpassad tolkanvändning för att optimera kommunikation och patientdelaktighet.

För att patienten ska kunna genomföra en beteendeförändring fungerar tolken och fysioterapeuten som viktiga omgivningsfaktorer, samtidigt som patientens individuella faktorer såsom self-efficacy och utfallsförväntningar påverkar engagemanget i rehabilitering och hälsofrämjande åtgärder. Ett välfungerande tolksamarbete kan därför vara avgörande för att stödja patientens beteendeförändring och framgång i rehabilitering.

Studien bidrar till att fylla en tidigare kunskapslucka genom att belysa fysioterapeuters perspektiv på tolkanvändningen.

8 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Studien bidrar till ökad förståelse för fysioterapeuters perspektiv på tolkanvändning och hur det påverkar patientens delaktighet, trygghet och kvalitet i vårdmöten. Resultaten visar att professionella tolkar med erfarenhet inom hälso- och sjukvården samt återkommande tolkar är viktiga för att säkerställa god kommunikation och kvalitet i vårdmötet. För klinisk praxis kan det därför vara fördelaktigt att använda professionella tolkar framför anhöriga samt att planera möten med patienter som behöver tolk på ett medvetet och strukturerat sätt. Fysioterapeuten kan exempelvis boka samma tolk vid upprepade besök, välja tolksätt som bäst motsvarar patientens behov (fysiskt närvarande eller telefontolk) och anpassa sitt språk för att minska missförstånd. Detta underlättar för patienten att förstå information, ställa frågor och aktivt delta i sin egen rehabiliteringsprocess, vilket stärker delaktigheten och kvalitén i vårdmötet.

Vidare forskning behövs för att undersöka hur olika former av tolkanvändning påverkar rehabiliteringsutfall och patientdelaktighet i olika kontexter. Kvalitativa studier med fysioterapeuter i olika vårdmiljöer kan ge en djupare förståelse för tolkanvändningens betydelse i praktiken, medan kvantitativa studier kan studera hur olika tolksätt påverkar följsamhet till rehabilitering och behandlingseffekt. Resultaten från sådan forskning skulle kunna bidra till utveckling av evidensbaserade riktlinjer för tolkanvändning inom primärvård och andra vårdenheter.

REFERENSLISTA

Ahlsen, B., & Nilsen, A. B. (2022). Getting in touch: Communication in physical therapy practice and the multiple functions of language. *Frontiers in rehabilitation sciences*, *3*, 882099. https://doi.org/10.3389/fresc.2022.882099

Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman medical journal*, *35*(2), e122. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.5001/omj.2020.40

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. Basingstoke: W. H. Freeman.

Baumbusch J. (2010). Semi-structured interviewing in practice-close research. *Journal for specialists in pediatric nursing : JSPN*, *15*(3), 255–258. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1744-6155.2010.00243.x

Becker, C., & Hunziker, S. (2019). Die Wichtigkeit der Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung [The importance of communication between physicians and patients]. *Therapeutische Umschau. Revue therapeutique*, *76*(5), 231–238. https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001095

Brisset, C., Leanza, Y., & Laforest, K. (2013). Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. *Patient education and counseling*, *91*(2), 131–140. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.pec.2012.11.008

Broberg, C., & Lenné, R. (2019). *Fysioterapi: Profession och vetenskap*. Fysioterapeuterna. Hämtad från https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/dokument-fasta-sidor/fysioterapi-som-profession-och-vetenskap.pdf

Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., Bywaters, D., & Walker, K. (2020). Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *Journal of research in nursing : JRN*, *25*(8), 652–661. https://doi.org/10.1177/1744987120927206

Cleland J. A. (2017). The qualitative orientation in medical education research. *Korean journal of medical education*, *29*(2), 61–71. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.3946/kjme.2017.53

Denison, E. & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, *196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Flores G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical care research and review : MCRR*, *62*(3), 255–299. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/1077558705275416

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British dental journal*, *204*(6), 291–295. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1038/bdj.2008.192

Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. (red.) (2015). Health behavior: theory, research, and practice. (5 ed.) San Francisco: Jossey-Bass.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, *24*(2), 105–112. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hadziabdic, E., Albin, B., Heikkilä, K., & Hjelm, K. (2014). Family members' experiences of the use of interpreters in healthcare. *Primary health care research & development*, *15*(2), 156–169. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1017/S1463423612000680

Heath, M., Hvass, A. M. F., & Wejse, C. M. (2023). Interpreter services and effect on healthcare - a systematic review of the impact of different types of interpreters on patient outcome. *Journal of migration and health*, *7*, 100162. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.jmh.2023.100162

Horler, C., Leydon, G., & Roberts, L. (2024). Communicating safety-netting information in primary care physiotherapy consultations for people with low back pain. *Musculoskeletal science & practice*, *74*, 103192. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2024.103192

Ilker Etikan, Sulaiman Abubakar Musa, Rukayya Sunusi Alkassim. (2015). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, *5*(1), 1-4. https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11

Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health services research*, *42*(2), 727–754. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x

Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of clinical nursing*, *25*(11-12), 1721–1728. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/jocn.13226

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Lee, T. S., Lansbury, G., & Sullivan, G. (2005). Health care interpreters: A physiotherapy perspective. *The Australian journal of physiotherapy*, *51*(3), 161–165. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/s0004-9514(05)70022-2

Mirza, M., Harrison, E. A., Roman, M., Miller, K. A., & Jacobs, E. A. (2022). Walking the talk: understanding how language barriers affect the delivery of rehabilitation services. *Disability and rehabilitation*, *44*(2), 301–314. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1767219

Nápoles, A. M., Santoyo-Olsson, J., Karliner, L. S., O'Brien, H., Gregorich, S. E., & Pérez-Stable, E. J. (2010). Clinician ratings of interpreter mediated visits in underserved primary care settings with ad hoc, in-person professional, and video conferencing modes. *Journal of health care for the poor and underserved*, *21*(1), 301–317. https://doi.org/10.1353/hpu.0.0269

Nationalencyklopedin (2024). *Tolk*. Hämtad från https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/tolk

Nationalencyklopedin (2024). *Tolkning*. Hämtad från https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/tolkning

Neipert, A., Russo, K., Ortt, S., Scott, G., & Mierzwicki, J. (2024). Impacts of language barriers on perceived quality of care in physical therapy: A systematic review. *Bulletin of the Faculty Physical Therapy*. *29*(51). https://doi.org/10.1186/s43161-024-00216-4

Persson, A. (2020). *Rehabilitering ska ingå i primärvårdens nya grunduppdrag*. Fysioterapi. Hämtad från https://fysioterapi.se/forebyggande-och-rehabilitering-kom-in-i-primarvardens-nya-uppdrag/

Ramnerö, J., & Törner, N. (2020). *Beteendets ABC: En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Studentlitteratur.

Rocque, R., & Leanza, Y. (2015). A Systematic Review of Patients' Experiences in Communicating with Primary Care Physicians: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity. *PloS one*, *10*(10), e0139577. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1371/journal.pone.0139577

Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, *44*(3), 94–127. https://doi.org/10.2307/3348967

Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient education and counseling*, *64*(1-3), 21–34. https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014

SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

Shiner, C. T., Bramah, V., Wu, J., Faux, S. G., & Watanabe, Y. (2023). Health care interpreter use in an inpatient rehabilitation setting: examining patterns of use and associated clinical outcomes. *Disability and rehabilitation*, *45*(13), 2149–2159. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1080/09638288.2022.2086637

Sveriges Riksdag. (2017). Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

Socialstyrelsen. (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-12-30.pdf

Socialstyrelsen. (2016). *Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården – Kartläggning våren 2016*. Hämtad från https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-5-7.pdf

Statistiska centralbyrån. (2023). *Utländsk bakgrund – Personer med utländsk bakgrund i Sverige*. Statistiska centralbyrån. Hämtad från https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101Q/UtlSvBakgFin/

ShahAli, S., Shahabi, S., Etemadi, M., Hedayati, M., Anne, B. C., Mojgani, P., Behzadifar, M., & Lankarani, K. B. (2023). Barriers and facilitators of integrating physiotherapy into primary health care settings: A systematic scoping review of qualitative research. *Heliyon*, *9*(10), e20736. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.heliyon.2023.e20736

Sullivan, G. M., & Sargeant, J. (2011). Qualities of qualitative research: part I. *Journal of graduate medical education*, *3*(4), 449–452. https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.4300/JGME-D-11-00221.1

Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed*. Hämtad från https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20forskningssed%20VR%202024.pdf

World Medical Association (WMA). (2024). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad från https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

BILAGA A INTERVJUGUIDE

Bakgrundsinformation:

- Ålder?
- Hur länge har du arbetat som fysioterapeut?
- Hur länge har du arbetat på din nuvarande arbetsplats?
- Har du arbetat inom andra verksamheter? (Sjukhus, privat klinik)
- Vilken typ av utbildning eller vidareutbildning har du inom fysioterapi?

Intervjufrågor:

1. Vad är din upplevelse av att samarbeta med tolk?

Följdfråga: Kan du ge ett exempel på en situation där samarbetet med tolk fungerade särskilt bra och mindre bra?

2. Vilka utmaningar har du stött på när du samarbetat med tolkar?

Följdfråga: Vilka faktorer tror du är viktigast för att skapa ett bra samarbete mellan dig, tolken och patienten?

3. Hur upplever du skillnaden mellan att arbeta med en tolk som är fysiskt närvarande jämfört med en som deltar via telefon eller digitalt?

Följdfråga: Hur är fördelningen (%) mellan fysiskt närvarande tolk och tolk som via telefon eller digitalt?

Följdfråga: Finns det några fördelar eller nackdelar med de olika sätten som tolken deltar på?

4. Hur påverkar samarbetet med tolk din möjlighet att stötta patienten att hantera sin rehabilitering? Till exempel att ändra sina vanor, hantera sin hälsa och bli mer självständig i sin rehabilitering.

Följdfråga: Kan du ge ett exempel på detta?

Följdfråga: Vilka utmaningar kan uppstå när du använder tolk i samtal om rehabilitering och livsstilsförändringar?

Följdfråga: Är det skillnad om tolken deltar fysisk eller digitalt? Om ja, på vilket sätt?

5. Hur upplever du att tolken påverkar patientens delaktighet i samtalet?

Följdfråga: Kan du ge ett exempel på en situation där du upplevde att tolken antingen förbättrade eller hindrade patientens delaktighet i samtalet?

6. Vilka riktlinjer eller rutiner har ni på din arbetsplats för att arbeta med tolkar?

7. Är det någon du vill lägga till som du tycker är viktigt att nämna, som vi inte tagit upp?

BILAGA B INFORMATIONSBREV

Förfrågan om deltagande i en studie om fysioterapeuters erfarenheter av att samarbeta med tolk inom primärvården.

Bakgrund: I dagens mångkulturella samhälle är behovet av tolk stort inom hälso-och sjukvården. Tolken spelar en viktig roll i mötet mellan fysioterapeut och patient för att möjliggöra god vård och kommunikation. Få studier har undersökt fysioterapeuters erfarenheter av att samarbeta med tolk.

Syfte: Syftet med studien är att undersöka fysioterapeuters erfarenhet av att samarbeta med tolk i primärvården och hur detta påverkar det hälsofrämjande arbetet med patienten.

Förfrågan om deltagande: Du tillfrågas om deltagande eftersom du arbetar som fysioterapeut inom primärvården och har erfarenhet av att samarbeta med tolk i ditt arbete. Vi har fått ditt namn och kontaktuppgifter från din verksamhetschef som vidarebefordrat frågan till dig.

Tillvägagångssätt: Vi använder en kvalitativ metod med enskilda intervjuer. Intervjun kommer att innehålla frågor om din upplevelse av att samarbeta med tolk i patientmötet. För att säkerställa att viktig information inte missas kommer båda författarna delta i intervjun som kommer spelas in med diktafon. Inspelningen transkriberas och lagras på en dator med lösenordsskydd. Allt som sägs under intervjun är konfidentiellt. När arbetet är godkänt raderas all insamlad information. Resultaten från studien presenteras som ett examensarbete vid Mälardalens universitet.

Risker: Det finns inga kända risker med att delta i studien, men det är helt frivilligt att delta och du kan när som helst avbryta din medverkan utan att behöva någon motivering och materialet exkluderas från studien.

Fördelar: Öka kunskapen om samarbetet mellan fysioterapeut och tolkar.

Om du är intresserad av delta eller har några frågor kan du gärna höra av dig till oss.

Författare: **Daniel Persson**, Dpn23006@student.mdu.se

Författare: **Gullan Dello**, Gdo23001@student.mdu.se

Handledare: **Thomas Overmeer**, thomas.overmeer@mdu.se

BILAGA C FÖRFRÅGAN

Hej!

Vi är två fysioterapeutstudenter på Mälardalens Universitet som skriver ett examensarbete där syftet är att undersöka fysioterapeuters erfarenheter av att samarbeta med tolk i primvården. Vi kontaktar därför dig som verksamhetschef för vidarebefordring till lämpliga deltagare. Vi söker två-tre personer som vill delta.

Inklusionskriteriet för att delta i studien är att fysioterapeuterna ska ha erfarenhet av att samarbeta med tolk minst 10 gånger de senaste två åren. Deltagarna kommer medverka i intervjuer på cirka 30 minuter där de får besvara frågor utifrån syftet med studien.

Vi bifogar en bilaga med ytterligare information.

Tack på förhand!

Daniel Persson & Gullan Dello

Mälardalens universitet

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdu.se