

“VI TAR DET VI HAR”

OM BRUK AV TOLK I HELSEVESENET I OSLO
EN SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE

Emine Kale



NAKMIs skriftserie om minoriteter
og helse 2/2006

Redaktør Nora Ahlberg



© NAKMI - Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse 2006

NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse

Serieredaktør: Nora Ahlberg

ISSN 1503-1659

ISBN 82-92564-05-5

Design og produksjon: Fox Reklamebyrå AS

Alle henvendelser om rapporten kan rettes til:

NAKMI

Bygg 2

Ullevål universitetssykehus

0407 Oslo

Tlf.: 23 01 60 60

Faks: 23 01 60 61

post@nakmi.no

www.nakmi.no

INNHOOLD

	Forord	4 - 6
	Oppsummering	7
	Innledning	8
1.	BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN	
1.1	Lover som regulerer bruk av tolk i helsevesenet	9 - 12
1.2	Tidligere undersøkelser av språklige barrierer og konsekvenser av disse	12 - 15
2.	UNDERSØKELSEN: METODER, PROSEDYRER OG RESULTATER	
2.1.	Metoder og prosedyrer	16 - 18
2.1.1	Målsetting	16
2.1.2	Innsamlingsmetode og spørreskjema	16
2.1.3	Populasjon og utvalg	16
2.1.4	Innsamlingsmåte og gjennomføring av undersøkelsen	17
2.1.5	Etikk og personvern	17
2.1.6	Statistiske analyser	17
2.1.7	Fokusgrupper	17 - 18
2.1.8	Svarprosent og representativitet	18
2.1.9	Deltagernes bakgrunn	18
2.2	Hovedresultater	19 - 41
2.2.1	Del 1 – generell informasjon	19 - 24
2.2.2	Del 2 – form og innhold i tolkesamarbeidet	24 - 35
2.2.3	Del 3 – forslag til kompetanseheving	35 - 39
2.2.4	Resultater fra fokusgruppene	39 - 41
3.	OPPSUMMERING AV RESULTATENE OG DISKUSJON	
3.1	Hovedresultater	42 - 43
3.2	Diskusjon	43 - 45
4.	ANBEFALINGER	
4.1	Tiltak på overordnet plan	46
4.2	Tiltak på ledelsesnivå	46 - 48
4.2.1	Øverste ledelse	46 - 47
4.2.2	Ledelse på mellomnivå	47 - 48
4.3	Tiltak på helsepersonell-nivå	48
4.4	Tiltak på tolkenivå	48
4.5	Tiltak på pasientnivå	49
5.	REFERANSER	50 - 51
	APPENDIKS	
	Spørreskjema	54 - 63
	Yrkesetiske regler for tolker	64
	Regler for tolking i psykisk helsevern	65
	Nyttige webadresser	66

TOLKING OG KULTURKOMPETANSE - ET FORORD VED NORA AHLBERG OG ARILD AAMBØ

Når den såkalte tolkerapporten nå foreligger, basert på et relativt stort grunnlagsmateriale om tolkebruken ved helseinstitusjoner i Oslo, er den samtidig den første rapportutgivelsen i NAKMIs publikasjonsserie. Denne delen av serien er ment som et integrert supplement til våre øvrige små og litt større publikasjoner. Den vil kunne dekke varierende FoU-tiltak med et nedslagsfelt mot forskningsmessige og kliniske, men dertil også forvaltningsmessige miljøer. I dette tilfellet berøres samtlige av disse målgruppene. Av den grunn har vi valgt å la leder og nestleder, henholdsvis professor og med klinisk strategisk ansvar, stå sammen som redaktører.

Når vi har satt tolketemaet såpass grundig på dagsordenen, skyldes det flere ting; ikke minst at vi her har å gjøre med et felt som representerer en felles utfordring for de aller fleste profesjoner innen helse- og omsorgssektoren, og hvor det dertil er meget konkrete behov. Men det er også muligheter for å med relativt enkle grep få til klare forbedringer i samsvar med både nyere helselovgivning og økte forventninger om kvalitetssikring knyttet til ulike brukerprofiler. Det som skjer på dette feltet, har dessuten klare paralleller til utviklingen når det gjelder tolking på andre viktige samfunnsområder, som for eksempel innen rettspraksis hvor det foreligger mange lignende, men også særlige forhold.

Tolkespørsmålet har også skjæringspunkt mot mer generelle problemstillinger knyttet til krysskulturell kommunikasjon, som krever andre og mer dyptloddende analyser som det arbeides parallelt med ved NAKMI. Som eksempel kan nevnes genetisk veiledning av familier med funksjonshemmede barn (Sørheim) og "gråsonen" mellom tolker og såkalte "naturlige hjelpere" eller "link-workers" (Aambø; Jareg; Williams). Det advares mot en tro på at man kan løse spenninger knyttet til en diskriminerende praksis eller normative holdninger hos involverte parter, alene ved hjelp av "tekniske" hjelpemidler. Det ville være litt som å håpe på å oppnå en vrien handelsavtale ved å ty til sosiokulturelt betingede høflighetsmanerer.

En god tolketjeneste er å betrakte som en viktig basis for overhode å kunne ta fatt på de mer grunnleggende utfordringene. Det ene nivået forutsetter det andre, og manglende organisatoriske rammer vil kunne ødelegge mye. I tillegg til slike hensyn er det to klare mangler i det arbeidet vi nå legger frem. Det ene gjelder det her manglende pasientperspektivet, som imidlertid kunne følges opp som en tilleggsundersøkelse. Når det ikke allerede er gjort, skyldes det først og fremst en nølende holdning til nytten av slike spørreskjemaundersøkelser rettet mot migrantminoritetsgrupper fra den tredje verden. Dette har jeg redegjort for i samband med to spesialnummer om innvandrere og helse fra henholdsvis Norsk tidsskrift for migrasjonsforskning nr. 2/2006 og Tidsskrift for Norsk Psykologforening nr. 12/2006.

Den andre mangelen er at også denne undersøkelsen tar det for gitt at majoriteten representerer beholdersiden, mens minoriteten her blir utpekt som pasient. Ideelt sett burde vi ha vært mer fremtidsrettet og forholdt oss til situasjoner hvor minoritetsspråklige opptrer både i rollen som behandlere og pasienter. I dette tilfelle ville det ha betydd å se på minoritetsbehandlere som tolkebrukere overfor pasienter med andre minoritetsspråklige bakgrunner. Slik vil tilfellet ofte være innenfor eldreomsorgen allerede i dag. I takt med at stadig flere minoritetsspråklige personer går inn i helse- og omsorgsfaglige yrker, vil også de tolkefaglige problemstillingene bli løftet opp på et mer generaliserende og dialogisk nivå som ikke låser subjektene fast i forventede posisjoner.

Når det er sagt, mener jeg at klinisk psykolog Emine Kale her har levert et godt arbeid. At det er blitt så nøyaktig og nøkternt utformet i forhold til sitt empiriske grunnlag, er i all hovedsak hennes fortjeneste, selv om vi har hatt mange gode støttespillere både innenfor og utenfor huset. Men at det overhodet ble noe av prosjektet på dette tidspunktet, må vi takke Dr. Mette Rudvin ved Universitetet i Bologna for. Hun har vært pådriver for å få produsert en mindre italiensk studie hun selv har vært involvert i. At det ble til noe mer enn opprinnelig tenkt, skyldes Hammad Raza Syeds

engasjement før Kale overtok prosjektet, da han selv ble NAKMIs første doktorgradstipendiat i samarbeid med Institutt for samfunns- og allmenntilleggsfag ved Universitetet i Oslo, på et prosjekt om et annet tema. Med bakgrunn i det som er nevnt ovenfor, er vi allerede i gang med sonderinger for en studie av konsultasjonspraksis i allmennhelsetjenesten i et tyrkisk dominert boligområde i Oslo-regionen som vi håper å kunne realisere på litt sikt. Vi har fått forprosjektmidler fra Lærings- og mestringssenteret ved Aker sykehus. Det dreier seg om selve inngangsporten til helsevesenet som setter mange ting på spissen når det gjelder både minoriteters tilgang til og endringer i brukerprofiler i forhold til den offentlige helsetjenesten. Fordi det er på allmenntilleggenes kontor seleksjonen skjer når det gjelder videre oppfølging, blir språklige forhold ekstra viktige. Ikke minst viktig er det med tanke på at vi i minoritetssammenheng ser både over- og underforbruk av helsetjenester sammenlignet med befolkningen for øvrig.

At Emine Kale med sin tolkefaglige og kliniske kompetanse også har tyrkisk som morsmål, er naturligvis meget viktig i denne sammenheng. Med andre ord legger vi hermed frem et lite ledd i en litt mer omfattende FoU-satsning ved NAKMI. Et engasjement som også er i tråd med føringene fra andre europeiske nettverkstiltak, som for eksempel Migrant Friendly Hospital-strategien, som Ullevål universitetssykehus under direktør Tove Strands ledelse har sluttet seg til. Vi har notert oss at denne studien underveis har generert en del diskusjoner i fagmiljøene som bl.a. tar stilling for eller imot bruken av tolker vs. obligatorisk opplæring i norsk. Hvor sterkt man ønsker å prioritere tolkefeltet fremfor andre viktige oppgaver i en helsefaglig sammenheng, er i siste hånd en politisk avgjørelse som det ikke ligger til oss å avgjøre. For NAKMIs del er oppgaven først og fremst å legge tilrette for økt – gjerne tverrfaglig – kunnskap på et felt med mange viktige og til dels også sensitive samfunnsutfordringer som har med integrering av både "nye" og "gamle" minoriteter å gjøre – ikke bare i arbeidsliv og utdanning, men også innen helse- og omsorgssektoren. Vi håper naturligvis at våre data kan bli til nytte i de videre diskusjonene.

FORORD

Undersøkelsen ble utført og finansiert av Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). NAKMI ble etablert i 2003 etter initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet og er administrativt knyttet til medisinsk divisjon ved Ullevål universitetssykehus. NAKMI er et samlende, nasjonalt kunnskapssted og knutepunkt som arbeider med forskning, formidling og utvikling av fler- og tverrfaglig art. Ved NAKMI har prosjekter som kan bidra til å forbedre betingelsene for migrant-minoriteters evne til å mestre sin helse- og omsorgssituasjon, en viktig plass. På et overordnet plan ser NAKMI det som sin oppgave å bidra til en bedre tverrfaglig forståelse av minoriteters helsetilstand og omsorgsbehov. Samtidig ønsker man å initiere forskning som gir økt kunnskap og dybdeforståelse innen helserelaterte temaer.

Ved siden av stillingen ved NAKMI, er undertegnede ansatt i klinisk stilling hos vår samarbeidspartner Søndre Oslo DPS. Undersøkelsen er gjennomført og rapporten skrevet under veiledning av professor Nora Ahlberg. Forarbeidet for prosjektet ble gjort av lege og stipendiat Hammad Raza Syed ved NAKMI, som var en av initiativtagerne og pådriver for å utvide undersøkelsen fra en liten pilotstudie til å omfatte et relativt stor datagrunnlag.

Det er som alltid mange som bidrar til et slikt arbeid. Det er umulig å nevne alle ved navn. Jeg vil takke alle dem som har bidratt til å realisere denne undersøkelsen fra idestadiet til gjennomføringen og utformingen av sluttrapporten. Undertegnede vil først og fremst takke forskningsdirektør/professor Nora Ahlberg og psykiater Carl-Hvar Dahl ved NAKMI. De har vært viktige støttespillere underveis og har kommet med viktige faglige bidrag. Jeg vil takke språkforsker Mette Rudvin ved Universitetet i Bologna for et givende og spennende samarbeid. En stor takk til alle antropolog-kolleger på NAKMI, Torunn Arntsen Sørheim, Ellen Kristvik og Karin Harsløf Hjelde, psykolog Kirsti Jareg og lege Arild Aambø som har lest manuskriptet og gitt verdifulle kommentarer.

Vi har satt stor pris på samarbeidet med Hanne Skaaden og Tatjana Felberg ved UDI som har hjulpet til med utformingen av spørreskjemaet. Jeg vil takke dem for det engasjementet de har vist og de bidragene de har kommet med. Det er flere som har bidratt til de statistiske bearbeidelsene av svarene ved Kompetansesenteret for klinisk forskning ved Ullevål universitetssykehus. Jeg vil spesielt takke Cathrine Brunborg som har hjulpet til med bearbeidelsen av data. Hun har vært uunnværlig. En annen person som har bidratt med mange nyttige kommentarer, ikke minst språklige, er Arvid Raknerud. En stor takk til deg også.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke alle som har satt av tid til å delta i undersøkelsen. Uten dere og alle de gode hjelpere i organisasjonene ville ikke denne undersøkelsen vært mulig.

Oslo, 1.12.2006

Emine Kale, psykologspesialist

OPPSUMMERING

Formålet med denne undersøkelsen er å bidra til å dokumentere og analysere erfaringer fra det offentlige helsevesenet i Oslo med situasjoner hvor direkte kommunikasjon med pasienter på et felles språk er vanskelig. Vårt fokus i undersøkelsen har vært på helsepersonell som tolkebrukere. Disse har ifølge gjeldende lover et selvstendig og formelt ansvar for å tilkalle profesjonell tolk ved behov. Vi ønsket å kartlegge bl.a. hvor ofte helsepersonell erfarer behov for språklig assistanse, hva de gjør i slike situasjoner, samt hvilke erfaringer og holdninger de har til det å bruke tolk. Vi ville også undersøke om helsepersonell opplever behov for kompetanseheving hos seg selv for å bli bedre tolkebrukere, og om de er tilfreds med kvaliteten på tolketjenestene de benytter.

Metode

Undersøkelsen er utforskende og har primært som mål å samle kunnskap som kan danne utgangspunkt for senere dybdeanalyser og forskningsprosjekter. Vi har valgt en deskriptiv og kvantitativ tverrsnittundersøkelse med spørreskjema til dette formålet. Et utvalg av helsearbeidere ved den offentlige førstelinje- og spesialisthelsetjenesten i Oslo har deltatt i undersøkelsen i løpet av høsten 2004. Vi har supplert undersøkelsen med fokusgruppeintervjuer.

Resultater

Det ble sendt ut 1290 spørreskjemaer, og av disse fikk vi inn 453 utfylte skjemaer innen 31.12.2004. Svarprosenten var på 35,1 %. Dette anses ikke å være høyt med hensyn til representativitet, og resultatene bør derfor tolkes med forsiktighet. I likhet med tidligere undersøkelser tyder dette studiet på et underforbruk av profesjonell språklig assistanse i helsevesenet. Det ser ut til at tolkebruk som arbeidsmetode ikke i tilstrekkelig grad er en integrert del av helsetjenesten, og at tolkebruken virker tilfeldig avhengig av den enkelte helsearbeiderens kunnskap og initiativ. Det viser seg at i flere sammenhenger tyr helsepersonell til den lettest tilgjengelige løsningen, nemlig å bruke familie/venner som oversettere eller å kommunisere med pasienten så godt som mulig – ofte på et mangelfullt språk. Et betydelig antall gir uttrykk for en viss misnøye med egen måte å arbeide med tolk på, med tolkens kvalifikasjoner og med mulighetene de får til å utvikle egen kompetanse om temaet på arbeidsplassen.

Konklusjon og anbefalinger

For å oppnå de helsepolitiske målene om likeverdig helsehjelp av god kvalitet for hele befolkningen, er det viktig å ha en helhetlig tilnærming til utfordringene språklige barrierer representerer. En grunnleggende forutsetning er at aktørene innenfor helsesektoren kan samhandle og samordne sin innsats. Et nøkkelord i denne sammenhengen ser ut til å være ansvarliggjøring av alle involverte både på individnivå (helsearbeidere og tolker) og på organisasjonsnivå (sykehus/bydelshelsetjenester og tolketjenester). Det ble anbefalt flere tiltak på fire forskjellige nivåer.

"What the scalpel is to the surgeon, words are to the clinician ...

the conversation between doctor and patient is the heart of the practice of medicine." ¹

INNLEDNING

En viktig forutsetning for alle faser av den enkelte pasientbehandling er at den som søker hjelp, og den som skal hjelpe, kan kommunisere på en tilfredsstillende måte. Med et økende antall mennesker som har et annet morsmål enn norsk, er samhandlinger hvor deltagerne ikke deler et felles språk og kanskje har ulik sykdomsforståelse og sykdomsuttrykk, blitt dagligdags i helsevesenet, spesielt i storbyene. Som en konsekvens av dette har behovet for kommunikativ assistanse i form av bruk av tolk² vært økende i helsesammenheng.

Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter er et tema som i større grad har kommet i fokus de siste årene. Det er svært liten kunnskap om hvordan konsultasjoner der det er behov for språklig assistanse, fungerer i praksis. Vi har lite systematisk kunnskap om hvilke hindringer helsepersonell opplever i samarbeid med tolk, hvilke holdninger helsepersonell har til tolkebruk, hvilke erfaringer helsearbeidere har som tolkebrukere og om helsepersonell opplever behov for kompetanseheving hos tolker og hos seg selv for å bedre dette samarbeidet. Det finnes i det hele tatt få undersøkelser med hovedfokus på bruk av tolk i helsevesenet i Norge.³

På bakgrunn av dette ønsket NAKMI, ved hjelp av denne spørreundersøkelsen, å bidra til å dokumentere og analysere erfaringer i det offentlige helsevesenet i Oslo. I undersøkelsen har vi lagt vekt på å kartlegge erfaringer med tolkebruk i pasientarbeid. Vi ønsket å beskrive hvordan status er, og bidra til å tydeliggjøre problemstillinger som det er viktig å arbeide videre med. Samtaler med tolk inkluderer alltid minst tre personer: to tolkebrukere og tolken selv. I helsesammenheng er den ene tolkebrukeren pasient (eventuelt pårørende) og den andre er helsepersonell. Vårt fokus i undersøkelsen har vært på helsepersonell som tolkebrukere. Disse har et selvstendig og formelt ansvar for å tilkalle profesjonell tolk når det er behov for det.⁴

¹ Sitat hentet fra Woloshin et al. 1995:724.

² Begrepet tolk brukes i denne rapporten utelukkende om profesjonell(e) tolk(er) også når det ikke spesifiseres som det. Det er mange definisjoner av hva en tolk er og hva tolking er. En definisjon på tolking er "muntlig overføring av en ytring i et språk til et annet, etter at ytringen i første språk er formulert, til en tilstedeværende lytter" (etter Ozolin og VVadensjø), hentet fra Frøili, 2004:1.

³ Rapporten konsentrerer seg om "frammøtetolking" eller "dialogtolking" som er mest vanlig i helsevesenet. Tolking i helsevesenet kan ses som en del av tolking i offentlig tjenesteyting, eller på engelsk såkalt "community interpreting" (i USA og Canada) eller "public service interpreting" (i England) (Mikkelsen, 1996).

⁴ Dette ansvaret er nedfelt bl.a. i Lov om pasientrettigheter fra 1999. Lover som regulerer feltet, vil bli gjennomgått senere i teksten.

1. BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN

I løpet av de siste tiårene er Norge i økende grad blitt et flerkulturelt og flerspråklig samfunn. Ifølge SSB er det i dag 387 000 personer med innvandrerbakgrunn i Norge.⁵ De kommer fra over 200 forskjellige land og utgjør 8,3 prosent av befolkningen. Dette tallet inkluderer flyktninger, arbeidsinnvandrere og de som har kommet hit gjennom familiegjenforening. 285 000 personer har innvandrerbakgrunn fra et ikke-vestlig land. Dette tilsvarer 72 prosent av alle innvandrere og 6,1 prosent av Norges befolkning. I 14 av landets kommuner har 10 prosent eller mer av befolkningen innvandrerbakgrunn. Oslo ligger klart på topp med 23 prosent, etterfulgt av Drammen (17,6 prosent) og Lørenskog (14,3 prosent) (<http://ssb.no/innvstat/>). SSBs første fremskriving av innvandrerbefolkning anslår en sterk vekst i innvandrerbefolkningen: innen 2060 antas de å utgjøre mellom 19 og 27 prosent av det totale folketallet (<http://ssb.no/emner/02/03/innvfram/>).

Innvandrerbefolkningen utgjør en svært heterogen gruppe med hensyn til bl.a. migrasjonsårsak, etnisitet, religion, utdanning og sosioøkonomisk status, noe som har stor betydning for tilegnelse av majoritetsspråket. Det er også store variasjoner i gruppen med hensyn til hvor lenge de har vært bosatt i landet. Nesten en tredjedel av førstegenerasjonsinnvandrerne hadde ved inngangen av 2005 bodd i Norge mindre enn fem år. Blant disse finner vi bl.a. afghanere, irakere og somaliere (http://www.ssb.no/emner/02/sa_innvand/sa06/). Ifølge en landsoversikt fra 2000 er det registrert behov for tolking i over 70 språk, med størst etterspørsel etter språk som sammenfaller med nylig ankomne flyktninggrupper (UDI, 2000).

Det er ikke tvil om at den endrede befolkningssammensetningen og anslåtte endringer i fremtiden vil medføre nye utfordringer innen offentlig tjenesteyting, deriblant helsevesenet. Denne erkjennelsen har i de senere årene bidratt til en rekke tiltak fra myndighetenes side. Et eksempel på et slikt tiltak er en satsing kalt "Minoritetsperspektiv i offentlig tjenesteyting" som sikter mot å iverksette et forsøks- og utviklingsprogram rettet mot offentlige instanser i regi av UDI/IMDI. Målsettingen er å øke kompetansen i forvaltningen, slik at offentlig sektor bedre kan yte et likeverdig tjenestetilbud til alle.

UDI som siden 1989 har vært nasjonal fagmyndighet for tolkefeltet, har vært pådriver for mangfoldige tiltak i de senere årene. Fra 1. januar 2006 flyttet nasjonal fagmyndighet for tolking i offentlig sektor fra Utlendingsdirektoratet (UDI) til det nyopprettede Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI). Det er satt i gang flere typer initiativ i den senere tid som bl.a. tar sikte på å øke den faglige kvaliteten på tolker via utdanning og profesjonalisering. Helt konkret kan det nevnes tiltak som utprøving av nettbasert tolkeutdanning⁶ og oppretting av Nasjonalt tolkeregister under hjemmesidene til Tolkeportalen.⁷

Når vi ser tilbake, ble Norges første offentlige utredning om behovet for en offentlig tolketjeneste i Oslo-området gjort av Rasjonaliseringsdirektoratet så tidlig som i 1976. Oslo kommune etablerte egen tolketjeneste i 1982 (Kvalsnes, 2005). I dag er det nærmere 20 kommunale/interkommunale tolketjenester i hele landet som har ansvar for å kvalitetssikre og formidle tolketjenester til offentlig sektor. I tillegg er det flere private tolkebyråer. Det er store variasjoner med hensyn til tilgjengeligheten av tolketjenester i landet. Best dekket er Oslo-regionen (Andenæs et al., 2000). Per i dag brukes tolketjenester fra både kommunale og private tolketjenester i helsevesenet i Oslo.⁸ Tolketjenestene formidler både frammøtetolking, telefontolking og i noen tilfeller skjermtolking.

Erfaringene tilsier at i tillegg til å benytte seg av tolketjenester, er det ganske utbredt i helsevesenet å basere seg på mer eller mindre tilfredsstillende løsninger. Man kommuniserer med pasienten så godt som mulig, ofte på et mangelfullt felles språk, bruker familie (for eksempel ektefelle og barn) og venner, eller tyr til ad hoc løsninger, slik som tilfel-

⁵ Vi bruker den offisielle definisjonen på innvandrere. SSB definerer innvandrerbefolkningen som bestående av personer med to utenlandsfødte foreldre: førstegenerasjonsinnvandrere som har innvandret til Norge, og etterkommere som er født i Norge med to foreldre som er født i utlandet. I denne rapporten bruker vi denne betegnelsen og migrantminoriteter om hverandre.

⁶ Det er satt av penger i statsbudsjettet for opprettelsen av en permanent utdanning av tolker ved HIO fra høsten 2007 (lokalisert 9.11.2006 på internett: http://www.imdi.no/templates/CommonPage___6108.aspx).

⁷ Nasjonalt tolkeregister er en landsdekkende oversikt over praktiserende tolker og deres kvalifikasjoner. Dette er et innsynsregister med allmenn tilgang og uten bestillingsfunksjoner.

⁸ Lovisenberg Diakonale sykehus i Oslo har hatt egen tolkekoordinator siden 1997. De har organisert en egen tolketjeneste med interne bestillingsrutiner på intranett.

dige personer og/eller sykehusansatte (helsearbeidere, renholdere og lignende) som kan pasientens morsmål. Dette inntrykket støttes av en kartlegging Senter mot etnisk diskriminering (SMED) har gjennomført vedrørende språklig tilrettelegging av helseinformasjon i 2004. De henvendte seg til sykehusene i Oslo-regionen og stilte spørsmål for bl.a. å finne ut hvordan sykehusene gikk frem i praksis for å sikre språklig tilrettelegging. En konklusjon var at sykehusene i varierende grad hadde konkret kunnskap om behovet for språklig tilrettelegging hos sine pasienter, og at det ikke fantes en generell rutine for å informere alle pasienter om deres rett til tolk (SMED, 2004).

1.1 LOVER SOM REGULERER BRUK AV TOLK I HELSEVESENET

Retten til lik tilgang til offentlige tjenester, deriblant helsetjenester, er et mål i alle demokratiske samfunn som er tilsluttet den internasjonale menneskerettighetskonvensjonen og konvensjonen mot rasediskriminering. I FNs internasjonale konvensjon mot rasediskriminering vektlegges det i artikkel 5 å sikre likhet for loven – uten hensyn til rase, hudfarge, eller nasjonal eller etnisk opprinnelse – bl.a. når det gjelder retten til offentlig helsestell og medisinsk behandling. Selv om Norge er forpliktet gjennom ulike internasjonale konvensjoner, er plikten til å bruke tolk svakt forankret i norsk lov (UDI, 2003). Fagmyndigheter på dette feltet har konstatert underforbruk eller mangelfull tolking i offentlig sektor og påpekt at dette i seg selv kan føre til diskriminering av minoritetsspråklige, og at det utgjør en trussel mot rettsikkerheten (ibid).

§ 11 og § 17 i forvaltningsloven fra 1967 handler om en offentlig tjenestemanns plikt til å informere, veilede og høre partene i saken. Verken § 11 eller § 17 presiserer at forvaltningen plikter å veilede, informere og høre parten ved bruk av tolk eller oversettelse. Imidlertid presiserer en lovuttalelse i 2003 fra Justisdepartementet til Kommunal- og regionaldepartementet at gode grunner taler for at forvaltningen plikter å benytte tolk eller oversettelsestjenester i saker hvor hensynet til rettsikkerhet og likebehandling står sentralt (hentet fra <http://odin.dep.no/aid/norsk/tema/innvandring/lovgivning>). I pasientrettighetslovens (1999) § 2.7 presiseres det at forvaltningslovens anvendelse gjelder for vedtak som treffes under lovens § 2.1–2.6 som handler om rett til informasjon, nødvendig helsehjelp, vurdering, fornyet vurdering, valg av sykehus og individuell plan. I forvaltningsloven er det den offentlige parten som anses ansvarlig for å skaffe og dekke utgiftene til tolk.⁹

I de siste årene har det vært store endringer i helse- og sosiallovgivningen i forbindelse med den nye pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1.1.2001.¹⁰ I denne loven finnes det bestemmelser om pasienters rett til informert samtykke og selvbestemmelse når det gjelder behandling. Lovens formål er formulert som "å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten." Denne lovens kapittel 3, **Retten til medvirkning og informasjon**, er av særlig relevans når det gjelder tolkefeltet. Lovens § 3–1 handler om pasienters rett til medvirkning og lyder slik:

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (vår understrekning)

§ 3–2 handler om **pasientens rett til informasjon**. Loven sier at:

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulig risiko og bivirkninger. Informasjonen kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv.

⁹ Dette er presisert bl.a. i rundskriv "Veiledende retningslinjer for dekning av utgifter ved bruk av tolketjenester" fra UDI dat. 23.6.1994.

¹⁰ Publikasjonsnummer I-60/2000 – Pasientrettighetsloven, Sosial- og Helsedepartementet. I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk.

Ifølge loven skal pasienten også sikres retten til å bli informert om påført skade eller alvorlige komplikasjoner og samtidig bli informert om adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning. § 3-3 handler om pårørendes rett til å få informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes, dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det.

I § 3-5 **Informasjonens form** sier loven at:

Informasjonen skal være tilpasset mottagernes individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Opplysningene om den informasjonen som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal.

Merknader til § 3-5 presiserer at personer fra minoritetskulturer og personer med manglende kunnskaper i norsk vil være blant dem som vil ha særlig behov for tilpasset informasjon. Her presiseres også at det er helsepersonell som har ansvaret for å tilrettelegge eller gi informasjon. Videre presiseres det at:

I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk.

Loven gir rom for bruk av skjønn i vurderingen av behovet for tolk, og plikten til å skaffe tolk begrenses til å gjelde situasjoner hvor det er "avgjørende".

Pasientrettighetslovens § 4-1 handler om **samtykke**.

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig må pasienten ha fått nødvendig informasjon, som er tilpasset forutsetningene til pasienten, om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

I lovens § 4-3 sies det klart:

Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

Som det fremgår i lovtekstene ovenfor har pasienters rett til informasjon og medvirkning en særdeles sentral plass i pasientrettighetsloven. Det refereres dessuten til denne loven i Lov om helsepersonell (1999) og Lov om spesialisthelsetjenester (1999). I Lov om helsepersonell handler kapittel 2 om krav til helsepersonells yrkesutøvelse. I § 10, som handler om **informasjon til pasienter**, står det at den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetslovens § 3-2 til § 3-5. I merknadene til lovens § 10 første ledd står det slik:

Det er helsepersonell som yter helsehjelp som pålegges en plikt til å gi pasienten tilstrekkelig informasjon til at det kan gis et informert samtykke til helsehjelp, f eks i form av undersøkelse og behandling... Pasienten skal ha informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, dvs. den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes. Helsepersonell skal også så langt mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Det er en forutsetning at informasjonens form og innhold gis i forhold til pasientens forutsetninger. Dette gjelder generelt, og særlig i forhold til pasienter med annen etnisk kulturell bakgrunn. For øvrig vises til lov om pasientrettigheter, kapittel 3 flg. Plikten til informasjon til pasienter henger nært sammen med pasientenes rett til samtykke og medvirkning, jf lov om pasientrettigheter § 3-1 flg. og § 4-1 flg.

På samme måte handler **Lov om spesialisthelsetjeneste** (1999) § 3-11 **om informasjon**. Loven forplikter helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, til å videreformidle den informasjonen som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter, jf. lov om pasientrettigheter § 2-1 til § 2-5 som handler om rett til helsehjelp (§ 2-1 Rett til nødvendig helsehjelp, § 2-2 Rett til vurdering, § 2-3 Rett til fornyet vurdering, § 2-4 Rett til valg av sykehus, § 2-5 Rett til individuell plan). Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, har plikt til å gi slik informasjon som pasienten har rett til å motta etter lov om pasientrettigheter § 3-2 siste ledd.

Det kan synes vanskelig å innfri kravene til gjeldende lover i helsevesenet og leve opp til idealene for menneskerettigheter og etnisk likestilling i et demokratisk samfunn uten å bruke kvalifisert språklig assistanse. Eksisterende lover og regler legger et selvstendig ansvar på helsepersonell for å vurdere behovet for og skaffe tolk i sin tjeneste. Ut fra dette perspektivet kan det å bruke for eksempel familie i stedet for tolk være en mindre god løsning. For det første er de "inhabile". Familie og venner har bindinger til pasienten, noe som ofte vil forstyrre formidlingsprosessen, selv om den/de det gjelder, har gode språkkunnskaper. De kan ha en egen forståelse av situasjonen og problemene, og med det kan de legge egne føringer i tolkningen. For det andre er det vanskelig å forvente at de skal kunne ha helseterminologisk kunnskap. Fra forskningshold er det resultater som tyder på at manglende språklige kunnskaper, mangelfull eller feil oversetting, ved for eksempel å tilføye, sløyfe eller forandre innholdet i det som skal tolkes, ofte forekommer når det ikke brukes profesjonelle tolker (Frederics, 1996; Meyer, 1997; Nilsen, 2000; Vasquez & Javier, 1991; Woloshin et al., 1995). En konsekvens av manglende kvalitetskontroll er at validiteten av informert samtykke kan være diskutabel.

Et tredje argument mot bruk av familie og venner som "tolk" er at disse ikke er underlagt taushetsplikt på samme måte som profesjonelle. På den andre siden kan det bli vanskelig, om ikke umulig, for helsepersonell å overholde taushetsplikten og personvernloven (jf. Lov om helsepersonell, kap. 5, § 21 Rundskriv 1-20/2001) overfor pasienter når disse ikke ønsker å informere eller involvere familie/venner i egne problemer, men av forskjellige grunner føler seg tvunget til å godta deres tilstedeværelse som tolkehjelp.

I forlengelse av dette er det klart at bruk av pasienters mindreårige barn i planlagte eller akutte konsultasjoner ved offentlige tjenester, ofte vil være uetisk og faglig uforsvarlig også med tanke på hva som er barnas beste.¹¹ Som oftest vil slike situasjoner innebære en praksis som er på kollisjonskurs med FNs barnekonvensjon (Dawood, 2004; Jareg & Pettersen, 2006).

Det opplyses at Pasientombudet i Oslo har fått tre klagesaker i 2005 som var relatert til kommunikasjonsproblemer pga. manglende tolkebruk. Av ca. 1000 årlige henvendelser handler ca. 15–20 klager om informasjonsvikt. Disse tallene inkluderer både etnisk norske og minoritetspasienter (personlig kommunikasjon med Strømsmo og Alveng ved Pasientombudet, høsten 2005). Det er grunn til å anta at tallene ikke er representative for situasjonen, og at det er en underrapportering spesielt fra pasienter med minoritetsbakgrunn.

1.2 TIDLIGERE UNDERSØKELSER AV SPRÅKLIGE BARRIERER OG KONSEKVENSER AV DISSE

Brukerperspektiv

Flere brukerundersøkelser viser at de aller fleste pasienter er svært tilfredse med helsehjelpen de får. Andelen tilfredse pasienter er generelt så høy som 80 % blant majoritetsbefolkningen (Jensen et al., 1992; Ammentorp et al., 2006) og noe mindre, men i flertall, hos migrant-minoriteter (Gulløy et al. 1997; Djuve & Pettersen, 1999). På den andre siden er det først og fremst "kommunikasjonsproblemer" som angis å være årsaken til mindre tilfredshet både blant

¹¹ Noen oppsiktsvekkende eksempler på bruk av barn som tolk nevnes av Dawood (2004). Et eksempel er en pike på 12 år som var med i fødestuen for å tolke da moren hennes fødte et barn. Et annet eksempel er en tenårings gutt som hadde vært "tolk" i morens konsultasjoner i helsevesenet over lengre tid, og som besvimte da hun skulle oversette legens budskap om at moren bare hadde en måneds tid igjen å leve.

majoritetsbefolkningen og migrant-minoriteter. Det dreier seg bl.a. om mangelfull informasjon, men også om opplevd mangel på lydhørhet og medbestemmelse.

Studier som tar for seg migrant-pasientperspektivet på kommunikasjonsproblemer og opplevd tolkebehov, viser at pasienter ønsker å bruke tolk oftere enn det de får tilbud om. En kartlegging av erfaringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål sykehus viste at til tross for at en tredjedel vurderte egne språkferdigheter som dårlige, fikk bare en av ti tolketjeneste via sykehuset (Djuve & Pettersen, 1999). Rundt halvparten av pasientene hadde selv med en person som kunne bistå med oversetting. Tre av ti pasienter var sikre på at de ved flere anledninger ikke var blitt forstått når de henvendte seg til sykehuspersonalet. I likhet med norske pasienters erfaringer var manglende informasjon (bl.a. å bli tatt med på råd om det som skulle skje med dem, mulige komplikasjoner og videre behandlingsopplegg) et av de hyppigst rapporterte problemene. Pasientene som deltok i denne kartleggingen, pekte ut mer tolkehjelp som det viktigste behovet sammen med ønsket om mer tid fra personalet og mer informasjon.

Resultater fra kvalitative undersøkelser støtter disse funnene. I undersøkelsen ved Seksjon for internasjonal helse¹² ble 20 tidligere pasienter og pårørende intervjuet om deres erfaringer med helsevesenet (Magelssen, 1999). Pasientene ga uttrykk for at de stort sett var fornøyde med helsehjelpen de hadde fått. De fleste, både blant pasienter og pårørende, ga imidlertid uttrykk for at de foretrakk profesjonell tolk fremfor familie/venner. Enkelte i denne undersøkelsen fortalte også at de aldri var blitt gjort oppmerksom på retten til å få profesjonell tolk. Noen opplevde at deres ønske om å få tolk ble neglisjert av helsepersonellet.

I kvalitative undersøkelser fra Danmark ga pasienter uttrykk for at de opplevde språklige barrierer som en hindring i kontakten med hjelpeapparatet. I en undersøkelse (Dyhr, 1996) fortalte kvinnelige pasienter at selv om de ikke hadde forstått legens forklaring, lot de være å spørre. Noen av dem som forsøkte å spørre, ga tidlig opp. Flere kvinner forklarte etterpå at det var for ikke å virke vanskelig på legen, eller at de syntes det ville være unyttig å fortsette. Mange følte at de for å få noe ut av legekonsultasjoner selv måtte sørge for å ha en tolk med seg, og at denne ofte var pårørende eller en venn. Lignende erfaringer ble formidlet av innvandrepasienter med alvorlige psykiske og sosiale problemer (Galal & Galal, 2004). Brukerne mente at det ble benyttet tolk i mye mindre omfang enn de selv ønsket, og at personalets interesse av og innstilling til å bruke tolk var varierende.

Studier fra USA som fokuserer på brukerperspektivet, ser ut til å komme med lignende resultater. I en undersøkelse ble spansktalende pasienter med dårlige engelskkunnskaper intervjuet rett etter at de hadde mottatt helsehjelp på en offentlig legevakt (Baker et al., 1996). Kort oppsummert viste resultatene at av de som hadde behov for tolk (45 %), fikk bare halvparten språklig assistanse, mens den andre halvparten ikke fikk noen hjelp selv om pasienten opplevde at det var behov for det. For de 26 % som fikk assistanse, ble det brukt profesjonell tolk i bare 12 % av tilfellene. I en annen undersøkelse ble kinesisk- og vietnamesisk-amerikanske pasienter spurt om hva de oppfattet som en god helsetjeneste ut fra egne erfaringer. Disse pasientene hadde et sterkt ønske om å diskutere sin egen, ikke-vestlig medisinske forståelse med helsearbeidere, men de opplevde at en av de største hindringene var språklige barrierer (Ngo-Metzger et al., 2003). Flere av pasientene som ble intervjuet, foretrakk profesjonell tolk fremfor familiemedlemmer. De hadde erfart at profesjonelle tolker var bedre i stand til å oversette symptomer og medisinske uttrykk.

Oppsummert peker disse studiene i samme retning: Flere opplever språklige barrierer som et problem i kommunikasjonen med helsepersonell, og de etterspør profesjonell språklig assistanse oftere enn det de blir tilbudt. Det ser ut til at pasienter opplever at årsaken til underforbruk av tolk i større grad ligger hos helsepersonellet enn hos dem selv. Hva sier helsepersonellet når de blir spurt om kommunikasjon med innvandrepasienter og språklige barrierer?

Helsepersonellperspektiv

Studier som undersøker helsepersonells perspektiv på kommunikasjonsproblemer med innvandrepasienter og språk-

¹²Nåværende Avdeling for migrasjonshelse ved UUS har gitt tilbud til alle nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere om førstegangs helseundersøkelse på frivillig basis siden 1996.

lige barrierer, tyder på at det kan være et til dels sterkt underforbruk av tolk i helsevesenet. Resultater tyder på at profesjonelle tolker benyttes sjeldnere enn hva behovet skulle tilsi også ut fra helsepersonellens ståsted.

I en undersøkelse om flyktninge- og innvandrerbarn innlagt på Aker sykehus opplevde pleiepersonalet at et flertall av mødrene og over halvparten av fedrene med ikke-vestlig bakgrunn snakket middels eller dårlig norsk (Olsen, 1998). Helsepersonell opplevde kommunikasjonsproblemer med ca. 40 % av disse familiene i forbindelse med pleien av det syke barnet. I over halvparten av tilfellene var legene i tvil om hvorvidt familiene hadde forstått informasjonen som var gitt. Undersøkelsen viste også at det bare ble benyttet tolk i 9 % av familiene. I en undersøkelse for ca. 15 år siden på det samme sykehuset ble nettopp underforbruk av tolk påpekt som en av de viktigste utfordringene (Sørensen, 1989). Resultatene fra en dansk studie om barn av etniske minoriteter var ikke så ulike de norske: Ved en tredjedel av innleggelsene (33 %) var det registrert språkproblemer med behov for tolk, mens tolk bare ble brukt i 10 % av tilfellene (Nørgaard & Nielsen, 1998). Den tidligere nevnte undersøkelsen som Seksjon for internasjonal helse gjennomførte i Oslo, viste at 60 % i bydelshelsetjenesten svært ofte oppga behov for tolk, og at de ofte brukte familiemedlemmer og venner som tolk (Magelssen, 1999).

I den danske rapporten "Komplekse møder" (Kristiansen & Nielsen, 2004) beskrives sykehuspersonalets opplevelse av møtet med etniske minoritetspasienter og deres foreldre på en barneavdeling. Språkvanskeligheter fremheves her som både den hyppigste og mest betydningsfulle utfordringen i møtet med pasientgruppen. Flere forteller om store frustrasjoner når språkvansker oppleves som uoverkommelige. Denne frustrasjonen blir av en uttrykt på følgende måte:

Det er frustrerende, når språket er et problem. Så er det simpelthen, det er noget af det mest frustrerende ved det her arbejde, synes jeg. Fordi du rammer hurtigt en tærskel, der hedder irritation ved dig selv, hvor man tænker: "Så find da ud av sprog. Ellers så må du for fandeme tage nogen med, der kan hjælpe dig". (s. 44)

Konsekvenser av språkbarrierer i helsevesenet

Det er mange eksempler på til dels tragiske konsekvenser av feildiagnostisering og feilbehandling pga. språklige barrierer mellom hjelpere og pasienter innenfor somatiske og psykiatriske helsetjenester. Her skal nevnes noen få tilfeller for å tydeliggjøre bredden i situasjoner hvor dette kan gjøre seg gjeldende. De to første eksemplene er hentet fra Danmark. Andersen (1997) forteller om en kvinne som ble sterilisert mot sin vilje. Kvinnen hadde underskrevet en steriliseringsbegjæring, og hospitalet mente at kvinnen var opplyst om konsekvensene av inngrepet. I konsultasjonen var kvinnens mann og en kvinnelig bekjent benyttet som tolk. Kvinnen oppsøkte senere samme sykehus og mente at hun ikke var klar over steriliseringen, og at ektemannen og venninnen hadde oversatt feil. Saken ble klaget til pasientombudet. Et annet eksempel handler om et tilfelle der det ble brukt en tolk som ikke var godt nok kvalifisert, og som oversatte instruksene for blodtrykkregulerende medisiner feil. Konsekvensen var her enda mer dramatisk: Pasienten døde av feil medisinbruk. Det er neppe usannsynlig at lignende tilfeller også har forekommet hos oss.

Flere tankevekkende eksempler på manglende kommunikasjon med pasienter fra dagens psykiatri nevnes av Hansteen (2005). De handler om situasjoner hvor profesjonell språklig assistanse kunne vært til hjelp. Et eksempel handler om en ung somalisk mann som ble innlagt akutt psykiatrisk flere ganger. Pasienten snakket ikke med noen og var taus hele tiden. Personalet mente at han forsto norsk og engelsk. Hansteen beskriver det videre slik:

A. ble skrevet ut da presset på avdelingen ble for stort og altfor mange andre pasienter ventet på en seng. En uke senere var han igjen tilbake. På lukket avdeling. Det var hans bror som fikk ham innlagt på tvangsparagraf. For femte gang. A. lå denne gangen i reimer, med beroligende medisiner så han skulle få sluppet litt av. Det hadde vært et voldsomt basketak og de ansatte på lukket avdeling var slitne. "Han sier aldri noe" sa avdelingsoverlegen. "Hvordan har dere informert ham om tvangsinnleggelse og bruk av medisiner?" spurte jeg. "Vi tror han forstår engelsk. Vi har vist ham reglementet både på norsk og engelsk" Har dere forsøkt med tolk i somalisk?" spurte jeg. Nei det hadde de ikke. Men de pleide å bruke broren som tolk. Han som fikk ham tvangsinnlagt. Og A. sa ingen ting. (2005:241)

I tillegg til slike erfaringer som finner veien frem i offentlighetens lys, viser flere undersøkelser at språklige barrierer mellom behandler og pasient som ikke håndteres på en god måte, kan redusere kvaliteten på og tilgangen til helsetjenester og i verste fall være farlig. (Baker et al., 1996; Bischoff et al., 2003; Gerrish, 2001; Jacobs E. et al., 2004; Kazzi & Cooper, 2003; Morales et al., 1999; Rhodes & Nocon, 2003; Sørheim, 2000; Woloshin et al., 1997). Redselen for negative konsekvenser blir uttrykt av helsepersonell selv. I en nylig utført undersøkelse ga nær halvparten av privatpraktiserende spesialister uttrykk for frykt for feilbehandling pga. språkvansker (IMDI, 2005). I en tidligere undersøkelse ga legene uttrykk for at de følte de sviktet i sin forebyggende funksjon i forhold til innvandrere, blant annet på grunn av kommunikasjonsproblemer av språklig art (Dyregrov, 1997).

Negative konsekvenser av ikke-optimal kommunikasjon mellom hjelper og hjelpesøkende er godt dokumentert i undersøkelser av fødende minoritetskvinner i Skandinavia (Jeppesen & Tamer, 1988; Saastad, 2006). Et eksempel er undersøkelsen i Sverige om det høye tallet dødfødsler blant kvinner fra Somalia, Etiopia og Eritrea (Essen, 2001). Hennes studie, i likhet med andre undersøkelser, påviste manglende svangerskapsomsorg i flere ledd. Funnene viste at en viktig grunn til lavere kvalitet på fødselsomsorgen var mangel på kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell. Underforbruk av tolk ved fødeavdelinger, selv om behovet er åpenbart, ble trukket frem som en av de viktigste årsakene til det denne studien beskriver som "dødelig mangel på kommunikasjon".

Mindre dramatiske, men like viktige negative konsekvenser av språklige barrierer påpekes i Sørheims (2000) studie av kommunikasjon mellom pakistanske foreldre med funksjonshemmede barn og deres hjelpere. Hun dokumenterer at språkbarrierer skaper misforståelser som kan være vanskelig å oppdage.¹³ Dette kan for eksempel føre til at helsearbeideren tolker generelle problemer i samhandlingen som kulturelle problemer. Språklige barrierer kan vanskeliggjøre det å ta opp sensitive data som berører egen helse slik som seksualitet (bl.a. prevensjon), vold i familien, voldtekt eller tabubelagte sykdommer. Det kan være vanskelig å ta opp slike temaer hvis familie (inkludert mindreårige barn) og/eller venner fungerer som tolk, spesielt dersom den som fungerer som "tolk", er selve overgriperen.

Generelt tyder en gjennomgang av studier på underforbruk av profesjonell språklig assistanse i helsevesenet, både ut fra pasienters og helsepersonells erfaringer. Erfaringene tilsier at det er fare for negative helsemessige konsekvenser som følge av språklig betinget kommunikasjonssvikt. Disse kan kort oppsummeres slik:

- Vanskeliggjør en felles forståelse mellom pasient og helsearbeider, skaper misforståelser, og misforståelser blir vanskelig å avdekke
- Reduserer tilgangen til helsetjenester
- Reduserer tilgangen til forebyggende helsehjelp
- Inadekvat helsehjelp
- Større risiko for feildiagnose
- Større risiko for feilbehandling, bl.a. feilaktig eller ikke-adekvat medisinerings
- Unødvendig hospitalisering
- Hyppigere bruk av utredende undersøkelser for diagnostikk
- En tendens til hyppigere bruk av legevaktjenester blant innvandrere
- Vanskeligheter hos pasientene med å forstå egen sykdom, noe som igjen kan påvirke oppfølgingen av anbefalte behandlingstiltak, såkalt "compliance"
- Mindre tilfredshet hos brukerne av helsetjenester og ikke minst frustrasjoner hos alle involverte i samhandlingen

¹³ Hun nevner et eksempel i Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet fra 2000: "En av legene fortalte at han hadde oppdaget at en pakistansk mor til et funksjonshemmet barn hadde trodd at legen snakket om jern i blodet når han snakket om hjernen og barnets hjerneskade. Misforståelsen hadde vedvart gjennom de siste 4-5 årene uten at verken legen eller foreldrene ante dette." (s. 55.).

2. UNDERSØKELSEN: METODER, PROSEDYRER OG RESULTATER

2.1 METODER OG PROSEDYRER

2.1.1 Målsetting

Målet med undersøkelsen er å dokumentere og beskrive erfaringer i det offentlige helsevesenet i Oslo når pasienter har begrensede norskkunnskaper og helsepersonell trenger språklig assistanse. Undersøkelsen er utforskende og har primært som mål å samle kunnskap som kan være utgangspunkt for senere dybdeanalyser og forskningsprosjekter. Vi har derfor ikke laget hypoteser som vi ønsker bekreftet eller avkreftet.

2.1.2 Innsamlingsmetode og spørreskjema

Vi har valgt å gjøre en deskriptiv og kvantitativ tverrsnittsundersøkelse med spørreskjema blant helsepersonell til dette formålet. Det finnes ikke entydige maler for hvordan en bør utføre kartleggingsundersøkelser. Metode/design/prosedyre vil alltid være avhengig av faglige så vel som praktiske hensyn og rammebetingelser.

I undersøkelsen har vi tatt utgangspunkt i et spørreskjema som språkforsker Mette Rudvin og hennes medarbeidere har laget i forbindelse med flere undersøkelser om tolkebruk bl.a. i helsevesenet i Italia i tidsrommet 2002–2004. Skjemaet ble oversatt fra italiensk til engelsk og deretter til norsk i samarbeid med Rudvin. I bearbeidingsfasen (våren 2004) sendte vi skjemaet til et utvalg av ressurspersoner i feltet (12 stykker) for tilbakemeldinger. I tillegg hadde vi en pilotundersøkelse hvor 10 fagpersoner innen somatiske og psykiatriske avdelinger deltok. Etter dette ble det gjort nødvendige endringer for å tilpasse spørsmålene til norske forhold før skjemaet fikk sin endelige form.

Spørreskjemaet bestod av totalt 36 spørsmål fordelt på tre hovedkategorier. Del I hadde 9 spørsmål der målet var å innhente generell informasjon om bl.a. vanlig praksis når det gjelder hvordan man avgjør om en pasient trenger språklig assistanse, når pasienten snakker "litt" norsk, og hvor ofte man kommuniserer med pasienten gjennom familie/venner. Del II besto av 18 spørsmål og handlet bl.a. om helsepersonells forventninger til tolkerollen. Her innhentet vi informasjon om helsearbeiderens kunnskap om såkalte "tolkereglene" og holdninger vedrørende problemstillinger som kan aktualiseres i tolkede konsultasjoner. Del III inneholdt 9 spørsmål med hovedvekt på spørsmål om behov for kompetanseheving hos tolker og hos helsepersonell. Her ønsket vi bl.a. å innhente opplysninger om hva helsepersonell anser som viktig for å øke egen kompetanse som tolkebruker.

Vi la vekt på å formulere spørsmålene slik at det skulle være enkelt å svare og at skjemaet ikke skulle ta mye tid i en hektisk hverdag. På flere av spørsmålene kunne man velge mellom ulike svaralternativer (se appendiks).

2.1.3 Populasjon og utvalg

Tidlig i prosessen bestemte vi oss for at helsearbeidere ved den offentlig førstelinje- og spesialisthelsetjenesten i Oslo skulle utgjøre populasjonen. Oslo har pekt seg ut som naturlig av praktiske grunner, men også pga. en høy andel innvandrerbefolkning.¹⁴ Vi ønsket oss et utvalg som hadde stor sannsynlighet for å ha erfaring med bruk av tolk eller ha møtt pasienter med begrensede norskkunnskaper.

Fra førstelinjetjenesten har vi valgt alle fastlegene i tre bydeler med høyest andel ikke-vestlige innvandrere, nemlig Alna, Søndre Nordstrand og Gamle Oslo (basert på tall hentet fra Oslo kommunes hjemmeside i april 2004). Tilsvarende ønsket vi å gjennomføre undersøkelsen på et utvalg av helsearbeidere som arbeider innen spesialisthelsetjenesten på sykehusnivå, og som betjener disse tre bydelene. Disse sykehusene er Aker universitetssykehus (AUS), Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) og Ullevål universitetssykehus (UUS). De dekker atskilte geografiske områder og har til sammen flere tusen ansatte.¹⁵ Vi har lagt vekt på å velge avdelinger/poster hvor pasienter med ikke-vest-

¹⁴ Tall fra SSB viser at i 2005 hadde Oslo høyest andel innvandrere med 22,3 prosent og høyest andel ikke-vestlige innvandrere med 18 prosent. 47 prosent av den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen og 38 prosent av den vestlige innvandrerbefolkningen bodde i Oslo og Akershus.

¹⁵ Bare UUS alene har over 8000 ansatte (tall fra Lønningskontoret v/UUS, 2006).

lig bakgrunn utgjorde en betydelig andel. I utvelgelsesfasen har vi vært i nær dialog med sykehusene på ledelsesnivå, og seleksjonskriteriene for målgruppen ble basert på sykehusets egen oversikt. (På et sykehus og ved en divisjon på et annet sykehus ytret de et klart ønske om å begrense undersøkelsen til bare å gjelde få avdelinger/poster da de var midt inne i en stor omorganiseringsprosess.)

Vi har inkludert både somatiske og psykiatriske avdelinger/poster i utvalget for å få bredest mulig erfaringsgrunnlag. De utvalgte arbeidsplassene som har deltatt i undersøkelsen ble gruppert i fire avdelinger/divisjoner: medisinsk, kirurgisk, føde/gynekologisk og psykiatrisk (både akutt post, subakutt post og en psykiatrisk poliklinikk), og har inkludert et akuttmottak på et sykehus. For å få til størst mulig bredde med hensyn til fagbakgrunn har vi invitert alle helsearbeidere, dvs. leger, sykepleiere, jordmødre, sosionomer, fysioterapeuter, psykologer, hjelpepleier, ergoterapeuter og stråleterapeuter, til å delta.

2.1.4 Innsamlingsmåte og gjennomføring av undersøkelsen

Som oftest hjalp en avdelingssykepleier eller avdelingsoverlege oss å introdusere undersøkelsen til andre ledere og ansatte, for eksempel via felles møter. Disse personene har fungert som et bindeledd mellom oss og deltagerne i undersøkelsen. På de aller fleste avdelinger/poster har vi hatt anledning til å delta på et felles møte enten på ledelsesnivå eller på et personalmøte hvor mange ansatte var samlet, slik at vi kunne informere om undersøkelsen og dele ut spørreskjemaene. På andre steder er skjemaene levert til kontaktpersonen som igjen sørget for videre levering. På denne måten har vi kunnet nå leger, sykepleiere og hjelpepleiere samt jordmødre på en grei måte. Underveis oppdaget vi at det var vanskelig å nå en del faggrupper som fysioterapeuter og sosionomer. Derfor har vi på ett av sykehusene valgt å henvende oss til faglederne på sykehusnivå som har hjulpet oss videre med å komme i kontakt med disse yrkesgruppene.

Samme fremgangsmåte ble benyttet for bydelene. Først ble bydelsoverlegene kontaktet. Deretter fikk alle tilbud om å bli med på et felles legemøte i bydelen der undersøkelsen ble presentert. I praksis viste det seg å være vanskelig å få gjort dette, bortsett fra i en bydel. Vi har etter avtale med bydelsoverlegene sendt spørreskjemaet til fastleger som er oppført på bydelens internettsider høsten 2004.

Alle deltagere ble skriftlig oppfordret til å svare innen to uker. Vi hadde en purrerunde per brev, e-post og/eller telefonisk til våre kontaktpersoner på alle sykehus/bydeler i løpet av november og desember 2004.

2.1.5 Etikk og personvern

Det ble klarert med Regional komité for medisinsk forskningsetikk at det ikke var nødvendig med spesielle personvern hensyn da data som er innhentet fra helsepersonell, er behandlet anonymt i vår undersøkelse.

2.1.6 Statistiske analyser

Alle analyser ble foretatt i SPSS og NCSS for deskriptiv og grafisk fremstilling. Assosiasjon mellom to variabler ble studert ved å foreta krystabulering der det ble benyttet firefeltstabeller og tabeller med flere kolonner og rader. Kji-kvadrat-testen ble benyttet for å vurdere hvorvidt et resultat skyldtes statistiske tilfeldigheter eller var uttrykk for en signifikant sammenheng. En p-verdi lik 0,05 eller mindre ble regnet som signifikant.

2.1.7 Fokusgrupper

Som et supplement til spørreskjemaet har vi også gjennomført to fokusgruppeintervjuer med helsepersonell i løpet av høsten 2004 og våren 2005 i etterkant av spørreundersøkelsen. Første gruppe med 8 deltagere ble rekruttert gjennom våre kontaktpersoner på somatiske poster/avdelinger på sykehusene. I den andre fokusgruppen hadde vi 6 fagpersoner fra psykiatrisk divisjon. Deltagelsen var frivillig, og på den måten selvselektert. Deltagerne hadde vari-

ert kulturell og faglig bakgrunn (lege, sykepleier, psykolog, sosionom, psykiatrisk sykepleier og jordmor). Blant dem var det også noen med lederansvar. Gruppene ble ledet av to NAKMI-ansatte med helsefaglig bakgrunn.

Fokusgrupper er en veletablert kvalitativ forskningsmetode og brukes ofte i kombinasjon med andre forskningsmetoder. Mens den kvantitative metoden kan si noe om utbredelsen av bestemte forhold i en større befolkningsgruppe, kan kvalitative metoder, slik som fokusgruppeintervjuer, gi mer utførlig informasjon. Vi har valgt denne metoden av flere grunner: i) for å få mer nyansert kunnskap om helsepersonells erfaring med vårt spørreskjema, ii) for å kunne utdype helsepersonells erfaringer med samhandlinger/konsultasjoner hvor kommunikasjon på et felles språk er vanskelig, og iii) for å få mer nyansert kunnskap om hva helsepersonell opplever som utfordringer, samt forslag til forbedringer.

2.1.8 Svarprosent og representativitet

Vi sendte ut 1290 spørreskjemaer og av disse fikk vi inn 453 utfylte skjemaer innen 31.12.2004. Av de 453 besvarte er 59 fra AUS, 53 fra LDS, 316 fra UUS og 25 fra bydelene. Dette gir en gjennomsnittlig svarprosent på 35,1 %. Dette anses ikke å være høyt med hensyn til representativitet. Imidlertid ser vi flere grunner til at det kan være vanskelig å oppnå en høy svarprosent i praksis. I vårt tilfelle kan en grunn være at helsearbeidere som hadde lite eller ingen erfaring med bruk av tolk, ikke fylte ut skjemaet fordi de anså det som irrelevant. Muntlige tilbakemeldinger vi har fått, kan tyde på at dette kan være tilfelle. En annen faktor som kan ha påvirket deltagerprosenten, er tidsperioden undersøkelsen ble gjennomført i. Undersøkelsen foregikk samtidig med at store omorganiseringer pågikk på flere av våre utvalgte avdelinger/poster. Uansett grunn, siden deltagelsen er lav totalt sett, bør resultatene tolkes med forsiktighet og heller forstås som en pekepinn på trender.

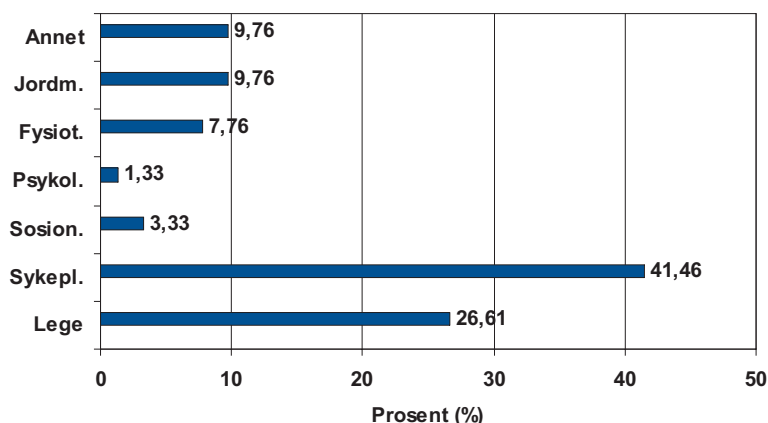
På sykehusnivå finner vi en variasjon i svarprosenten fra 24,7 % til 41,3 %. Når vi ser næyere på svarprosenten mellom somatiske og psykiatriske avdelinger, ser vi at det er noe forskjell i favør av somatiske avdelinger med 38,5 % (da er bydelene tatt med) mot 24,9 %. Totalt sett utgjør ansatte ved Ullevål universitetssykehus (USS) 70 % av alle deltagerne i undersøkelsen, mens deltagerne ved Aker universitetssykehus (AUS) og Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) utgjør henholdsvis 13 % og 12 % av alle deltagerne. Fastlegene i våre tre bydeler (BH) utgjør 6 % av deltagerne.

2.1.9 Deltagernes bakgrunn

Vi har spurt om deltagerens avdeling/divisjon, profesjon og arbeidserfaring. Resultatene viser at deltagerprosentene stor sett gjenspeiler utvalgets størrelse på avdelingene. Likeså ser forskjellige profesjoner ut til å være relativt tilfredsstillende representert (se figur 1). Som forventet er andelen av sykepleiere og leger blant deltagerne høyere, da disse faggruppene også var i flertall i utvalget vårt. Leger inkluderer her både leger med/uten spesialitet ved sykehusene og fastleger, til sammen 120 deltagerne. På samme måte inkluderer sykepleiergruppen sykepleiere og psykiatriske sykepleiere, til sammen 188 deltagerne. Jordmødre er gruppert under en egen kategori som til sammen har 44 deltagerne. Svarkategorien "Annet" (44 tilfeller) inkluderer hjelpepleiere, pleieassistenter, sosionomer, ergoterapeuter og stråleterapeuter (se figur 1).

Når det gjelder arbeidserfaring blant deltagerne, ser vi at både de med lang erfaring og de som har kortere arbeidserfaring, er godt representert med en median på 10–20 år. Arbeidserfaring er jevnt fordelt i forhold til sykehusene og profesjonene.

Fig. 1: Deltagernes faglige bakgrunn



2.2 HOVEDRESULTATER

Resultatene av undersøkelsen presenteres i samme rekkefølge som spørsmålene i spørreskjemaet, med fokus på interessante funn og med kommentarer underveis. I analysene har vi sett på forskjeller i profesjonsgrupper og arbeidssted i forhold til de ulike spørsmålene. Profesjonene er kategorisert i 7 grupper i spørreskjemaet, noe som i ettertid har vist seg å være en litt for fin gruppering siden antallet i hver gruppe er for lite til å kunne gjøre statistiske analyser. I analysene for profesjoner har vi derfor gruppert profesjonene i tre kategorier: lege/psykolog, sykepleier/jordmor og andre (hjelpepleiere, stråleterapeuter, sosionomer, fysioterapeuter). Av samme grunn har vi i noen analyser konstituert to grupper ut fra medisinske arbeidsfelt: somatikk og psykiatri.

2.2.1 Del 1 – generell informasjon

Den første delen av skjemaet handler om generelle forhold vedrørende tolkebruk og har totalt 9 spørsmål.

Del 1 – spm. 1. Hvor ofte bruker du tolketjenester?

På spørsmålet om hvor ofte man bruker tolk, svarer totalt nærmere 30 % at de bruker tolk ganske ofte (fra hver dag til noen ganger i måneden), mens 47 % svarer noen ganger i året. Ca. 24 % svarer sjelden/aldri eller oppgir at dette ikke har vært aktuelt. Her finner vi signifikante forskjeller mellom profesjonsgruppene når de grupperes i de tre kategoriene lege/psykolog, sykepleier/jordmor og andre, med en p-verdi på 0,001. Gruppen lege/psykolog svarer oftere at de bruker tolk hver dag eller noen ganger i uka sammenlignet med fagpersoner i andre-gruppen, mens sykepleier/jordmor-gruppen plasserer seg midt i mellom dem. Denne forskjellen kan stemme godt med våre erfaringer, tilbakemeldinger skrevet på spørreskjemaene og fra fokusgruppedeltagere i undersøkelsen. En årsak til forskjellen kan være at lege-/psykologgruppen oftere påtar seg utrednings- og diagnostiseringsoppgaver. Slike oppgaver vil stille større krav til at kommunikasjonen fungerer godt, sammenlignet med for eksempel pleie/omsorg og miljøterapeutiske oppgaver.

Del 1 – spm. 2. Hvilken tolketjeneste bruker du/din institusjon oftest?

Som forventet svarer flertallet (51 %) at de som oftest bruker kommunal tolketjeneste, mens private tolketjenester oppgis av 6 %. Det er kanskje litt overraskende at så mange som 36 % oppgir at de ikke vet hvilken tolketjeneste de bruker, men dette kan ha å gjøre med rutinene for bestilling av tolk ved institusjonen. Det er 6 % som svarer "annet" og spesifiser svaret med "egen tolketjeneste på sykehuset". Dette gjelder LDS, som har ansatt en egen tolkekoordinator som formidler tolketjenester til sykehusets ansatte. Imidlertid inkluderer denne kategorien også svar som "ansatte på sykehuset" eller "familie og venner".

Fig. 2: Hvor ofte bruker du tolketjenester?

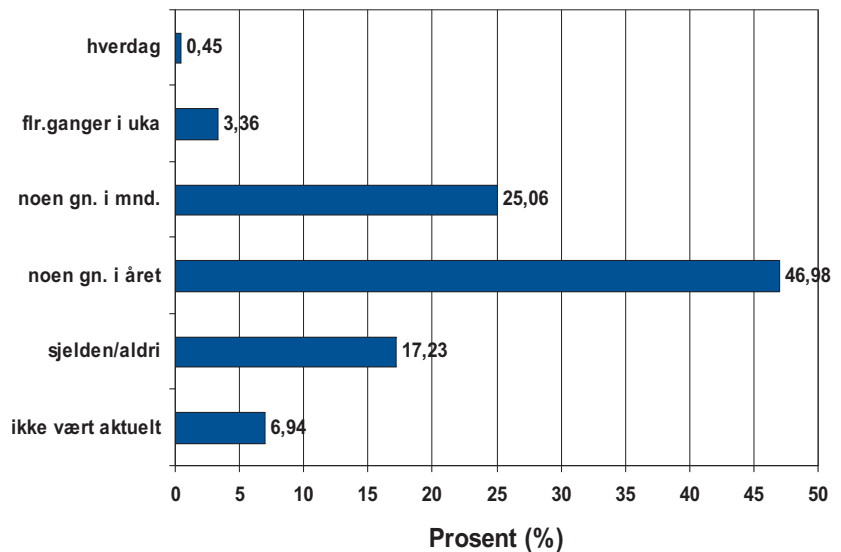
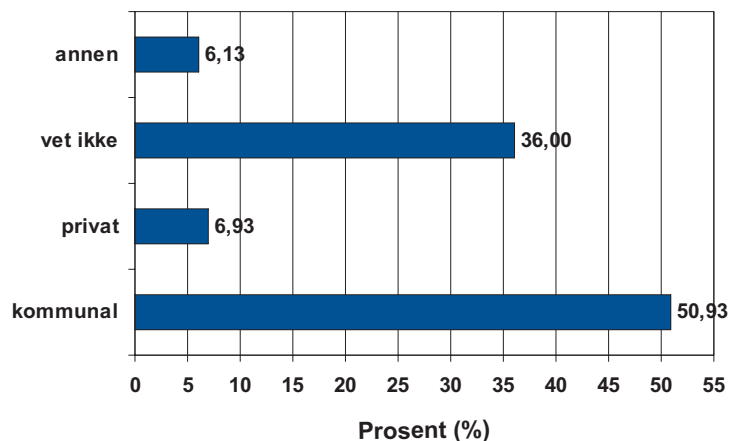


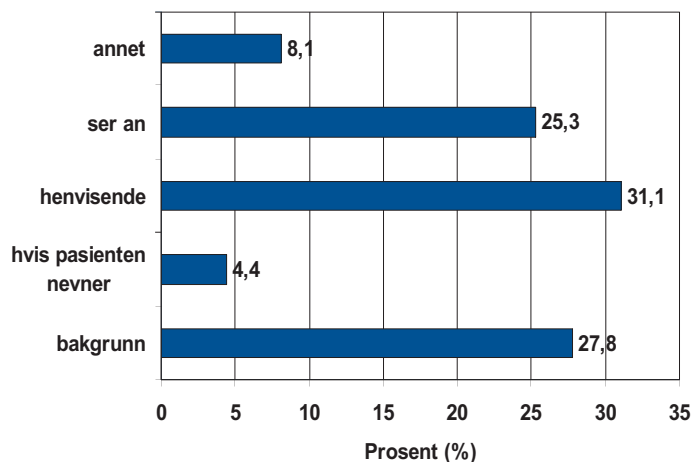
Fig. 3: Hvilken tolketjeneste bruker du/din institusjon oftest?



Del I – spm. 3. Hvordan avgjøres det om en ny pasient har behov for tolk?

Vi ønsket å få vite noe om vanlig praksis når det gjelder hvordan helsepersonell treffer avgjørelsen om en ny pasient trenger tolk. Her var det fem svaralternativer, og vi ba deltagerne velge tre av dem i prioritert rekkefølge fra en til tre hvor 1 = *som oftest*, 2 = *noen ganger* og 3 = *en sjelden gang*. Flertallet (31,1 %) svarer at spørsmålet om en ny pasient trenger tolk som oftest avgjøres på grunnlaget "Dersom henvisende instans nevner behovet". 27,8 % svarer at de som oftest "Tar avgjørelsen ut fra bakgrunnsopplysninger i henvisningen". Hvis vi ser de to svaralternativene under ett, ser det ut til at i nærmere 60 % av tilfellene tas avgjørelsen om en ny pasient trenger tolk på bakgrunn av opplysninger i henvisningen enten det er nevnt direkte eller indirekte. En fjerdedel (25,3 %) svarer "Jeg tar oftest første samtalen uten tolk og ser an hvordan det fungerer". En relativt høy andel (8,1 %) angir "annet". Helsepersonell spesifiserer svaret med for eksempel: "Akutte innleggelse", "Ønsker å se an hvordan det fungerer uten tolk" eller at "Pasienten kommer med familiemedlemmer eller venn". Flere nevner at behovet for tolk vurderes av andre enn dem selv, for eksempel av avdelingsleder.

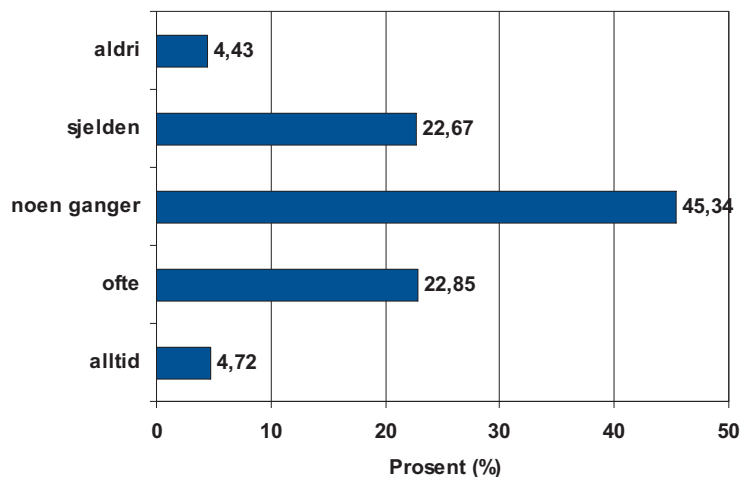
Fig. 4: Hvordan avgjøres det om en ny pasient har behov for tolk?



Del I – spm. 4. Foretrekker du å arbeide uten tolk når pasienten snakker "litt" norsk?

Situasjoner hvor helsepersonell møter pasienter med innvandrer/flyktningbakgrunn som behersker majoritetsspråket i varierende grad, er ganske vanlig i hverdagen, kanskje vanligere enn at pasienten ikke snakker norsk i det hele tatt. Det kan derfor være vanskelig for helsepersonell å vurdere når det er nødvendig å bruke tolk hvis pasienten snakker litt eller noe norsk. Spørsmålet handler med andre ord om når "litt" er for lite, slik at man må påkalle språklig assistanse for å utføre jobben sin forsvarlig. Dette åpner for en avveining fra helsepersonellens side, noe som kan være svært utfordrende. Ifølge pasientrettighetsloven er det behandlingsansvarlig helsepersonell som har ansvaret for å tilpasse informasjonen etter mottakerens individuelle forutsetninger, slik som kultur- og språkbakgrunn, på en hensynsfull måte.

Fig. 5: Foretrekker du å arbeide uten tolk når pasienten snakker "litt" norsk?



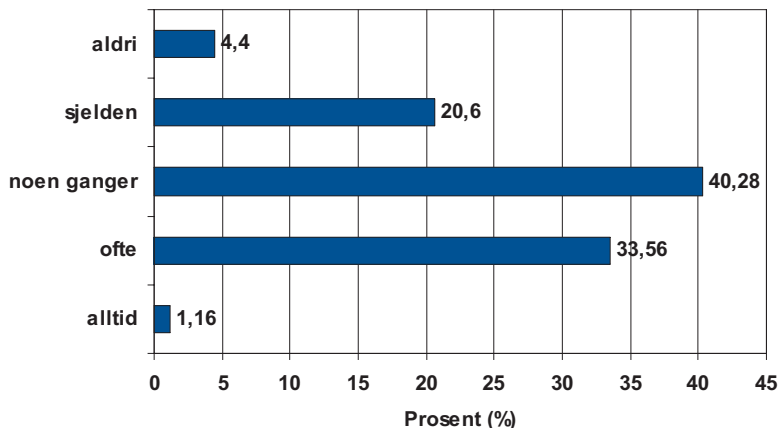
Det er nødvendig å skaffe tolk når det er *avgjørende* at pasienten skjønner innholdet av informasjonen. Denne formuleringen er ikke helt klargjørende da hva som menes med avgjørende, må bero på skjønn. Det er også slik at det noen ganger er pasienten som gir utrykk for behov for språklig assistanse, selv om det samme behovet kanskje ikke oppleves av helsepersonellet. Likeså vil det være situasjoner som er motsatte: Pasienten føler ikke behov for språklig assistanse, mens helsepersonellet gjør det. Et viktig spørsmål i denne undersøkelsen var derfor hva helsepersonell foretrekker å gjøre når pasienten snakker "litt" norsk. Det er åpenbart vanskelig å måle "litt", og vi lot det være opp

til den enkelte å avgjøre innholdet. I underkant av en tredjedel (ca. 28 %) svarer at de *alltid* eller *ofte* foretrekker å arbeide uten tolk når pasienten snakker "litt" norsk. Andelen av de som svarer at de *noen ganger* foretrekker å arbeide uten tolk, er enda høyere: 45 %. Her finner vi ingen signifikante forskjeller mellom sykehusene, divisjonene, mellom psykiatriske og somatiske avdelinger eller profesjoner.

Del I – spm. 5. Hvor ofte oppstår det situasjoner hvor du ikke bruker tolk, selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle?

Spørsmål 5 handler om noe av det samme som forrige spørsmål, men med en annen betoning. Vi ville vite hvor ofte det oppstår situasjoner hvor helsearbeidere ikke bruker tolk, selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle. Vi har forklart nærmere hva vi mener med "mangelfulle": "Du er usikker på om pasienten forstår spørsmålene dine, spørsmål må gjentas flere ganger, du har problemer med å forstå det pasienten sier, pasienten forklarer seg ikke adekvat på norsk, etc." Nærmere 35 % svarer at det *ofte* eller *alltid* oppstår situasjoner hvor det ikke brukes tolk selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle, mens 40 % svarer at slike situasjoner oppstår *noen ganger*. Vår konklusjon er at det i 30–50 % av tilfellene ikke brukes tolk selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle. Vi finner signifikante forskjeller mellom profesjonsgrupper. Leger og psykologer sett under ett svarer at slike situasjoner oppstår sjeldnere sammenlignet med gruppen sykepleiere/jordmødre (p-verdi = 0,002).

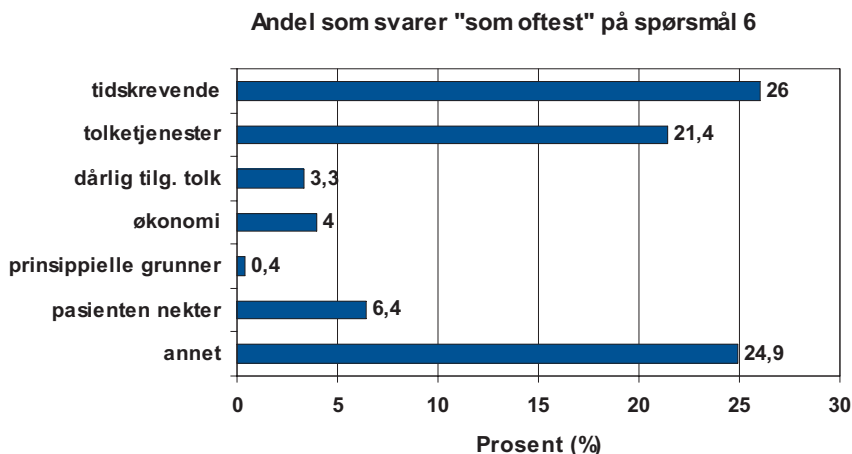
Fig. 6: Hvor ofte oppstår det situasjoner hvor du ikke bruker tolk, selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle?



Del I – spm. 6. Når du ikke bruker tolk i situasjoner som beskrevet i forrige spørsmål, hva er den vanligste årsaken til dette?

Spørsmålet gjelder hvordan helsepersonell begrunner det at de ikke bruker tolk selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle. Her skulle man velge 3 av 7 svaralternativer (1 – tidkrevende og upraktisk, 2 – dårlig tilgjengelighet på tolketjenester, 3 – dårlig tilgjengelighet på gode tolker, 4 – økonomisk hensyn, 5 – prinsipielle grunner (f.eks. pasienten bør lære seg norsk), 6 – pasienten vil ikke ha tolk, 7 – annet).

Fig. 7: Når du ikke bruker tolk i situasjoner som beskrevet i forrige spørsmål, hva er den vanligste årsaken til dette?



Svarene skulle graderes som 1 = *som oftest*, 2 = *noen ganger* og 3 = *en sjelden gang*. Her har vi valgt å se på andelen av som oftest-svar fordelt på forskjellige alternativer. Tre svaralternativer peker seg ut. 26 % av deltagerne oppgir at svaralternativet "tidskrevende og upraktisk" *som oftest* er grunnen til ikke å bruke tolk selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle, mens 21 % av deltagerne oppgir "dårlig tilgjengelighet på tolketjenester" som den vanligste årsaken. Svaralternativ "annet" har også en stor *som oftest*-svarandel (24,9 %). Når vi ser nærmere på disse svarene, er det mulig å gruppere dem under tre kategorier: Den første er *akutte situasjoner*, hvor man oppgir at tiden er for knapp til å arrangere tolkehjelp i forveien. Vanskeligheter med å ha tilgang til tolketjenester til alle tider av døgnet oppgis av mange å være hovedårsak. Den andre svargruppen dreier seg om *dårlig planlegging av konsultasjoner*. Den tredje gruppen inkluderer svar som handler om *bruk av pårørende/familie som oversettere* som den vanligste årsaken til å ikke bestille tolk.

Vi merker oss at andelen av de som svarer "pasienten vil ikke ha tolk", er svært lav: 6,4 %. Dette er en begrunnelse man ofte hører i diskusjoner om tolkeproblematikken, og derfor er det overraskende og interessant at svarprosenten er så lav. I tidligere undersøkelser er en grunn som er oppgitt av helsepersonell, de ekstra kostnadene tolketjenester medfører. (Jacobs, 2004; Mesa 2000). I vårt utvalg er det 4 % som oppgir at økonomiske hensyn som oftest er grunnen til å ikke bestille tolk selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle.

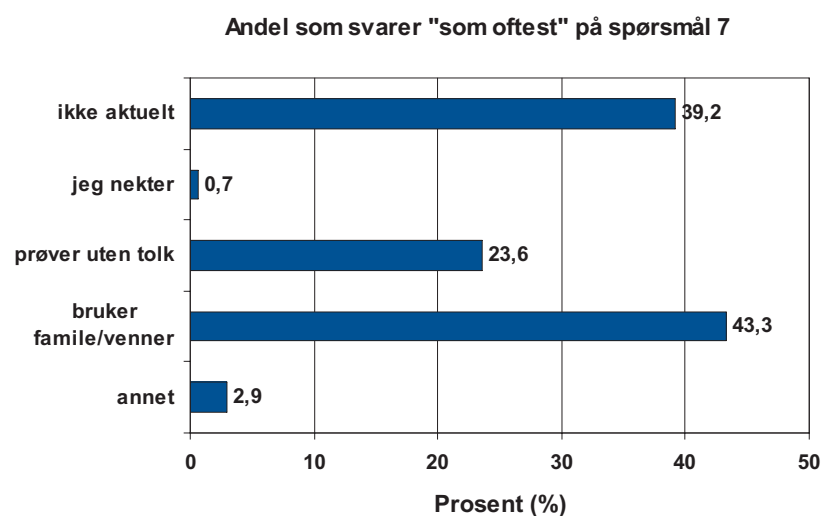
Generelt kan vi si at svarene på dette spørsmålet fra vårt utvalg ikke skiller seg vesentlig fra funnene i tidligere undersøkelser. Flere av de som ble intervjuet i en dansk undersøkelse, trakk frem problemer forbundet med å bruke tolk selv om de mente dette var det beste alternativet for å overkomme språklige barrierer (Kristiansen & Nielsen, 2004). Helsearbeiderne i denne undersøkelsen beskrev samtaler med tolk som tidkrevende, omstendelige og vanskelige. Lignende erfaringer kommer til uttrykk hos helsepersonell i en norsk undersøkelse (Magelssen, 1999). Praktiske/administrative problemer og usikkerhet vedrørende kvaliteten på tolkearbeidet er andre forhold som flere av fagpersonene i disse undersøkelsene var opptatt av.

Moralske eller ideologiske overbevisninger kan være en grunn til ikke å bestille tolk. Helsepersonell kan for eksempel mene at det å bruke tolk hindrer integreringen av innvandrere i storsamfunnet. Helsepersonell kan også oppleve det som vanskelig å prioritere tolk når ressursene er begrenset og andre oppgaver anses som viktigere. Man kan også mene at det er pasientens ansvar å finne en løsning på språkproblemer. I vår undersøkelse er det svært få som oppgir slike prinsipielle grunner som årsak til at de ikke bestiller tolk.

Del I – spm. 7. Dersom pasienten ikke vil ha tolk, hva gjør du da?

Med dette spørsmålet ville vi finne ut hvilke handlingsmuligheter helsepersonell ser når pasienter ikke vil ha profesjonell tolk. Av og til ønsker ikke pasienter å bruke profesjonell tolk selv om det tilbys. En viktig grunn som oppgis, er manglende tillit til at tolken overholder sin taushetsplikt. Dette kan være et reelt problem, særlig når pasienten og tolken kommer fra små miljøer hvor alle kjenner alle. Det kan også være at pasientene opplever det ubekvemt å utlevere seg til en utenforstående tolk vedrørende intime forhold, samtidig

Fig. 8: Dersom pasienten ikke vil ha tolk, hvagjør du da?



som tolken kan være en person pasienten også har andre relasjoner til i sitt nærmiljø utover tolkerelasjonen. En del sykdommer kan være svært stigmatiserende i noen minoritetsmiljøer, f.eks. alvorlige mentale lidelser. Det å dele "hemmeligheten" med en annen utenforstående i tillegg til helsepersonellet, kan oppleves som dobbelt så vanskelig. Dessuten vil noen kanskje oppleve det som et stort nederlag at de må be om språklig hjelp.¹⁶ En annen faktor kan være at pasienten ikke er godt nok informert om hvem som har ansvar for å betale tolkeutgiften. I slike situasjoner faller ofte valget på å bruke pasientens familie og venner som oversettere, eller å forsøke å kommunisere så godt man kan uten assistanse.

Fra pasientens synspunkt kan det være en ønskelig løsning å kunne ha med seg en man kjenner godt og har tillit til. Familiemedlemmer (ektefelle, barn og nære slektninger) og venner kan også ha en fordel av å kunne fungere som pasientens "advokat", og som kulturformidler både i og utenfor konsultasjonsrommet, ved for eksempel å gjenta/forklare innholdet i samtalen til pasienten. Alle disse tilsynelatende fordelene kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å argumentere for bruk av profesjonell tolk overfor pasienter. Det sier seg selv at dette, sammen med praktiske hindringer, kan være med på å høyne terskelen for å benytte profesjonell tolk i en hektisk arbeidsdag. Når helsepersonell innser et eget, selvstendig behov for å bruke tolk, er det kanskje lettere å argumentere overfor pasienten at pårørende skal få være i "pårørenderollen" og ikke påta seg en oversetterrolle, men at dette overlates til en profesjonell tolk.

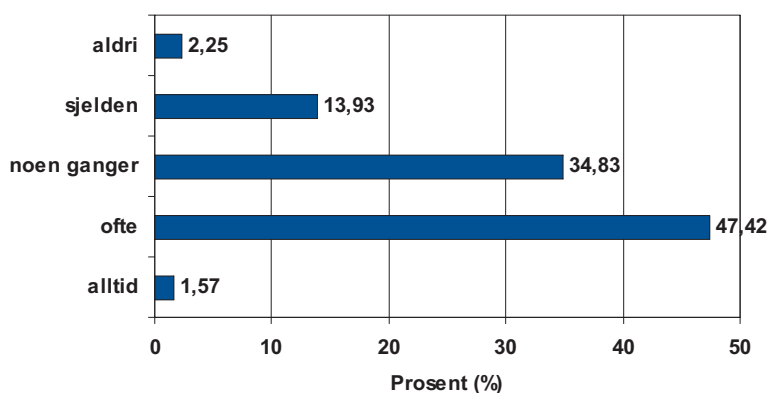
Resultatene viser at nærmere 40 % svarer at som oftest har dette ikke vært en aktuell problemstilling for dem. Godt over 40 % velger som oftest å bruke familie/venner. 23,6 % velger svaralternativet prøver å kommunisere så godt som mulig uten tolk. Andelen som velger en annen løsning, er bare 2,9 %. Svarene her ble fordelt på 2 grupper: behandleren forsøker å motivere pasienten til bruk av tolk ved bl.a. å forhandle, overtale osv., eller behandleren bruker kolleger som kan språket.

Del I – spm. 8. Hvor ofte kommuniserer du med pasienten gjennom familiemedlem(mer)/venner?

Det er mange godt dokumenterte grunner til at helsepersonell bør være forsiktige med å bruke familie og venner som "tolk". En grunn er usikkerhet med hensyn til om familie og venner har de språklige kvalifikasjonene til å gjøre jobben. Selv om de kan være dyktige på begge språk, vil ikke dette automatisk gjøre dem til gode tolker. De vil alltid være en part i samhandlingen, og man kan ikke forvente at de skal opptre som nøytrale formidlere uten å blande inn egne meninger.

Tidligere i denne rapporten har vi nevnt undersøkelser som viser at ikke-kvalifiserte personer begår flere språklige feil når de oversetter, ved for eksempel å utelate, tilføye, sløyfe eller forandre innholdet. Undersøkelser tyder også på at de fleste pasienter ser ut til å foretrekke å ha profesjonell tolk i konsultasjoner fremfor familie og venner, hvis de kan velge. I noen undersøkelser har pasienter gitt uttrykk for at de stoler mer på at tolker oversetter det de sier korrekt enn familie/venner (Mesa, 2000; Ngo-Metzger et al., 2003). Mange har gitt uttrykk for at det å bruke familie eller venner gjør at de føler at de står i gjeld og/eller at de er til bry for andre, som kanskje må ta fri fra jobb eller andre

Fig. 9: Hvor ofte kommuniserer du med pasienten gjennom familiemedlemmer?



¹⁶ Dette er et kjent problem spesielt i områder med samisk bosetning ifølge Tove Nystad ved Senter for Samisk helseforskning (se intervjuet "Flaut å be om tolk" hentet fra <http://www.nakmi.no/nyheter/artikkel.asp?NyhetID=287>).

oppgaver for å hjelpe pasienten. Selv om bruk av familie og venner noen ganger kan ha sine fordeler, så vil det i mange situasjoner innebære en fare for å komme i konflikt med gjeldende helselover, bl.a. i forhold til å kunne ivareta informasjonsplikten, taushetsplikten og personvernet.

Våre resultater viser at på spørsmålet "Hvor ofte kommuniserer du med pasienten gjennom familiemedlem(mer)/venner?" svarer rundt 50 % av respondentene at de *alltid* eller *ofte* kommuniserer med pasienten gjennom familiemedlemmer og venner. Alternativet *noen ganger* får også en relativt høy svarprosent med nesten 35 %.

På dette spørsmålet finner vi signifikante forskjeller mellom sykehusene når vi grupperer svarene i tre kategorier: 1 = *ofte/alltid*, 2 = *noen ganger*, 3 = *sjelden/aldri*. Deltagerne ved LDS skiller seg ut med en signifikant *lavere* andel i svarkategori 1 (*ofte/alltid*) og en høyere andel kategori 3-svar (*sjelden/aldri*) sammenlignet med gjennomsnittet for de andre arbeidsstedene (p-verdi = 0,0001). Svarkategori 1 (*ofte/alltid*) fremkommer hyppigst i utvalget fra bydelene. Vi finner også signifikante forskjeller (p-verdi = 0,0001) når vi deler inn svarene basert på om deltagerne hører inn under psykiatriske eller somatiske avdelinger. De som jobber innen psykiatrien, svarer oftere at de *sjelden* eller *aldri* bruker familie og venner sammenlignet med ansatte på somatiske avdelinger/poster.

Del I – spm. 9. Hvor ofte kommuniserer du med pasienten gjennom en annen ressursperson?

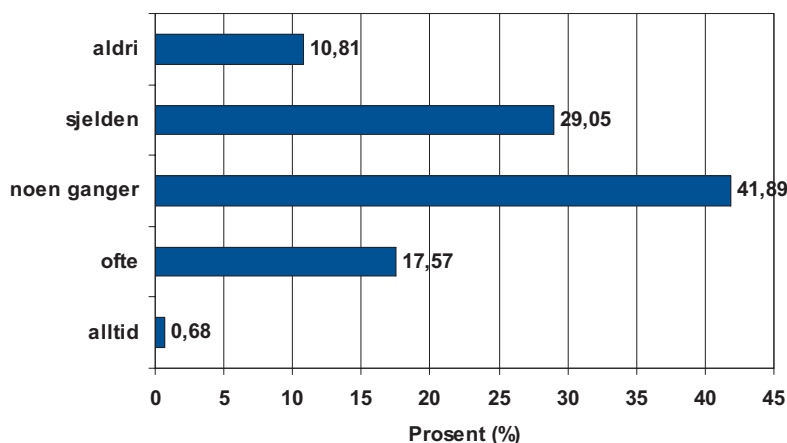
Med spørsmål 9 ønsket vi å nyansere bildet ved å spesifisere "ressurspersoner" som en egen kategori, atskilt fra familiemedlemmer og venner. Vi har definert ressurspersoner som "uformelle hjelpere fra pasientenes eget miljø som mange henvender seg til for hjelp og støtte, også i forbindelse med legebesøk". Disse kalles noen ganger "naturlige hjelpere" eller "kulturfortolkere" på norsk. I engelskspråklig litteratur brukes ofte betegnelsen "link workers" og "culture brokers" for å beskrive en funksjon og en profesjon som legfolk –

ofte fra pasientens eget miljø – utfører i forskjellige deler av de offentlige tjenestene, inklusive helsevesenet. I Norge er det enkelte organisasjoner, f.eks. Røde Kors og Kirkens Bymisjon, som har brukt frivillige linkarbeidere, men denne arbeidsmodellen kan sies å være på begynnerstadiet (Korbøl, 2004; Aambø, 2004). Med "ressurspersoner" mener vi her både de få som har dette som sin profesjon, og de som gjør det på frivillig basis uten betaling. I vårt utvalg er det 18 % som svarer *alltid/ofte* på dette spørsmålet, mens rundt 42 % svarer *noen ganger*.

2.2.2 Del II – form og innhold i tolkesamarbeidet

Ved hjelp av de 18 spørsmålene i del II ønsket vi å få vite noe om helsepersonellens kunnskap om, erfaringer med og forventninger til kvaliteter hos tolker samt tolkerollen. Vi ville også finne ut hva deltagerne mente om utvalgte etiske problemstillinger relatert til det å kommunisere med pasienter gjennom en tredjepart.

Fig. 10: Hvor ofte kommuniserer du med pasienten gjennom en annen ressursperson?



Et elementært faglig krav tilsier at en tolk først og fremst bør ha svært gode språkkunnskaper i de språkene som han/hun tolker til og fra, men språklig kompetanse alene vil ikke være tilstrekkelig. I tillegg forventes en tolk å mestre en del tolketekniske ferdigheter, slik som for eksempel å kunne utføre flere former for verbal tolking (for eksempel simultant, konsekutivt) eller å kunne bruke teknikker for å huske osv. Ifølge Skaaden (2001) finnes det også viktige egenskaper en tolk bør ha, slik som evnen til å lytte og produsere tale, stemmebruk og diksjon, konsentrasjons- og oppfattelsesevne, stresstoleranse og utholdenhet (s. 165). Inngående kjennskap til begge samfunn og områdekunnskap i helse- og sosialsektoren fremheves dessuten som viktig for tolker som jobber på dette feltet.

Fagkompetanse alene vil ikke være tilstrekkelig. Det forventes også at tolker skal utøve sitt virke i henhold til tolketiske prinsipper. I den sammenheng brukes begrepet god tolkeskikk. "Retningslinjer for god tolkeskikk", som ble utarbeidet i 1997 av det daværende Kommunal- og arbeidsdepartementet, Norsk tolkeforbund, UIO og UDI, vil først og fremst gjelde for statsautoriserte tolker¹⁷, men anses som retningsgivende for alle som påtar seg tolkeoppdrag. Disse retningslinjene (hentet fra <http://www.tolkeportalen.no/Resources/Filer/PDF/UDI-brosjyrer%20i%20PDF/retningslinjer.pdf>) kan kort oppsummeres slik:

- § 1. **Kvalifikasjoner og forberedelser til tolkeoppdrag:** For å sikre nøyaktighet i tolkingen skal tolken ikke påta seg oppdrag uten å ha de nødvendige kvalifikasjonene, og tolken skal forberede seg nøye til sine oppdrag.
- § 2. **Inhabilitet:** Tolken skal ikke påta seg oppdrag hvor hun/han er inhabil.
- § 3. **Nøytralitet og upartiskhet:** Tolken skal være upartisk og ikke tillate at egne holdninger eller meninger påvirker arbeidet.
- § 4. **Tolke alt:** Tolken skal tolke innholdet i alt som sies, intet fortie, intet tillegge, intet endre.
- § 5. **Taushetsplikt:** Tolken har taushetsplikt.
- § 6. **Integritet:** Tolken må ikke i vinnings eller annen hensikt misbruke informasjonen som han/hun har fått kjennskap til gjennom tolking.
- § 7. **Tolkens oppgave:** Tolken skal ikke utføre andre oppgaver enn å tolke under tolkeoppdraget.
- § 8. **Forsvarlig tolking:** Tolken skal si fra når tolking ikke kan skje på en forsvarlig måte.

I tillegg til disse faglige føringene har det tidligere fagmiljøet Psykososialt senter for flyktninger (PSFF) i Oslo hatt en toneangivende posisjon med hensyn til å utarbeide standarder for yrkesutøvelsen til tolker og å utvikle en velegnet samarbeidsform mellom tolk, pasient og behandler (appendiks). De har gjennom et tett samarbeid med den fast ansatte tolken på senteret utviklet en samarbeidsmodell for bruk av tolk spesielt innen psykologisk behandling og psykososialt arbeid (Dahl & Pettersen, 1997; Jareg & Pettersen, 2000). De har holdt kurs og tilbudt andre kompetansehevende tiltak for helsepersonell på Østlandet om dette temaet over flere år.

For å sikre et vellykket samarbeid med tolken er det svært viktig at helsepersonell har forståelse av hva tolkerollen innebærer. Det er en kjensgjerning at kunnskap om hva tolkens rolle og ansvarsområde er, på hvilken måte tolken skal utøve denne og hvordan man best kan samarbeide med tolk, er svært varierende hos fagpersonell. Mange har verken fått anledning til å gå på kurs om tolkebruk i sin profesjonsutdanning eller fått være med på kompetansehevende tiltak senere.

Med dette som bakteppe vet vi lite om hva helsepersonell anser som viktige kvaliteter hos tolken, og hvilke erfaringer de har gjort med tolking i konsultasjoner. Vi finner to studier som har undersøkt dette. I en undersøkelse på et sykehus i USA (Kuo & Fagan, 1999) ble spansktalende pasienter og deres behandlere spurt om hvilke kvaliteter de synes var viktige hos tolken. 90 % av både helsepersonell og pasienter var enige om at *nøyaktighet* og *taushetsplikt* var svært viktige egenskaper hos tolker. I en annen undersøkelse i Italia (Tomassini, 2002) ble helsearbeidere på tre sykehus spurt om hvilke kvaliteter de mente var viktige hos tolker. Rangeringen ble som følger, rangert med de viktigste

¹⁷ I Norge er det godt under 100 personer som har statsautorisasjon, og dette antallet dekker langt ifra behovet for høyt kvalifiserte tolker.

kvalitetene først: *nøyaktighet* (72 %), *taushetsplikt* og *nøytralitet* (56 %), etterfulgt av *kommunikative evner*, *evnen til å uttrykke seg klart*, *terminologisk kunnskap* og *respekt for pasienten*.¹⁸

I disse studiene peker *nøyaktighet*, *taushetsplikt* og *nøytralitet* seg ut som de svært viktige kvalitetene hos tolken som helsepersonell setter mest pris på. Hvilke kvaliteter hos tolken setter pasienter mest pris på? Dette er et lite utforsket område. Galal & Galal (2002) spurte pasienter om hvilke kvalifikasjoner hos tolken de anså som viktige. Flere fremhevet gode språklige ferdigheter og faglig kunnskap som viktige. Svarene herfra kan tyde på at det kan være en viss forskjell mellom hva helsepersonell og pasienter fremhever som de viktigste kvalitetene hos tolkene de samarbeider med.

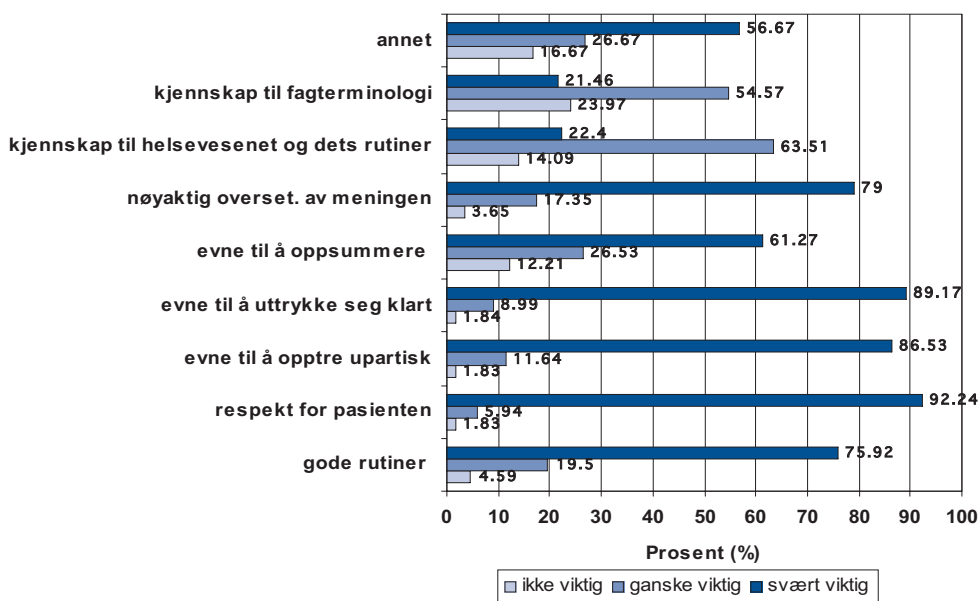
I del II med spørsmål 1–6 ønsket vi å kartlegge hvilke kvaliteter hos tolken som utvalget vårt fremhever som svært viktige, og hvordan den praktiske gjennomføringen av samarbeidet mellom helsepersonell og tolk er i praksis.

Del II – spm. 1 Hvor stor vekt vil du legge på følgende kvaliteter hos en tolk?

Spørsmål 1 har åtte svar-kategorier og en tilleggs-kategori, nemlig "annet". Kategoriene "respekt for pasienten" (92 %), "evne til å uttrykke seg klart" (89 %), "evne til å opptre upartisk (nøytralitet)" (86,5 %), "nøyaktig oversetting av meningen i det som blir sagt med flest mulig nyanser intakt" (79 %) og "gode rutiner for å informere brukere om sin taushetsplikt, sin rolle og arbeidsmetode" (76 %) vurderes å være *svært viktige* av de aller fleste. Kategoriene "kjennskap til helsevesenet og dets rutiner" og "kjennskap til medisinsk/psykologisk fagterminologi" vurderes av de fleste som *ganske viktige* (henholdsvis 63,5 % og 54,5 %).

Nøyaktig oversetting av det som ytres, er et ideal i tolkefaglig sammenheng. Samtidig dreier ikke tolking seg om en ordrett gjengivelse, fordi dette sjelden vil gi mening på det andre språket. Derfor har vi formulert nøyaktighet slik i denne sammenhengen: "nøyaktig oversetting av meningen i det som blir sagt med flest mulig nyanser intakt." Nøyaktighet står i kontrast til "å oppsummere det viktigste av det som blir sagt". Tolken skal ikke oppsummere i framøtetolking. Oppsummering initiert av tolken vil med andre ord bety unøyaktighet, og vil være feil på samme måte som slurv i form av "runde" formuleringer der tolken dropper nyanser på eget initiativ. Derfor er det et interessant funn at så mange som over 60 % synes det er svært viktig at tolken har evnen til å oppsummere, samtidig som 79 % synes nøyaktig oversetting er svært viktig.

Fig. 11: Hvor stor vekt vil du legge på følgende kvaliteter hos en tolk?



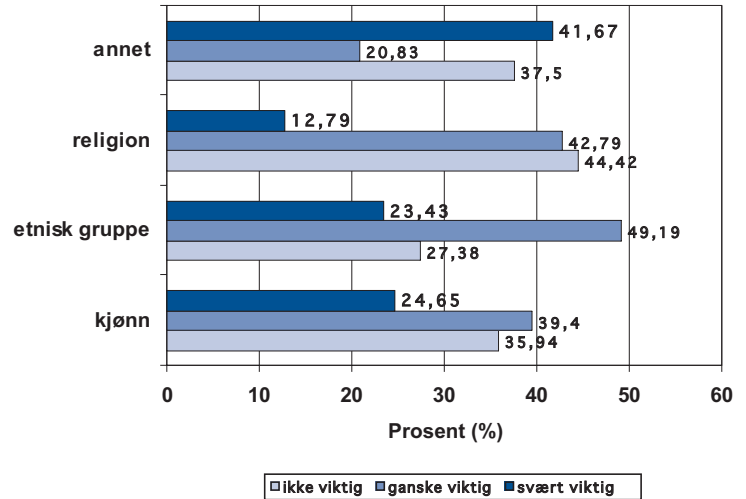
¹⁸ Hva synes tolker selv er viktigst? Nettopp dette ble undersøkt i en studie som viste at tolkene velger ut taushetsplikt, nøytralitet og nøyaktighet som de tre viktigste reglene i sin yrkesutøvelse (Chesher et al., 2003).

Under kategorien "annet" spesifiseres det forskjellige svar som like godt kunne sorteres under en av de forutgående svarkategoriene. Noen eksempler er: "nøytralt humør", "ikke involvere seg for mye", "ikke improvisere egne tilleggs-spørsmål", "ikke sile informasjon", "garanti for riktig oversettelse", "ikke bare informere om taushetsplikten, men holde den", "være minst mulig synlig i samtalen", "vennlighet".

Del II – spm. 2. Etter din mening, hvor viktig er det at tolken har følgende faktorer felles med pasienten?

Spørsmål 2 handler om å få tak i helsepersonells erfaring med egenskaper som tolken har til felles med pasienten. Her er det ganske lik svarprosent for kategoriene *kjønn* og *etnisk gruppe* som vurderes av de fleste som svært viktig eller ganske viktig (rundt 70 %), mens kategorien *religion* vurderes som svært viktig eller ganske viktig av ca. 55 %. Under kategorien *annet* er det flere som spesifiserer "samme dialekt" som svært viktig.

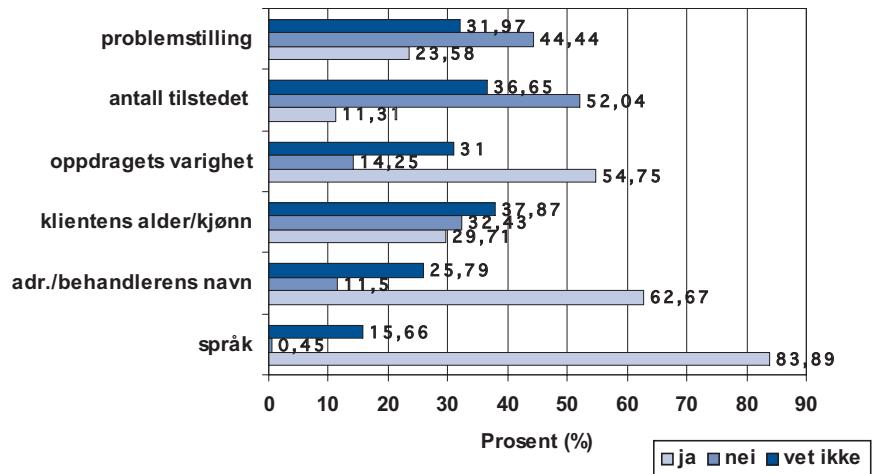
Fig. 12: Etter din mening, hvor viktig er det at tolken har følgende faktorer felles med pasienten?



Del II – spm. 3. Gir du eller den som bestiller tolk informasjon til tolken?

Spørsmål 3 tar for seg praksisen når det gjelder hvilken informasjon som gis når det bestilles tolk. Innen sykehussystemet og førstelinjetjenesten er det ikke alltid helsepersonell/behandlere, men ofte helsesekretærer som bestiller tolk. Dette kan forklare den relativt høye andelen av "vet ikke" i svarene. Riktig informasjon om språk og adresse og om oppdragets varighet, er selvsagt svært viktige opplysninger, men andre typer informasjon kan også være nyttig for tolken før oppdraget.

Fig. 13: Gir du eller den som bestiller tolk informasjon til tolken?



De aller fleste av våre deltagere sier at de gir informasjon om *språk* (ca. 84 %), *adresse og behandlerens navn* (ca. 63 %) og *oppdragets varighet* (ca. 55 %). Det er ca. 30 % som sier at de gir informasjon om *klientens alder/kjønn*,

og 23,5 % som sier de informerer om *problemstilling*. Det er overraskende at andelen som angir at de gir informasjon om klientens kjønn, bare er ca. 30 %, mens nærmere 70 % svarer at kjønn er svært viktig eller ganske viktig på forrige spørsmål om hvilke egenskaper det er viktig at tolken har til felles med pasienten. Det behøver ikke være en motsetning her, men vi fremhever dette som et interessant funn. En forklaring kan være at de bestiller en tolk med samme kjønn, og derfor ikke oppgir kjønn til klienten.

Del II – spm. 4. Tror du det er viktig å ha forberedende møte/ettermøte med tolken?

Dette spørsmålet handler om praksis og kunnskap når det gjelder behovet for før- og ettermøter med tolken. Dette var anbefalt praksis ved tidligere Psykososialt senter for flyktninger (PSFF) i Oslo, et av de få fagligmiljøene i Norge som også var blant de første som samarbeidet med tolk over lang tid om tolkebruk i psykiatrien og i psykososialt arbeid. Psykolog Røkenes, som har forsket på tolkens arbeidssituasjon i psykologisk behandling, har også kommet med klare anbefalinger om før- og ettermøter med tolken (1992). Forberedende møter er ment for bl.a. å avklare samarbeidsformen og forberede tolken mentalt og praktisk på oppgavene. Ettermøter kan være viktige for å ta opp eventuelle problemstillinger/spørsmål forbundet med samarbeidets forløp. Slike møter kan også gi rom for å ta opp eventuelle følelsesmessige reaksjoner tolken kan ha opplevd i forhold til innholdet i samtalen. Av deltagerne svarer ca. 19 % at de tror det *alltid* eller *ofte* er viktig å ha forberedende eller ettermøte med tolken. En ganske stor andel (34 %) svarer at det *noen ganger* er viktig.

Del II – spm. 5. Hvis du har møte med tolken (før eller etter konsultasjonen), hva blir hyppigst tatt opp?

Av de åtte svaralternativene svarer de aller fleste (ca. 63 %) at de som oftest *ikke har hatt slike møter*. Det ser derfor ikke ut til å være vanlig praksis blant helsepersonell å ha slike møter. Av andre svaralternativer fremgår det at 6,6 % har tatt opp *kulturelle aspekter* som kan påvirke kommunikasjonen, mens ca. 6 % har tatt opp *fagterminologi*. Dette er med andre ord et lite brukt metodisk verktøy for å bedre samarbeidet mellom tolkebrukere og tolker som blir utførlig diskutert av Jareg og Pettersen (2006).

Fig. 14: Tror du det er viktig å ha forberedende møte/ettermøte med tolken?

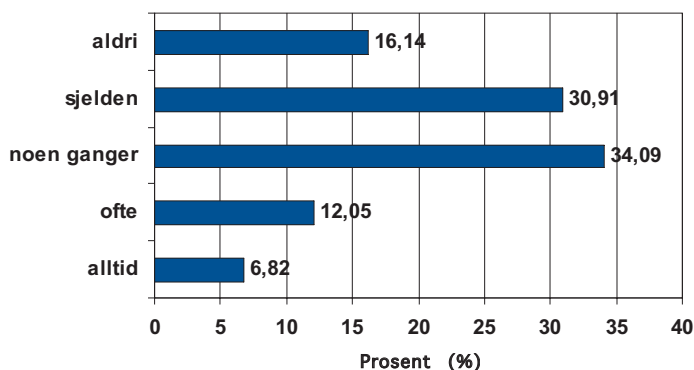
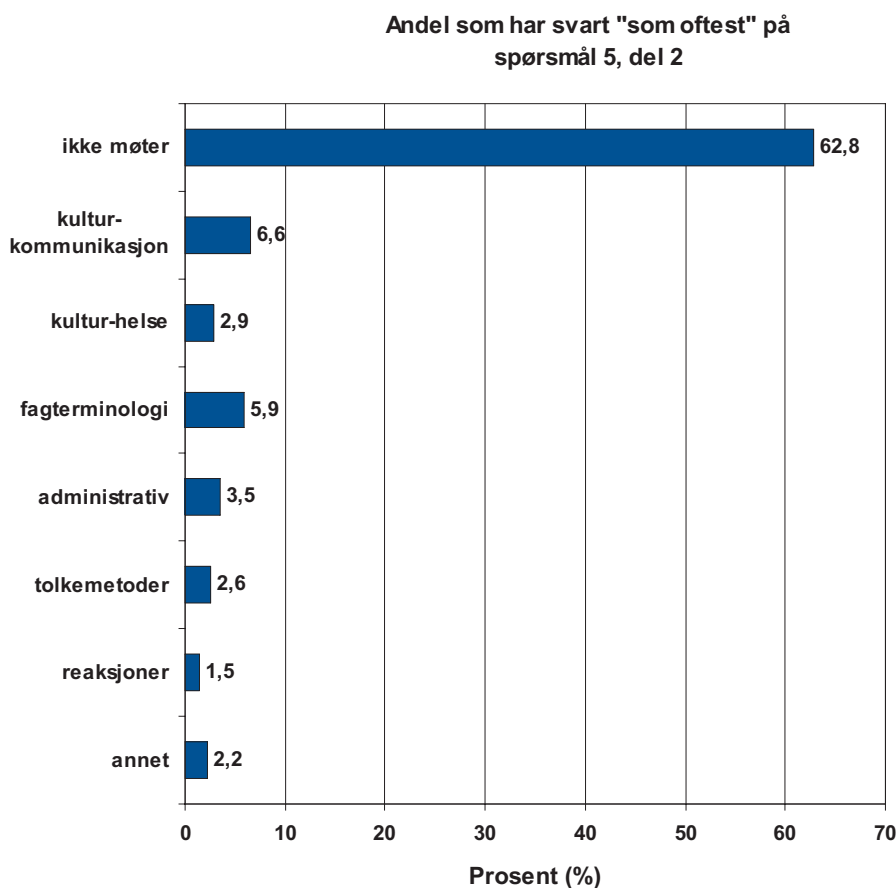


Fig. 15: Hvis du har møte med tolken (før eller etter konsultasjonen), hva blir hyppigst tatt opp?

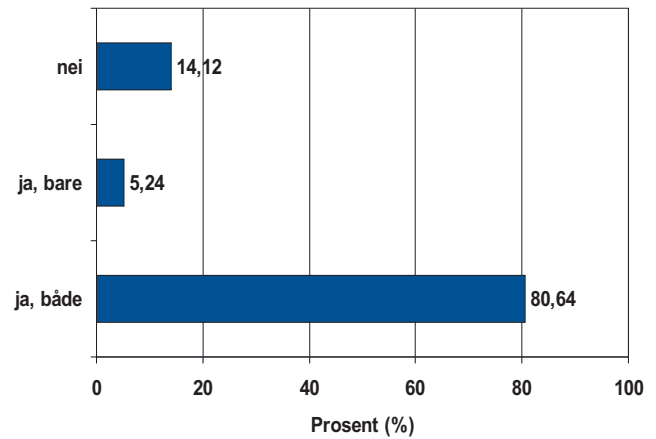


DEL II – Spm. 6. Bør tolken oversette ord for ord alt som sies i konsultasjoner?

Med spørsmål 6 ønsket vi å få vite mer om forventninger til tolkens yrkesutøvelse. Spørsmålet er et supplement til det første spørsmålet i denne delen av spørreskjemaet. Å oversette ord for ord er en umulighet i praksis, bl.a. fordi grammatikken er forskjellig i ulike språk.¹⁹ Nøyaktig tolking vil ofte kreve at tolken finner ekvivalente begreper i begge språk tolken jobber med. Med andre ord skal tolken overføre budskapet mellom mennesker som mangler et felles språk, på en mest mulig trofast måte (Apeland, 2002:2).

Når vi har valgt å formulere spørsmålet slik, er det fordi denne formuleringen oppfattes som nokså ekvivalent til nøyaktig oversetting av "meningen i det som blir sagt, med flest mulig nyanser intakt". Nesten 81 % svarer "ja, både mine ord og pasientens ord". 14 % svarer "nei, jeg ønsker et sammendrag av hva pasienten sier", og 5 % svarer "ja, for pasientens del, mens jeg bestemmer hva hun/han skal oversette av mine egne ord". Vi kan anslå at ca. en femtedel (19 %) gir uttrykk for en forventning til tolkerollen som kan være i konflikt med tolkereglene om "nøyaktighet".

Fig. 16: Bør tolken oversette ord for ord alt som sies i konsultasjonen?

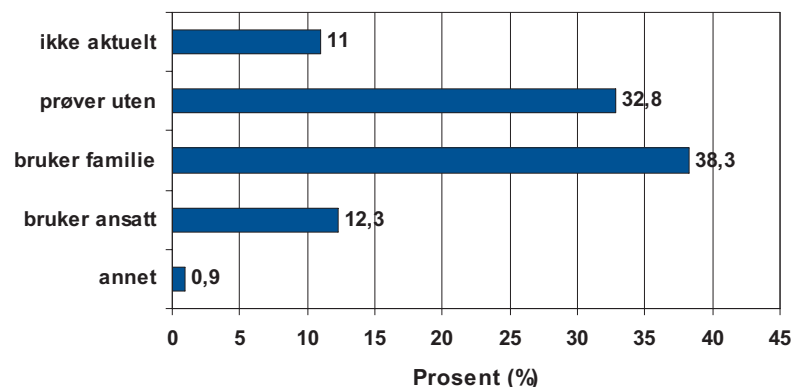


Del II – spm. 7. Hva gjør du når du i en nødssituasjon må snakke med en pasient som ikke kan norsk, og du ikke har en tolk tilgjengelig?

Vi ønsket å få vite noe om praksis ved akutte situasjoner hvor kvalifisert språklig assistanse ikke er tilgjengelig. Svarene på dette spørsmålet viser at et flertall (38 %) som oftest "bruker familiemedlemmer eller bekjente", mens andelen som "prøver å kommunisere med pasienten så godt jeg kan uten tolk" også er nokså høy (ca. 33 %). Litt over 12 % velger som oftest å "få tak i en ansatt i min institusjon som kan pasientens språk". På svaralternativet "annet" utdyper noen få at de benytter telefontolk. Det er påfallende få som nevner dette som et alternativ i en akutsituasjon i og med at det har eksistert et kommunalt krisetelefontilbud (også på kveldstid og i helgene) i mange år, i tillegg til frammøtetolking på kort varsel.²⁰ Telefontolk blir fremhevet som et godt alternativ til tradisjonelt frammøte av flere som har erfaring med tjenesten, og i enkelte situasjoner til og med bedre enn frammøtetolking fordi anonymiteten lettere kan ivaretas (Karlsen & Haabeth, 1998).

Fig. 17: Hva gjør du når du i en nødssituasjon må snakke med en pasient som ikke kan norsk, og du ikke har en tolk tilgjengelig?

Andel som har svart "som oftest" på spørsmål 7, del 2



¹⁹ Resymetolking kan ansees som en form for tolking, men det er konsekutiv tolking som ofte forbindes med tolking i helsesammenheng, såfremt ikke noe annet er avtalt på forhånd.

²⁰ Det opplyses av Kommunal tolketjeneste i Oslo at en såkalt krisetelefon har eksistert siden begynnelsen av 90-tallet, men at denne benyttes svært lite av ukjente årsaker. Det tilbys både telefon- og frammøtetolking på 25 språk. (Personlig kommunikasjon, juni 2006.)

DEL II – Spm. 8. Har du noen gang en følelse av at kommunikasjonen med pasienten blir forringet på grunn av språklige eller kulturelle misforståelser som skyldes tolken?

Erfaringene tilsier at tolkebrugerne ikke sjelden erfarer at kvaliteten på tolker varierer en god del. Dette er relativt godt dokumentert gjennom forskning når det gjelder politi og rettsvesen (Andenæs et al., 2000). Vi har imidlertid svært lite dokumentasjon på hvordan tolkens kvalifikasjoner vurderes av helsepersonell. Deltagerne ble derfor spurt om deres erfaringer med kvaliteten på arbeidet tolken utfører.

Resultatene viser at mens flertallet (65 %) *sjelden* eller *aldri* har opplevd at kommunikasjonen med pasienten blir forringet på grunn av språklige eller kulturelle misforståelser som skyldes tolken, angir 28 % å ha opplevd dette *noen ganger*. *Ofte*- og *alltid*-svaret angis av 7 % av deltagerne. Totalt er det 34 % som angir å ha opplevd dette *noen ganger* eller *ofte*.

Det er en relativt stor andel som angir å ha opplevd svikt hos tolker de har brukt. En forklaring på dette kan være at tolk ikke er en beskyttet yrkestittel. I praksis kan hvem som helst kalle seg tolk og jobbe som det uten at han/hun nødvendigvis har gått gjennom kvalitetssikringstiltak. En annen årsak kan være at det er vanskelig å oppdage slike mangler for en behandler som ikke behersker det aktuelle språket med mindre misforståelsene får opplagte konsekvenser.

Del II – spm. 9. Hva gjør du i en slik situasjon som beskrevet i forrige spørsmål?

Dette spørsmålet ble stilt med tanke på konkrete situasjoner helsepersonell har opplevd, men fordi spørsmålet er formulert i nåtid, kan det også oppfattes som et hypotetisk spørsmål. Det åpner altså for to tolkningsmuligheter, og svarene bør tolkes tilsvarende. I situasjoner hvor helsepersonell opplever at kommunikasjonen med pasienten blir forringet pga. forhold ved tolken, velger de aller fleste (69 %) svaralternativet "jeg fortsetter likevel og gjør mitt beste for å overkomme vanskeligheter". Nærmere 18 % svarer "jeg avbryter" eller "jeg ber om en annen tolk". Blant dem som svarer "annet", oppgir de fleste at det ikke har vært en aktuell problemstilling.

Fig. 18: Har du noen gang følelse av at kommunikasjonen med pasienten blir forringet pga. språklige eller kulturelle misforståelser som skyldes tolken?

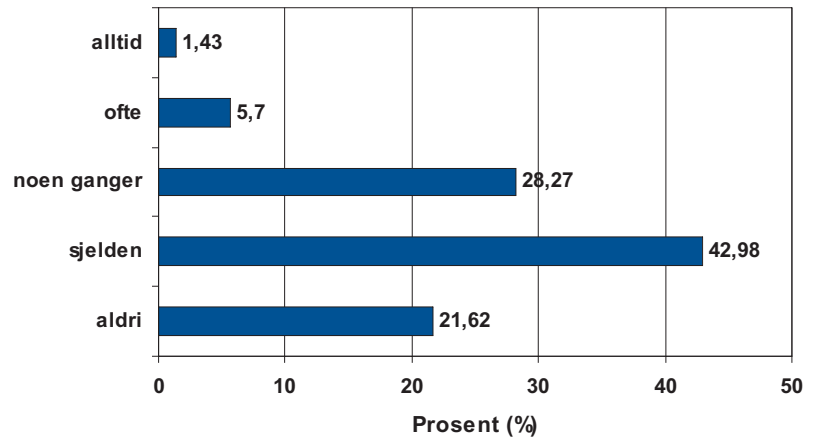
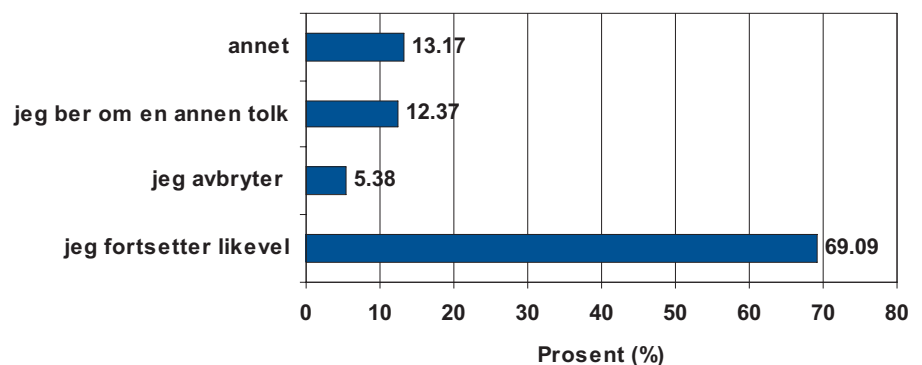


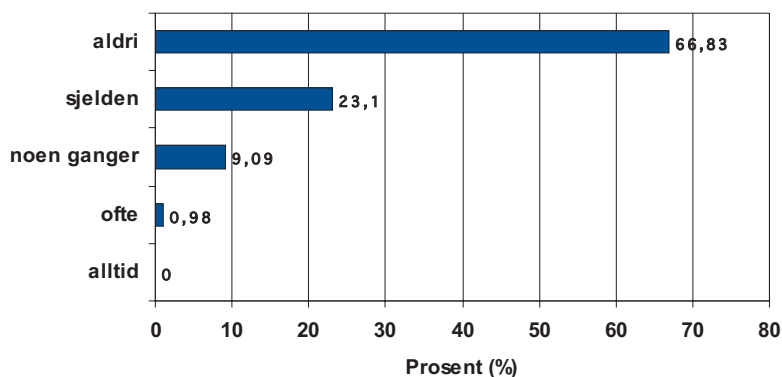
Fig. 19: Hva gjør du i en slik situasjon som beskrevet i forrige spørsmål?



Del II – spm. 10. I løpet av en konsultasjon, har det noen gang hendt deg at pasienten trakk tolkens ferdigheter i tvil?

Vi gjentok spørsmålet, men spurte denne gangen om det noen gang har hendt at pasienten har trukket tolkens ferdigheter i tvil. De aller fleste (ca. 67 %) svarer at de *aldri* har opplevd det. De som svarer *noen ganger* eller *ofte*, er i mindretall, ca. 10 %. Et helt korrekt bilde får man først når man spør pasientene direkte om det samme.

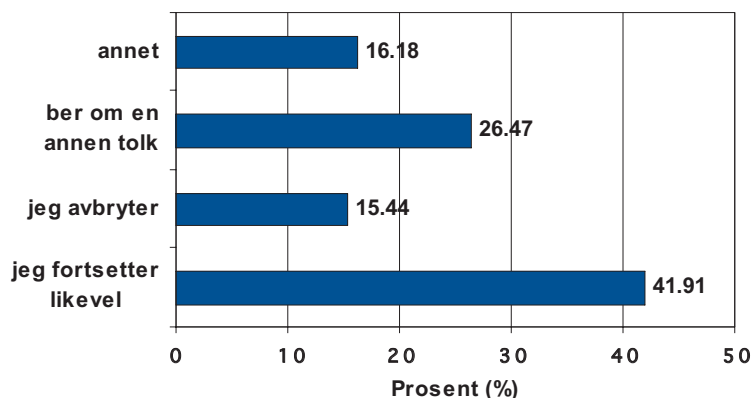
Fig. 20: Har det noen gang hendt deg at pasienten trakk tolkens ferdigheter i tvil?



Del II – spm. 11. Hva gjør du i en slik situasjon som beskrevet i forrige spørsmål?

Litt over 40 % av deltagerne svarer at de "fortsetter likevel". Over 15 % svarer at de "avbryter konsultasjonen". Det siste svaralternativet, "annet" (16 %), utdypes som oftest med at det ikke har vært aktuelt. Sammenlignet med svarene på spørsmål 9 viser svarene her en klarere tendens fra helsepersonellens side til å avbryte samtalen og be om en annen tolk.

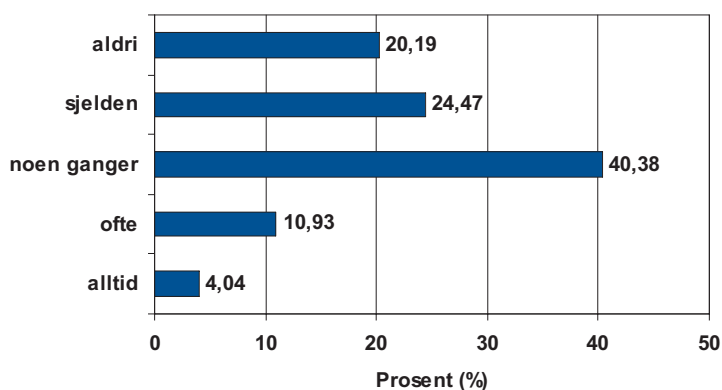
Fig. 21: Hva gjør du i en slik situasjon som beskrevet i forrige spørsmål?



Del II – spm. 12 a. Skulle du ønske at tolken kunne ha en større rolle i konsultasjoner som "kulturformidler"?

Tolkens rolle som usynlig "oversettermaskin" er stadig oftere blitt utfordret med den begrunnelse at dette ikke er mulig i praksis. Med økende profesjonalisering av yrket har flere problematisert den "passive" tolkerollen og påpekt blant annet den makten tolken innehar i sin nøytrale posisjon (for eksempel Angelelli, 2004; Bot, 2003; Wadensjø, 1998).

Fig. 22: Skulle du ønske at tolken kunne ha en større rolle i konsultasjoner som "kulturformidler"?



Forventningene til tolkerollen synes å variere: Sett fra et ståsted skal tolken være en passiv og nøytral deltager, fra et annet forventes det at tolken er aktivt deltagende innen helsetjenesten og bidrar med sin kompetanse og erfaring fra det miljøet pasienten kommer fra. Ifølge Beltran Avery, (2001:2–3) synes noen av de spørsmålene som går igjen, å være: Hva er omfanget av denne rollen? Skal tolken være fleksibel og bidra til konsultasjonen utover det å være en rent språklig formidler, for eksempel ved å opptre som pasientens advokat i enkelte situasjoner, dvs. fremme pasientens interesse? Hvilken relasjon er det ønskelig at tolken har til pasient og helsearbeider? Skal tolken oppfattes som en legitim samarbeidspartner, og i så fall, hvordan skal samarbeidet utformes?

Tolkebrukere har forventninger til tolkerollen som til dels kan være diffuse, vanskelig å imøtekomme og til dels motstridende. Allerede tidlig på 1970-tallet ble tolkerollen i offentlige tjenester beskrevet som "overbelastet":

The interpreter's position is also characterized by role overload. Not only is it seldom entirely clear what he is to do, he is also frequently expected to do more than is objectively possible. (Anderson, 1976:216).

I en undersøkelse i Wien om tolkenes og tolkebrukernes forventninger til tolkerollen ble det funnet at begge parter hadde forventninger som gikk ut over det å være en nøytral oversetter av språklige ytringer (Pöchhacker, 2000). Mange av disse forventningene dreide seg om ønsker om at tolken skulle være både en nøyaktig oversetter og en "cultural interpreter", dvs. en kulturformidler. Diskusjonene dreier seg også om på hvilket nivå og når dette kan skje, for eksempel om tolken skal være kulturinformant under eller før/etter samtalen (Jareg & Pettersen, 2006).

Det er delte meninger om dette spørsmålet blant våre deltagere. Resultatene viser at godt over halvparten av de spurte blant helsepersonell (55 %) *alltid*, *ofte* eller *noen ganger* ønsker at tolken kunne ha en større rolle i konsultasjoner som "kulturformidler", for eksempel ved at tolken informerer behandleren om kulturelle faktorer som kan ha relevans for konsultasjonen og/eller for kommunikasjonen mellom behandleren og pasienten. De resterende (45 %) har ikke et slikt ønske.

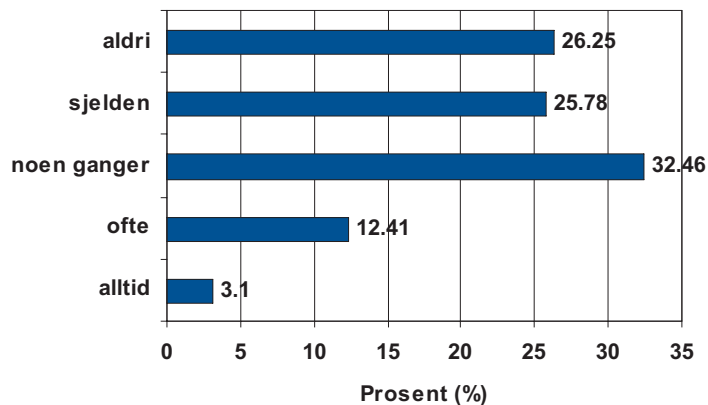
Vi merker oss en signifikant forskjell når vi sammenligner svarene ut fra arbeidssted (p-verdi = 0,002). Utvalget fra bydelene svarer oftere *alltid/ofte* på spørsmålet sammenlignet med utvalget fra sykehusene. Samtidig ser vi at utvalget fra LDS hyppigere svarer *noen ganger* på dette spørsmålet enn andre.

Del II – spm. 12b. Skulle du ønske at tolken også kunne snakke med pasienten etter konsultasjonen for å forklare det som behandler har sagt og/eller gi informasjon til pasienten om det norske tjenestetilbudet?

I forlengelsen av forrige spørsmål har vi spurt helsepersonell om de skulle ønske at tolken kunne snakke med pasienten etter konsultasjonen for å forklare det som behandleren har sagt, og/eller gi informasjon til pasienten om det norske tjenestetilbudet.

Svarene viser at den hyppigste svarkategorien er *noen ganger* (32 %). Svarene i kategoriene *alltid* og *ofte* utgjør 15 % til sammen. Vi ser derfor at nesten 50 % av våre deltagere gir uttrykk for et behov for at tolken kan informere og forklare pasienten om forhold rundt tjenestetilbudet, i tillegg til å tolke. Vi legger merke til at fordelingen av svarene er nokså lik forrige spørsmål. Dette er ikke overraskende da spørsmålet beskriver en lignende "kulturformidler"-oppgave for tolken, men denne gangen i motsatt retning, dvs. fra behandlerne/institusjon/storsamfunn til klienten i form av formidling av kunnskap om det norske tjenestetilbudet.

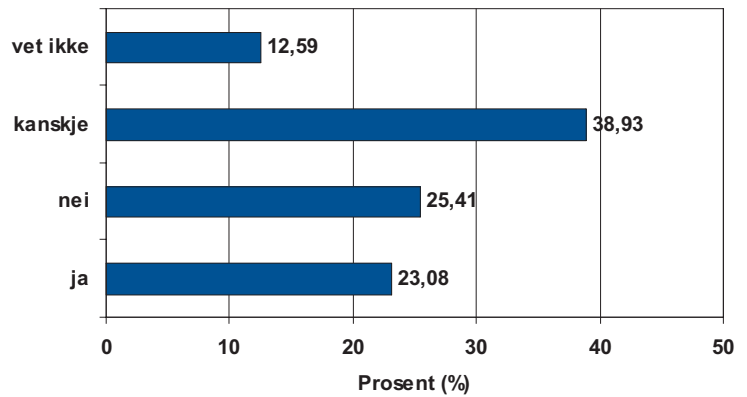
Fig. 23: Skulle du ønske at tolken også kunne snakke med pasienten etter konsultasjonen for å forklare det som behandler har sagt og/eller gi informasjon til pasienten om det norske tjenestetilbudet?



Del II – spm. 13. Tror du at det i visse situasjoner kan være mer nyttig å bruke en ressursperson fra pasientens miljø i stedet for en tolk?

Vi vet ikke hvilke erfaring helsepersonell har med å bruke ressurspersoner eller i hvilke situasjoner det oppleves som mer nyttig å bruke ressurspersoner i stedet for tolk. Vi har definert ressurspersoner som "uformelle hjelpere fra pasientenes eget miljø som mange henvender seg til for hjelp og støtte, også i forbindelse med legebesøk". 23 % av deltagerne sier *ja*, mens en ganske stor gruppe (ca. 39 %) sier *kanskje*. En fjerdedel av helsepersonellet (25 %) som har deltatt i undersøkelsen, sier *nei* til at en ressursperson kan være mer nyttig i visse situasjoner enn tolk. Eksempel på situasjoner hvor bruk av ressurspersoner kan være mer nyttig, beskrives av helsepersonell slik: "Ved tabubelagte sykdommer", "I veldig intime situasjoner, for eksempel når det gjelder pasienter som er veldig sjenerte", "Situasjoner der oppfølging av behandling er viktig, så som kosthold, mosjon, atferdsendring m.m.", "Dersom pasienten trenger støtte", "Dersom de ikke har tillit til tolken, og pasienten er redd for at sensitive opplysninger skal lekke ut", "Under fødsel", "Når det er viktig med kulturforståelse" og "Når det er paranoiae tilstander".

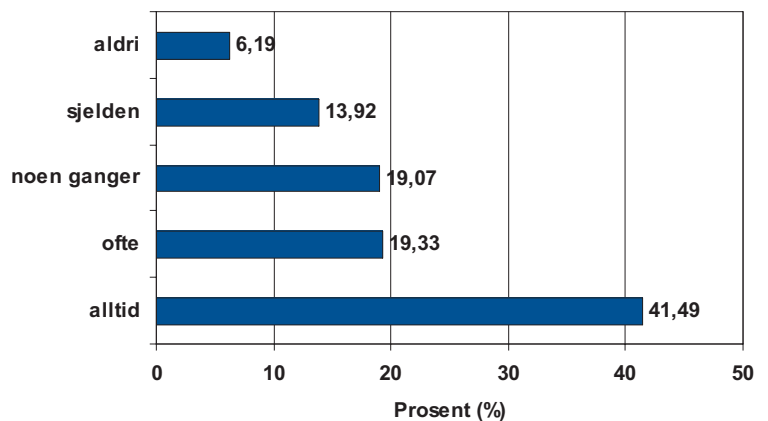
Fig. 24: Tror du at det i visse situasjoner kan være mer nyttig å bruke en ressursperson fra pasientens miljø i stedet for en tolk?



Del II – spm. 14a. I Norge er tolker underlagt taushetsplikt. Blir dette sagt direkte til pasienten i konsultasjonen?

Taushetsplikten og en uoppfordret formidling av denne til tolkebrukerne i begynnelsen av samtalen, er anført som tolkeregel nummer én, og det er et tegn på at tolken er ukvalifisert hvis tolken ikke gir en kortversjon av tolkereglene og opplyser om taushetsplikten. Det er spesielt viktig å gjøre dette når det er første gangen tolkebrukerne møter tolken. Hvis ikke tolken gjør dette uoppfordret, er det etter vår mening behandlerens ansvar å ta initiativ til at pasienten blir informert om tolkens taushetsplikt tidlig i konsultasjonen, slik at forholdene for et optimalt samarbeid legges til rette med det samme. Vi ville derfor vite om taushetsplikten blir direkte formidlet, og hvem som eventuelt formidler dette til pasienten. Ideelt sett burde alle svare "alltid" på dette spørsmålet. I vår undersøkelse svarer 41 % *alltid* og 19 % svarer *ofte*. Til sammen gir dette en svarprosent på 60 %. Mens 19 % svarer at dette blir gjort *noen ganger*, svarer de resterende 20 % *sjelden* eller *aldri*. Dermed har vi en ganske høy andel, 40 %, som svarer at taushetsplikten *noen ganger* eller *aldri/sjelden* formidles til pasienten direkte i konsultasjoner.

Fig. 25: I Norge er tolker underlagt taushetsplikt. Blir dette sagt direkte til pasienten i konsultasjonen?

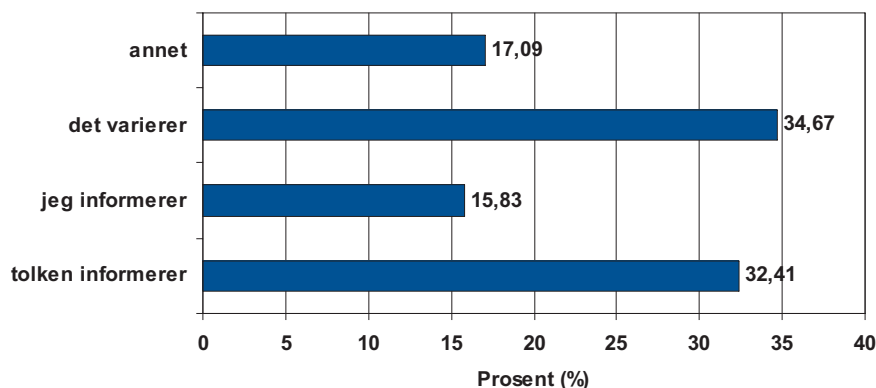


Del II – spm. 14b. Hvem er det som vanligvis informerer pasienten om tolkens taushetsplikt i konsultasjonen?

Svarene på dette spørsmålet tyder på at det som oftest er tolken som informerer pasienten om taushetsplikten. Kategoriene "tolken pleier å informere" og "noen ganger tolken og noen ganger jeg, det varierer" oppnår henholdsvis 32 % og ca. 35 %. Vi har kategorisert svarene under "annet" i tre grupper.

Den første gruppen utdyper at det er andre fagpersoner (pasientansvarlig behandler, lege/psykolog) som gjør det. Den andre gruppen sier at de tar det som en selvfølge at tolken informerer pasienten om det, men presiserer samtidig at de ikke har forutsetninger for å skjønne hva tolken sier. Dette tyder på en alvorlig svikt da tolken skal si tolkereglene på begge språk. Den tredje gruppen gir "vet ikke"-svar.

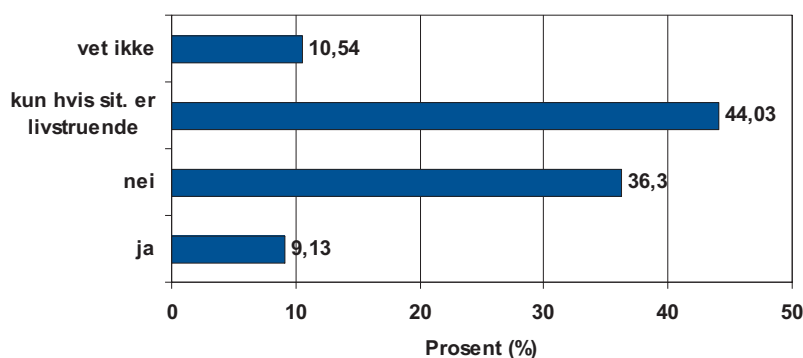
Fig. 26: Hvem er det som vanligvis informerer pasienten om tolkens taushetsplikt i konsultasjonen?



Del II – spm. 15. Synes du at tolken bør fortelle deg alt han/hun vet om pasienten selv om pasienten ikke samtykker til det?

I samtaler med pasienter med en tredjepart til stede, og i dette tilfellet tolk, kan det oppstå en del etiske dilemmaer som kan komplisere samarbeidet. Dette er dilemmaer som man kan bli konfrontert med og må forholde seg til på en eller annen måte. Disse blir utførlig behandlet av Jareg og Pettersen (2006). En ikke sjelden situasjon er at tolken som helsearbeidere bruker, også kan ha tolket for pasienten en eller flere ganger tidligere i andre sammenhenger. Tolken kan derfor ha bedre kjennskap til pasientens livssituasjon enn behandleren. På spørsmålet om tolken bør fortelle alt han/hun vet om pasienten, selv om pasienten ikke samtykker, svarer de aller fleste (44 %) at tolken bør fortelle det kun hvis situasjonen er livstruende, mens 36 % svarer (ubetinget) nei. 9 % svarer ja, mens over 10 % svarer vet ikke.

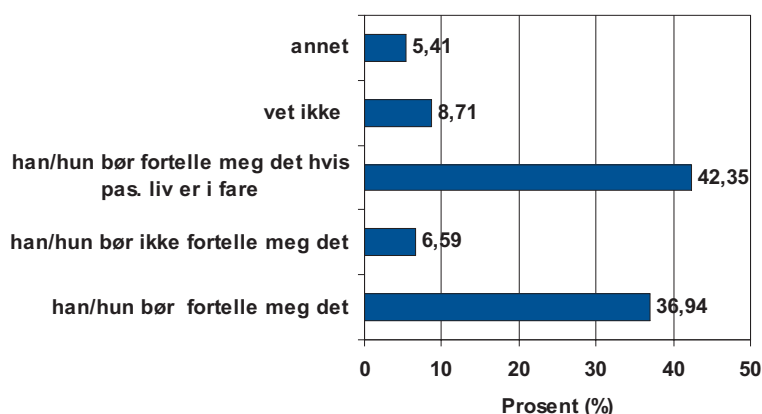
Fig. 27: Synes du at tolken bør fortelle deg alt han/hun vet om pasienten selv om pasienten ikke samtykker til det?



Del II – spm. 16. Hvis tolken forstår at pasienten lyver om viktige temaer, hva synes du at han/hun bør gjøre?

I forlengelsen av dette ville vi vite hva helsepersonell mener tolken bør gjøre hvis tolken forstår at pasienten lyver om viktige temaer, til forskjell fra om pasienten holder tilbake informasjonen. Dette kan være en aktuell situasjon hvis tolken har bedre kjennskap til pasienten fordi han eller hun har tolket for pasienten i andre offentlige sammenhenger, eller fordi tolken og pasienten kommer fra samme miljø.

Fig. 28: Hvis tolken forstår at pasienten lyver om viktige temaer, hva synes du at han/hun bør gjøre?



Svarene viser at nesten 37 % av deltagerne mener at "han/hun bør fortelle meg det", mens 42 % mener "han/hun bør fortelle meg det hvis pasientens liv er i fare". Nærmere 7 % mener tolken ikke bør fortelle det. Sammenlignet med forrige spørsmål virker det som om deltagerne i undersøkelsen har forskjellige krav til tolkens nøytralitet avhengig av om pasienten aktivt forsøker å lure behandleren eller passivt holder tilbake informasjonen.

Dette er et hypotetisk spørsmål, og det vil derfor være vanskelig å vite om svarene vil reflektere praksis i aktuelle situasjoner. Allikevel finner vi det oppsiktsvekkende at en så høy andel blant deltagerne mener at tolken bør informere behandleren hvis tolken forstår at pasienten lyver om viktige temaer. Et slikt krav til tolken er på kollisjonskurs med en viktig kvalitet hos tolken, nemlig evnen til å opptre upartisk (nøytralitet). På et tidligere spørsmål (del II – spm. 1) svarer våre deltagere at de setter tolkens "evne til å opptre upartisk" svært høyt. Ca. 87 % anser denne kvaliteten som *svært viktig*. Kan dette bety at man i slike situasjoner som formulert i spørsmålet, er villig til å gi slipp på denne kvaliteten og forventer det motsatte av hva upartiskhet innebærer? I lys av responsen kan man spørre seg om disse svarene reflekterer uforenlige og situasjonsbestemte forventninger til tolkerollen. I så fall er det god grunn til å se nærmere på brukernes ulike forventninger til tolken, hvordan disse kan påvirke samarbeidet og hvordan dette håndteres i praksis.

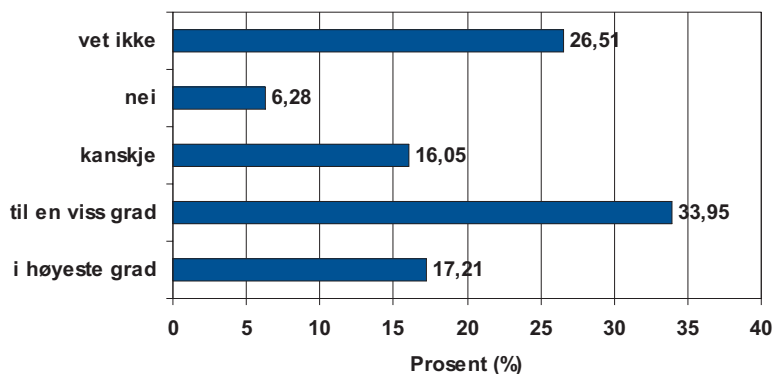
2.2.3 Del III – forslag til kompetanseheving

I vår undersøkelse har vi ønsket å danne oss et inntrykk av hva helsepersonell mener om behovet for kompetanseheving blant tolker og blant dem selv som tolkebrukere. Vi har til sammen stilt åtte spørsmål, hvorav tre tar for seg kompetansebehovet til tolker, mens resten handler om hvor tilfredse helsepersonell er med egen kompetanse når det gjelder å arbeide med tolk, og hvilke behov de har for kunnskapsøkning.

Del III – spm. 1. Opplever du at det er behov for kvalitetssikring/kompetanseheving hos tolker?

Over halvparten av våre deltagere erfarer behov for kompetanseheving blant tolker som de samarbeider med. Svarene fordeles slik: i *høyeste grad* (17,2 %) og *til en viss grad* (33,9 %), til sammen 51 %. Sett under ett kan svarene være et uttrykk for en betydelig tilfredshet med kvaliteten på varene som tolkene leverer. I så fall vil det være i samsvar med resultater fra en dansk undersøkelse hvor bare 33 % av brukerne i offentlig sektor ga uttrykk for tilfredshet med tolketjenestene (Dubsloff & Martinsen, 2001). Signifikante forskjeller fremkommer når vi sammenligner arbeidsplassene med henblikk på opplevd behov for kompetanseheving blant tolker. Våre analyser viser at deltagerne fra AUS og bydelene skiller seg ut fra de andre ved at de oftere svarer i *høyeste grad* eller *til en viss grad* enn andre deltagere (p-verdi = 0,001).

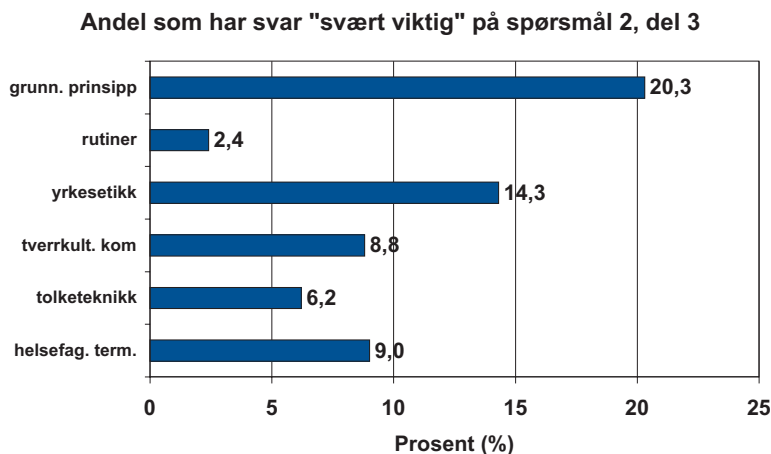
Fig. 29: Opplever du at det er behov for kvalitetssikring/kompetanseheving hos tolker?



Del III – spm. 2. Hvis ja, hvilke områder mener du er viktigst når det gjelder tolker du samarbeider med?

Deltagerne skulle gi tre svar på dette spørsmålet gradert fra *svært viktig* til *viktig*. Her har vi valgt å ta med svarprofilen for alternativet *svært viktig*. Områder deltagerne i undersøkelsen opplever som svært viktige for tolker å heve sin kompetanse på, er først og fremst "grunnleggende prinsipper for tolkearbeid" og "yrkesetikk for tolker" med en svarprosent på henholdsvis 20 % og 14 %. Her dreier det seg om basiskunnskap i tolkeprofesjonen. At totalt 34 % oppgir det som svært viktig å ha kompetanse på disse områdene, kan tyde på at et betydelig antall helsepersonell opplever grunnleggende mangler ved det arbeidet som tolkene utfører.

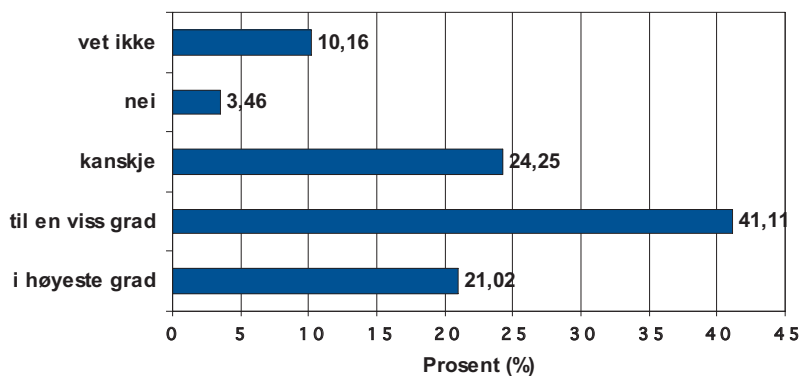
Fig. 30: Hvilke områder mener du er viktigst når det gjelder tolker du samarbeider med?



Del III – spm. 3. Tror du det er viktig for tolkene å få veiledning/debrifing av erfarne helsearbeidere etter at de har tolket i vanskelige saker?

Så mange som 62 % av deltagerne i undersøkelsen gir uttrykk for at det i *høyeste grad* (21 %) eller *til en viss grad* (41 %) er viktig for tolkene å få veiledning/debrifing av erfarne helsearbeidere etter at de har tolket i vanskelige saker. Dette kan oppfattes å stå i motsetning til svarene vi har fått tidligere (del II – spm. 5) hvor over 60 % angir å ikke ha hatt før- eller ettermøter, men behøver ikke være det, fordi dette kan være uttrykk for at helsepersonell ikke opplever det som sitt ansvar.

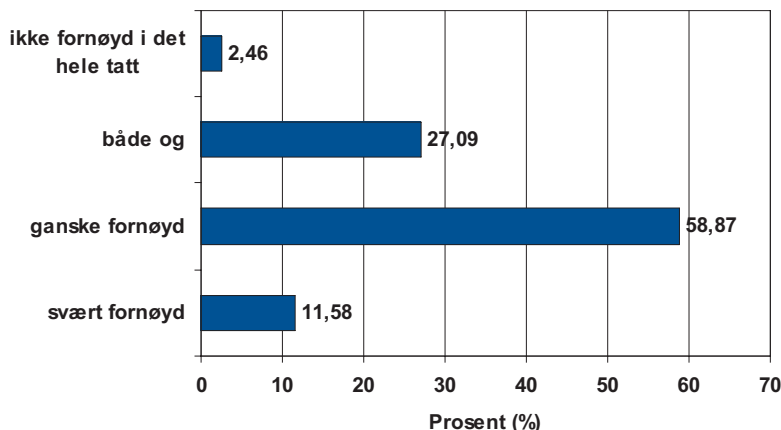
Fig. 31: Tror du det er viktig for tolkene å få veiledning/debrifing av erfarne helsearbeidere etter at de har tolket i vanskelige saker?



Del III – spm. 4. Hvor fornøyd er du med tolketjenester som benyttes på arbeidsplassen din?

En viktig problemstilling som vi ønsket å finne ut mer om, er hvor fornøyd helsearbeidere er med de tolketjenestene som benyttes på arbeidsplassen. Resultatene viser at de aller fleste (71 %) svarer at det er *svært fornøyd* (12 %) eller *ganske fornøyd* (59 %), 27 % sier *både og*, mens en liten gruppe svarer *ikke fornøyd i det hele tatt* (2 %).

Fig. 32: Hvor fornøyd er du med tolketjenester som benyttes på arbeidsplassen din?

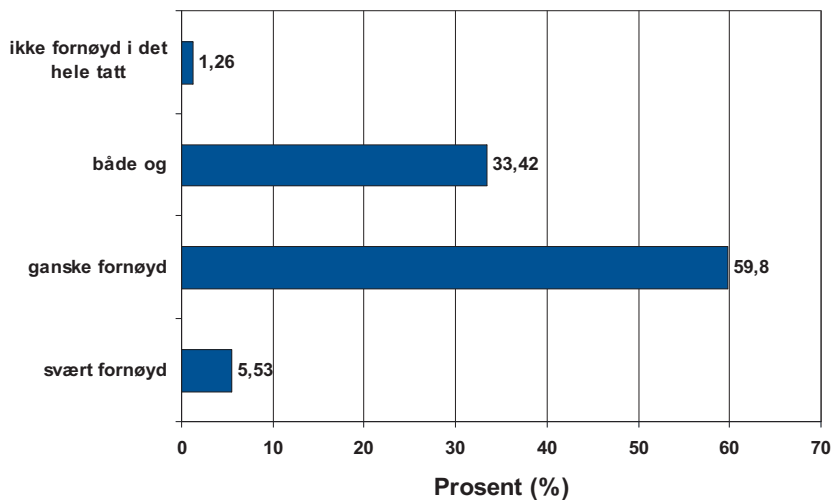


Nærmere en tredjedel i utvalget opplever altså en viss grad av misnøye med de tolketjenestene som benyttes på arbeidsplassen. Dette er et stort omfang som viser at det bør være et betydelig potensial for forbedringer i tolketjenestene som benyttes. Her finner vi ingen signifikante forskjeller i svarene med hensyn til deltagerens arbeidsplass, yrkesgruppe eller arbeidsfelt.

Del III – spm. 5. Er du tilfreds med din egen måte å arbeide med tolk på?

Svarprofilen her er nokså lik forrige spørsmål. Ca. 66 % svarer at de er *svært* eller *ganske fornøyd* (henholdsvis 5,5 % og 60 %) med egen måte å arbeide med tolk på, mens de fleste andre svarer *både og* (33 %). En liten andel svarer *ikke i det hele tatt* (1 %). Det bildet som avtegnes her, er at ca. en tredjedel av alle deltagerne i undersøkelsen til en viss grad er misfornøyd med egen måte å arbeide med tolk på. Dette tyder på et betydelig forbedringspotensial også hos helsepersonell som tolkebrukere.

Fig. 33: Er du tilfreds med din egen måte å arbeide med tolk på?

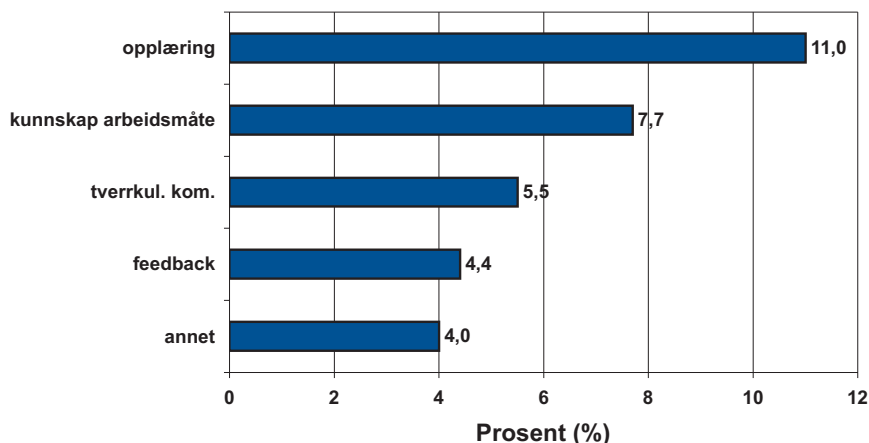


Del III – spm. 6. Hvis du ikke er fornøyd med din måte å arbeide med tolk på, hva mener du at du trenger for å bli en bedre tolkebruker?

Vi spurte hva helsearbeiderne selv mener hun/han trenger for å bli en bedre tolkebruker. Deltagerne ble bedt om å gi tre svar gradert på følgende måte: 1 = *svært viktig*, 2 = *ganske viktig*, 3 = *viktig*. Ut fra svarene som ble ansett som *svært viktig*, kan resultatene fremstilles i prioritert rekkefølge: 11 % svarer at "mer opplæring i å føre samtale via tolk" er svært viktig, mens 8 % anser "mer kunnskap om tolkens arbeidsmåte og rolle" som svært viktig. "Mer kunnskap om tverrkulturell kommunikasjon" oppgis av 6 % som svært viktig. 4 % velger "å ha mulighet til å diskutere/få feedback på mitt arbeid med tolk" som svært viktig. Av dem som svarer "annet" (4 %), spesifiserer mange at det er svært viktig å ha bedre tid.

Fig. 34: Hvis du ikke er fornøyd med din måte å arbeide med tolk på, hva mener du at du trenger for å bli en bedre tolkebruker?

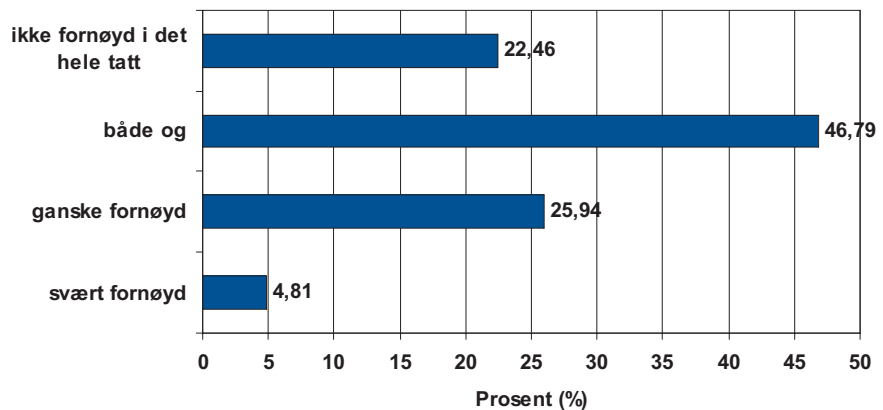
Andel som har svart "svært viktig" på spørsmål 6, del 3



Del III – spm. 7a. Er du tilfreds med mulighetene din institusjon gir for å øke din kompetanse når det gjelder bruk av tolk i arbeidet ditt?

De siste spørsmålene fokuserer på helseinstitusjonene. Vi ville vite hvor fornøyde helsepersonellet var med de mulighetene institusjonen ga for å øke kompetansen når det gjelder å bli en bedre tolkebruger. Om lag en tredjedel av de spurte er *svært fornøyd* eller *ganske fornøyd* (4,8 % og 25,9 %) med de mulighetene institusjonen gir for å øke kompetansen når det gjelder bruk av tolk. Nærmere halvparten (47 %) velger svarkategori *både og*, mens 22 % svarer *ikke fornøyd i det hele tatt*. Hvis vi slår sammen de to gruppene, blir andelen av de som er mindre fornøyde eller ikke fornøyde i det hele tatt, hele 70 %. Ansatte ved LDS skiller seg ut med hensyn til hvor fornøyde de er. Svarene *svært fornøyd* og *ganske fornøyd* forekommer oftere hos denne gruppen, mens hovedtyngden av svarene fra de to andre sykehusene ligger på alternativet *både og* (p-verdi = 0,001). Resultatene tyder på et formidabelt forbedringspotensial når det gjelder den innsatsen helseinstitusjonene kan gjøre for å dyktiggjøre sine ansatte i å arbeide med tolk.

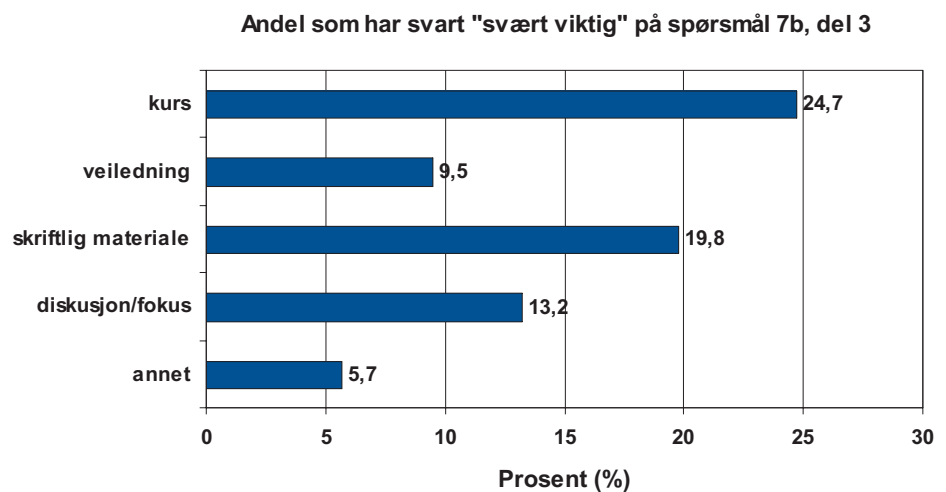
Fig. 35: Er du tilfreds med mulighetene din institusjon gir for å øke din kompetanse når det gjelder bruk av tolk i arbeidet ditt?



Del III – spm. 7b. Hva kunne du ønske din institusjon / arbeidsgiver gjorde for å øke kompetansen din?

Vi ønsket å få vite noe om hva deltagerne mener arbeidsgiveren kan gjøre for å øke deres kompetanse. Her hadde vi fire svarkategorier samt en tilleggskategori, "annet". Svarene var graderte med 1 = *svært viktig*, 2 = *ganske viktig* og 3 = *viktig*. Flest *svært viktig*-svar finner vi på alternativet "kurs om tolkebruk" (25 %). Svaralternativet "skriftlig materiale/brosjyre om tolkebruk" velges som *svært viktig* av 20 %. 13 % mener at å "ta initiativ til mer diskusjon og fokus på tolkebruk i mitt fagmiljø" er *svært viktig*, mens 9 % av deltagerne mener at det er *svært viktig* å "gi mulighet til å ha veiledning/tilbakemelding i bruk av tolk". Andelen som angir "annet" som *svært viktig*, er 6 %. Her finner vi svar som går på bedre tilgjengelighet (for eksempel "bedre tilgang til tolker også på ukurante tider", "egne tolker ansatt ved sykehuset"), samt påpekning av rammebetingelser, slik som "økonomi". Dette er spesifiseringer som tyder på at mange ikke opplever kompetanseøkning hos helsepersonell alene som tilstrekkelig, men i tillegg etterlyser endringer i strukturelle forhold.

Fig. 36: Hva kunne du ønske din institusjon/arbeidsgiver gjorde for å øke kompetansen din?



Del III – spm. 8. Er det noe du vil tilføye som ikke var dekket av disse spørsmålene?

Til slutt hadde vi et åpent spørsmål hvor vi oppfordret deltagerne i undersøkelsen til å tilføye det som ikke var dekket av spørsmålene våre. Her har vi fått relativt mye respons, til sammen 88 har anført noe her. Flere (ca. 12 %) har kommet med både positive og negative kommentarer til spørreskjemaet. De negative kommentarene går stort sett ut på at det var for mange spørsmål, og at det burde vært flere svaralternativer og vet ikke-svar. De fleste av de andre kommentarene inneholdt forklaringer på hvorfor man ikke bruker tolk. Om lag en tredjedel av disse beskrev problemer relatert til manglende tilgjengelighet til tolketjenester og varierende kvalitet på tolkene. Flere nevner mangelen på kvinnelige tolker som et problem. Økonomiske motiver nevnes av noen. En beskriver dilemmaet slik: "Ut fra helse-Norge i dag ønsker jeg mer tid til tolking. Men det gjør jeg også overfor de andre utfordringene vi i helsesektoren har. Om dette skal prioriteres mer enn annet, det er jeg usikker på?" Problemer med at pasienter ikke vil ha tolk, nevnes av flere. I noen kommentarer nyanseres arbeidsforholdene man jobber under, slik som akutte situasjoner og fødsler, hvor det er vanskelig å skaffe og bruke tolk. Flere kommentarer handler om telefontolk. Det gis uttrykk for at telefontolk tar noe tid å arrangere, og at det ikke oppleves som optimalt i slike situasjoner, men ofte er siste løsning der en tilfredsstillende "hjelper" ikke finnes. En allmennlege beskriver følgende: "I allmennpraksis kommer mange pasienter på akutte eller halvakutte timer. Pasienter kommer uplanlagt med ektefelle eller voksen datter/sønn, de ønsker selv helst at familiemedlemmer tolker. Da har vi ingen mulighet til å bestille tolk og må bruke venner/familie. Det er ofte lang ventetid på tolk, særlig kvinnelig tolker til muslimske kvinner."

2.2.4 Resultater fra fokusgruppene

Fokusgruppediskusjonene ble organisert rundt tre temaer. Det første var deltagerens synspunkter angående utformingen og innholdet i spørreskjemaet. Hovedtemaet handlet om deltagerens erfaringer fra situasjoner hvor de opplevde språklige barrierer i kommunikasjonen med pasientene. I forlengelsen av dette ble det drøftet forslag og ideer som kan redusere disse barrierene. Diskusjonene, som ble tatt opp på bånd, ble transkribert og tematisk analysert. De kan oppsummeres på følgende måte:

Tilbakemeldinger på spørreskjemaet

Tilbakemeldingene var svært positive. Flere ga uttrykk for at de syntes det var bevisstgjørende å fylle ut skjemaet. En av deltagerne påpekte at spørsmålene var detaljerte og tvang en til å reflektere over egen praksis: "Det liksom satte litt fingeren i magen på deg så du måtte tenke gjennom hva du forventet av en tolk for eksempel og hvordan du bruker tolk." En annen mente at siden det ikke bare var ja/nei-svar ble man tvunget til å lese spørsmålene nøye, slik at man virkelig svarte på det som det ble spurt om. Dette mente flere var en styrke. En fortalte at det ble diskusjon om bruk av tolk på arbeidsplassen i etterkant av undersøkelsen.

Erfaringer med språklige barrierer

Å møte pasienter som man ikke deler et felles språk med, var noe alle deltagere hadde erfart. Når språklige barrierer oppstår, og det ikke blir brukt noen form for språklig assistanse, er det stor usikkerhet både om hvorvidt pasienten forstår, og om en selv forstår pasienten. En deltager uttrykker det slik: "Det blir vanskelig, du vet at pasienten ikke forstår alt som blir sagt, og det er et etisk dilemma som er vanskelig, for informasjon må jo gis." En erfaren helsearbeider fortalte i gruppen at etter en gjennomgang av noen journaler for noen år tilbake, kom hun frem til at språklige barrierer var en viktig årsak til en god del av problemene de opplevde på avdelingen. Det gjaldt pasienter hvor det var mye "kaos" fordi de glemte beskjeder, ikke kom til avtalte timer eller kom på feil dager, glemte å ta premedikasjonen, osv. Hennes erfaring var at selv om pasienter kan ha et muntlig språk som virket adekvat, betyr det ikke at de forstår alle beskjedene de mottar. Et viktig moment som ble trukket frem, var at sykdom kan utgjøre en belastning for de fleste, og også kan påvirke den språklige fremstillings- og forståelsesevnen negativt.

Bruke familie/venner som språklige medhjelpere

Det var enighet blant helsearbeiderne som deltok i diskusjonen, om at det er lett, enkelt og fristende å bruke venner og familiemedlemmer som språklige medhjelpere. Det ble beskrevet flere situasjoner hvor det å organisere samtale med tolk er vanskelig og tungvint. Det gjelder for det meste akutte situasjoner, hvor det er vanskelig å planlegge i forveien. Helsepersonell opplever at det fungerer best med tolk hvis man kan bestille en til to dager i forveien. Hvis det ikke er en planlagt situasjon, bruker man det som er tilgjengelig for å kommunisere, som oftest pårørende, inkludert barn. Som en spontant sa: "Alt mulig bruker vi som tolk. Vi tar det vi har." I slike situasjoner, for eksempel under en fødsel, oppleves ikke telefontolkning som et alternativ. Det opplyses heller ikke om andre metoder som ville kunne tenkes å forbedre kommunikasjonen i slike situasjoner. Et annet eksempel er legevisitten på en sengepost. Her vet man ikke når legen kommer til en pasient. I slike situasjoner er det lettere å ty til familiemedlemmer da de som oftest gjerne stiller opp.

Flere av deltagerne i fokusgruppene hadde opplevd at pasienter noen ganger ikke ville ha tolk på grunn av redsel for sladder i miljøet. Det er vanlig at pasienter tar med seg pårørende som skal tolke for dem. Det er ikke sjeldent at barn, både store og små, tolker for sine foreldre. Det virker som om det er aksept for at pårørende brukes som tolk, og at helsepersonell ikke er godt kjent med problemstillinger knyttet til det å bruke pårørende som tolk. Det var likevel stor enighet i gruppene om at det er en del ulemper med å bruke pårørende som tolk, men de fleste mente at det vil være vanskelig å endre en allerede utbredt praksis. Noen mente at så lenge samtalen dreier seg om nøytrale temaer, er det greit at barn kan være tolk for sine foreldre. Alle var enige i at barn skal skånes fra å oversette beskjeder som handler om at noe er galt, f.eks. alvorlig sykdom osv.

Det ble gitt uttrykk for en rekke dilemmaer og problemer i forbindelse med det å bruke familie/venner som tolker. Flere hadde opplevd situasjoner hvor de følte seg usikre på hva som ble gjengitt når det var pårørende som oversatte. Spesielt når det handler om kritisk informasjon, er usikkerheten stor. Et eksempel tok for seg det å informere pasienter om kreftdiagnoser. "Det å jobbe på en kreftavdeling innebærer at man har en del tøffe beskjeder å gi, og da vet man ikke helt hvor mye pasienten selv får med seg, fordi du merker at pårørende ofte vil skåne pasienten."

Et annet eksempel på at pårørende siler visse typer informasjon, er som følger: "For eksempel på diabetespoliklinikk med gravide kvinner, der vi ser at kvinnen ikke følger opp det vi har sagt av kostråd og blodsuktermålinger. Da lurer vi på hva mannen egentlig har sagt, og vil gjerne ha inn tolk, og da kan mannen motsette seg det. Og det har til og med hendt at mannen har sagt at han ikke synes dette er riktig, og så har han ikke formidlet det vi har prøvd å formidle til kvinnen."

Noen har opplevd å komme i konflikt med pårørende når de har foreslått profesjonell språkassistanse. Pårørende kan oppleve det som en undervurdering av egen språkkompetanse og/eller en unnskylding for å utestenge ham/henne fra samtalen. I de tilfeller der det er snakk om sensitive forhold, som for eksempel mishandling, kan dette bli særlig problematisk.

Å måtte argumentere for bruk av tolk overfor pasienter og/eller pårørende, ser ut til å være en kjent situasjon for flere. En har erfart at det er lettere å argumentere for tolkebruk hvis det er mange medisinske uttrykk som er vanskelig å oversette for ufaglærte. Et forslag som en av deltagerne hadde hørt på et kurs, var å ta fokuset bort fra pasienten og legge vekt på helsearbeiderens behov for tolk, for eksempel ved å si: "Jeg trenger tolk tilstede for å være sikker på at min informasjon kommer frem og blir forstått ordentlig."

Poliklinikk vs. sengepost og psykiatri vs. somatikk

Diskusjonene viste at det kan være til dels store forskjeller på hvor hyppig man bruker tolk avhengig av om man jobber på akuttmottak, poliklinikk eller på sengepost, eller om man jobber innen en somatisk eller psykiatrisk avdeling. Poliklinisk praksis innebærer ofte tidsmessig avgrensede og veldefinerte oppgaver som kan planlegges i forveien,

mens arbeidsoppgavene er annerledes på en sengeavdeling, der pasienten er innlagt hele døgnet. Det virker som at det ikke er uvanlig å ha tolk i samtaler ved psykiatriske poliklinikker hvor god kommunikasjon og samtalebehandling har en sentral plass.

Når det derimot handler om sengepost, er det ikke uvanlig å benytte tolk ved inntakssamtaler, mens det resten av tiden brukes lite tolk, med mindre det er en planlagt samtale med fagperson(er) under oppholdet. Som en uttrykte det: "De er hos oss 24 timer i døgnet, og det kan jo ikke tolken være, så hva er det som er viktig? Er det samtalen med for eksempel lege eller sosionom vi skal prioritere, eller er det rett og slett under daglige samhandlinger at tolken skal være der?"

Språklige barrierer kan hindre psykiatriske pasienter i å delta i gruppebehandlinger hvor bruk av tolk oppleves som forstyrrende for andre i gruppen. Da dette eksempelet ble nevnt, satte det i gang en lang diskusjon om problemstillinger rundt lik tilgang til helsetjenester. I diskusjonen ga en del deltager uttrykk for faren for at vegringen mot å overkomme språklige barrierer kan ramme en gruppe pasienter systematisk. En person ga uttrykk for sin resignasjon over konsekvensene på denne måten: "... her er det noe med å innse at vi ikke får til det optimale: betyr det at vi da ikke skal gjøre det?"

Tolkens rolle og kvalifikasjoner

Det ser ut til å være en felles erfaring at kvaliteten på det arbeidet tolkene utfører, varierer ganske mye. Flere ga uttrykk for at det er viktig for helsearbeidere å ha kunnskap om hvordan man skal bruke tolken. Når dette kombineres med en velkolert tolk, fungerer samarbeidet best. Flere fortalte om episoder hvor helsepersonell ble usikre på nøytraliteten til tolken. Tolkens rolle som kulturformidler ble også tematisert. Det kan være vanskelig å skille mellom hva som skyldes "rene" språkbarrierer og sosiokulturelle forhold, og hva som er uttrykk for svekkelse pga. sykdom, spesielt når det dreier seg om pasienter med et sammensatt symptombilde. Noen av deltagerne ytret et klart ønske om å kunne bruke tolken som kulturformidler i nettopp slike situasjoner. Deltagerne i gruppen hadde imidlertid svært forskjellige synspunkter på dette. Deltagerne med arbeidsplass innen psykisk helsevern, ga uttrykk for at det er vanskelig å ha en tredjeperson til stede i psykologisk behandling hvor relasjonen mellom behandler og pasient anses for å være et bærende element. En deltager mente at det å ha tolk i terapirommet kompliserer samhandlingen for både terapeuten og pasienten. Å tillegge tolken en ny rolle som kulturformidler, vil komplisere det ytterligere. "... når det egentlig skal være en relasjon mellom deg og meg, og så kommer det to andre på siden (tolk og kulturformidler) som liksom skal drive og sufflere oss, hvordan skal det gå da?" Flere var også skeptiske til å forvente at tolken vet bedre enn pasienten, mens andre mente fordelene med tolk er at det er mulig å kontrollere hva tolken kan, mens det er vanskeligere å sjekke ut hva pasienten kan, pga. språkbarrierene.

Tiltak

Det var diskusjon og stor oppslutning blant deltagerne om flere tiltak. Disse vil bli oppsummert under anbefalinger på slutten av rapporten.

3. OPPSUMMERING AV RESULTATENE OG DISKUSJON

3.1 HOVEDRESULTATER

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen og fokusgruppediskusjonene kan oppsummeres slik:

1. I nærmere 60 % av tilfellene baseres avgjørelsen på spørsmålet om en ny pasient trenger tolk *som oftest* på opplysninger fra henvisende instans, enten et slikt behov er direkte eller indirekte nevnt. En andel på ca. 25 % i vår undersøkelse svarer at de *som oftest* tar første samtale uten tolk for å se hvordan det fungerer.
2. I vårt utvalg svarer ca. 28 % at de *ofte* foretrekker å arbeide uten tolk når pasienten snakker "litt" norsk. En høyere andel, 45 %, svarer at de gjør dette *noen ganger*.
3. I omtrent 30–50 % av tilfellene brukes det ikke tolk, selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle. Dette kan tyde på underforbruk av tolk i helsevesenet. Vi finner ikke signifikante forskjeller i tolkebruken med hensyn til arbeidssted, profesjon eller fagområde (psykiatri vs. somatikk).
4. I 26 % av tilfellene oppgis "tidkrevende og upraktisk" som den vanligste grunnen til ikke å bruke tolk, mens 21 % oppgir "dårlig tilgjengelighet på gode tolker" som den vanligste grunnen. Akutte situasjoner hvor det er vanskelig å arrangere tolk i forveien, oppgis også som en viktig grunn. Ca. 6 % angir som begrunnelse at "pasienten vil ikke ha tolk".
5. I situasjoner der det er behov for tolk, svarer ca. 49 % at de *alltid* eller *oftest* kommuniserer med pasienten gjennom familiemedlemmer/venner. Svaralternativet *noen ganger* velges av 35 %.
6. En nødssituasjon i helsevesenet handler ofte om akutt sykdom/skade eller fare for dette. Når det foreligger en språkbarriere i slike situasjoner, angir ca. 38 % at de bruker familie og venner, mens ca. 33 % svarer at de *som oftest* kommuniserer med pasienten så godt de kan uten tolk. God kommunikasjon kan utgjøre forskjellen mellom liv og død i visse situasjoner. Det er tankevekkende å registrere at helsepersonell ikke erfarer å ha tilgang til flere alternativer enn *familie/venner*, tilfeldig *tilgjengelige ansatte* eller å *gjøre så godt man kan*.
7. Om lag halvparten av deltagerne i undersøkelsen gir uttrykk for at de kunne ønske (enten *alltid/ofte* eller *noen ganger*) at tolken kunne ha en større rolle som "kulturformidler" i konsultasjoner. Det vil for eksempel si at tolken informerer behandleren om kulturfaktorer som kan ha relevans for konsultasjonen generelt og/eller for kommunikasjonen mellom behandleren og pasienten. Dette gjelder også kulturformidling i form av at tolken snakker med pasienten i etterkant av konsultasjoner for å forklare hva behandleren har sagt, og/eller for å gi informasjon om det norske tjenestetilbudet til pasienten.
8. Mens de aller fleste er fornøyd med tolketjenesten som benyttes på arbeidsplassen (ca. 70 %), gir de resterende (30 %) uttrykk for en viss misnøye.
9. En tredjedel (35 %) av deltagerne gir uttrykk for en viss misnøye med egen måte å arbeide med tolk på.
10. En stor andel (69 %) gir uttrykk for en viss misnøye med mulighetene arbeidsplassen gir for å øke egen kompetanse i bruk av tolk.
11. På spørsmål om hva arbeidsgiveren kan gjøre for å øke kompetansen, svarer de aller fleste kurs om tolkebruk

og skriftlig materiale/brosjyre om tolkebruk som svært relevante tiltak. Mange nevner også at de savner mer diskusjon og fokus på tolkebruk i fagmiljøet og mulighet for veiledning i/tilbakemelding på bruk av tolk.

12. Omtrent 85 % av respondentene anser det som *svært viktig* at tolken viser respekt for pasienten, har evnen til å uttrykke seg klart og til å opptre upartisk, kan oversette nøyaktig, og at tolken har gode rutiner for å informere brukere om sin taushetsplikt, rolle og arbeidsmetode.
13. Totalt oppgir 35 % å ha opplevd at kommunikasjonen med pasienten ble forringet pga. forhold rundt tolkens kvalifikasjoner.
14. Over halvparten av våre respondenter erfarer behov for kompetanseheving hos tolker de samarbeider med, enten i høy grad (17 %) eller til en viss grad (34 %). Kompetansen etterlyses først og fremst med hensyn til grunnleggende prinsipper for tolkearbeid og yrkesetikk for tolker.
15. Diskusjoner i fokusgruppene samsvarer godt med resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen og utfyller svarene på en meningsfull måte. Diskusjonene avdekker at helsepersonell har en tendens til å velge den lettest tilgjengelige måten å løse språklige barrierer på og bruke familie og venner som oversettere. Dette er utbredt i situasjoner hvor planlegging av helsehjelpen/samtalen i forveien er vanskelig eller umulig. Diskusjonene i gruppene tyder på at tolkebruk som arbeidsmetode ikke i tilstrekkelig grad er en integrert del av helsetjenesten. Tolkebruken blir dermed tilfeldig, avhengig av den enkeltes kunnskap og initiativ. En forklaring er at det ikke finnes gode nok retningslinjer for når man skal bruke tolk. I fokusgruppene ble det uttrykt ønske om bedre opplæring av helsepersonell i bruk av tolk, lettere tilgang til flere godt kvalifiserte tolker og bedre systemer i organisasjonene som tilrettelegger for bruk av tolk.

3.2 DISKUSJON

Vår undersøkelse har flere begrensninger. En begrensning er knyttet til bruk av spørreskjema som undersøkelsesmetode. En annen er relatert til størrelsen på utvalget og svarprosenten, som er lav (35,1 %). Undersøkelsen ble gjort i Oslo. Disse forholdene gjør at resultatene våre ikke nødvendigvis er representative for helsearbeidere i Norge. På den annen side vil vi anta at det stort sett er de mest interesserte og involverte som har svart. Dette gjelder også deltagerne i fokusgruppene vi har brukt for å supplere spørreskjemaundersøkelsen. Det som kom frem i fokusgruppene, ansees å være et kvalitativt supplement som gir fortolkingsrammer for funn som er gjort på bakgrunn av spørreskjemaet. Informasjonen som kom frem i disse gruppediskusjonene, støtter systematisk opp under opplysningene vi har fått gjennom spørreskjemaundersøkelsen. Til tross for begrensningene er det grunnlag for å si at vår undersøkelse gir viktig kunnskap om språkbarrierer og tolkebruk i helsevesenet i Oslo.

Resultatene fra undersøkelsen tilsier at dette er et område i helsevesenet med rom for forbedringer og behov for økt innsats fra flere hold. I likhet med tidligere undersøkelser tyder dette studiet på underforbruk av profesjonell språklig assistanse. Det ser ut til at tolkebruk som arbeidsmetode ikke i tilstrekkelig grad er en integrert del av helsetjenesten. Tolkebruken virker tilfeldig og avhengig av den enkeltes kunnskap og initiativ. Det viser seg at i flere sammenhenger tyr helsepersonell til den løsningen som er *lettest tilgjengelig*, nemlig å bruke familie/venner som oversettere eller å kommunisere med pasienten så godt som mulig ofte på et mangelfullt språk. En svært viktig grunn til dette er at helsepersonell opplever at det å bestille tolk er upraktisk og tidkrevende. Det er ikke uten videre opplagt hva som menes med dette: Opplever helsepersonell bruk av tolk som upraktisk pga. begrensninger dette medfører i konsultasjonen? Handler det om egen manglende erfaring med å bruke tolk, om pasienters uvilje eller om at rutiner for bestilling av tolketjenester er kronglete? En annen viktig grunn som oppgis for å ikke bruke tolk, er at tolketjenester oppleves som

vanskelig tilgjengelig. Dette åpner også opp for tolkingsmuligheter. Betyr det at man ikke får tak i tolker så raskt og ofte som man trenger? Handler det om knappe ressurser på gode tolker, eller om tungtvinte prosedyrene for bestilling?

Undersøkelsen vår sier ikke noe om helsepersonells erfaringer når det gjelder negative helsemessige konsekvenser av språklig betinget kommunikasjonssvikt. Svarene tyder på at mange har en ganske god innsikt i utfordringene og er bevisste på at ved spørsmål om tolkebruk er det flere forhold det bør tas hensyn til for å få et korrekt bilde av situasjonen. I den grad det er underforbruk av tolker, knyttes dette bl.a. opp til mangel på kvalifiserte tolker, manglende eller ikke gode nok rutiner/prosedyrer på arbeidsplassen for en effektiv organisering av arbeid med tolk, manglende bevissthet på organisasjonsnivå om tilpasning av informasjonen til pasientene, og ikke minst manglende kompetanse hos helsepersonell i bruk av tolk. Tiltakene helsepersonell selv foreslår, er rettet mot å øke kompetansen på alle nivåer, både på individnivå (helsearbeider og tolker) og på organisasjonsnivå (sykehus/bydelshelsetjeneste og tolketjenester).

Pasientgruppen denne undersøkelsen angår, må anses å være i risikozonen når det gjelder å motta likeverdige helsetjenester pga. kulturelle, språklige og sosioøkonomiske barrierer. Språklige barrierer som skaper kommunikasjonsproblemer har konsekvenser for alle involverte. Vi håper at denne undersøkelsen kan bidra til å skjerpe bevisstheten rundt en del relevante spørsmål i denne sammenheng. Et viktig spørsmål angår fordelingen av ansvar: Er det helsearbeiderens "skyld" når vedkommende ikke kan kommunisere med pasienten på en tilfredsstillende måte? Eller er det pasientens ansvar å beherske majoritetsspråket? ²¹ Noen vil si at språkproblemer først og fremst er pasientens problem fordi han/hun har plikt til å lære seg majoritetsspråket, og fordi konsekvensene rammer ham eller henne. Det er pasienten som risikerer å få mindre god helsehjelp. Pasienten har ut fra dette synet hovedansvaret for å gjøre noe for å overvinne språkbarrierer. Det er ingen grunn til å underslå det personlige ansvaret den enkelte har. Pasientene selv ser også ut til å tenke slik. De prøver å løse problemet ved bl.a. å ta med seg familie og venner som kan oversette i møte med tjenesteapparatet.

Selv om retten til tolk kan sies å være svakt forankret i norsk lovgivning, legger pasientrettighetsloven som trådte i kraft i 2001, ansvaret for å tilrettelegge forholdene for optimal kommunikasjon med pasienter på helsepersonell. Ifølge denne lovens § 3 har helsepersonell plikt til å tilrettelegge informasjonen slik at pasienter forstår det helsearbeideren opplyser om, uavhengig av individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Denne plikten er knyttet til pasientens rett til informasjon og medvirkning. Helsepersonell pålegges gjennom denne loven å ha et bevisst forhold til kommunikasjonens kvalitet. I tillegg til at pasientenes rettigheter ivaretas ved lovgivningen, legger den også til rette for en mer tilfredsstillende arbeidssituasjon for helsearbeidere. Når behandlerne møter språklig betingede kommunikasjonsbarrierer, vil det til syvende og sist føre til en opplevelse av ikke å få anvendt fagkunnskapen. Med god tolkebistand vil fagpersoner få gjenopprettet sin faglige kompetanse og kontroll.

Å bruke tolk kan være utfordrende. Kommunikasjon tar tid når alt må sies to ganger på forskjellige språk, og muligheten for å uttrykke seg presist og naturlig blir innskrenket. Begge tolkebrukerne har mindre kontroll over det som skjer når samtalen går gjennom en tredje person, og dette kan føles ubehagelig. Derfor bør samtaler med tolk vurderes på egne premisser og ikke sammenlignes med samtaler hvor direkte kommunikasjon er mulig, som er det ideelle (Wadensjø, 1997). Dette krever at tolkebrukeren har kunnskap om hvordan man best kan arbeide gjennom (og med) tolk, og er klar over begrensningene, men også mulighetene som ligger i det. Som en av deltagerne uttrykte det: "... En god tolk gir struktur og effektivitet i konsultasjonen – en hjelp som ofte er et pluss i forhold til å snakke med norskkyndige."

En bør være oppmerksom på at tolk ikke løser alle kommunikasjonsproblemer. Selv om helsepersonell er godt skolert i å bruke tolk, vil mye være avhengig av kvalifikasjonene til tolken, og ikke minst dynamikken i samhandlingen som

²¹ En anekdotisk illustrasjon av problemstillingen gis av Wadensjø (1997). Hun referer til en hendelse i Nord-Sverige hvor en mann med samisk bakgrunn kommer til retten i en kriminalsak. Dommeren, som var ganske erfaren og bevisst på språkproblemet, begynner med å spørre om den anklagede kan klare seg uten tolk. Den anklagede svarer "ja". Så leser aktoren hva mannen er beskyldt for, og stiller sitt første spørsmål. Den anklagede svarer kjapt, men på samisk. Dommeren sier deretter: "Du sa du ikke trengte tolk!". "Nei," sier den anklagede, "Jeg trenger ikke tolk, men gjør du?" (s. 51, min oversettelse).

foregår. Selv i samtaler hvor tolken er godt kvalifisert og begge brukerne, både helsearbeideren og pasienten, er godt trent i å bruke tolk, vil det kunne oppstå situasjoner som er utfordrende. Dessuten kan mange andre faktorer enn språklige gjøre seg gjeldende. Da tenker vi på slike faktorer som kan vanskeliggjøre kommunikasjonen, selv når deltagerne i samhandlingen snakker samme språk og tilhører den samme kulturelle kretsen. I tillegg kan kulturelle temaer, herunder både klasserelaterte og subkulturelle, gjøre seg gjeldende i helsesammenheng, slik som ulike oppfatninger av sykdom og helsehjelp. Derfor kan det være nyttig å øke kompetansen i helsevesenet med hensyn til interkulturell kommunikasjon (for eksempel majoritet/behandler- vs. minoritet/pasient-situering) og kulturell sensitivitet. Det er mulig at en stor andel av deltagerne i vår undersøkelse (over 50 %) gir uttrykk for savn av slik kompetanse når de svarer at de skulle ønske at tolken også kunne fungere som kulturformidler, både under og etter konsultasjoner.

4. ANBEFALINGER

For å oppnå de helsepolitiske målene om likeverdig helsehjelp av god kvalitet for hele befolkningen, er det viktig å ha en helhetlig tilnærming til utfordringene dette feltet presenterer. En grunnleggende forutsetning er at aktørene innenfor helsesektoren kan samhandle og samordne sin innsats. Flere tiltak ble diskutert og foreslått av helsepersonellet som deltok i fokusgruppene, i tillegg til at de fagpersonene som har vært involvert i denne studien, har gitt sine bidrag. *Ansvarliggjøring* av alle involverte ser ut til å være et nøkkelord i den sammenheng.

4.1 TILTAK PÅ OVERORDNET PLAN: FORPLIKTENDE RETNINGSLINJER OG KONTROLLRUTINER SAMT IT-BASERTE NASJONALE LØSNINGER. TEMAET "BRUK AV TOLK" BØR OGSÅ INN I PROFESJONSUTDANNINGENE

1. Det vil være en stor fordel om lowerket som setter rammene for virksomheter i helsevesenet, har en klarere profil når det gjelder retten og plikten til bruk av tolk. Plikten til å ha profesjonell språklig assistanse bør ikke begrenses bare til å gjelde situasjoner der helsepersonell vurderer det som "avgjørende", men også omfatte situasjoner der pasienter selv gir uttrykk for et slikt behov (jf. pasientrettighetsloven).
2. Helt konkret bør det vurderes å forby bruken av mindreårige barn som hjelpere i planlagte samtaler.
3. Det er viktig med kontrollrutiner. Helsetilsynet ²², pasientombudet og likestillings- og diskrimineringsombudet er aktuelle aktører som kan bidra til en mer målbevisst innsats på dette feltet.
4. Det er antageligvis en del ubrukte muligheter når det gjelder IT-baserte nasjonale løsninger. Som nevnt er telefontolking et alternativ som ikke brukes så ofte. Dette er en ressursbesparende metode og har dertil den fordelen at pasientene lettere forblir anonyme. Man kunne organisere og formalisere dette tilbudet bedre. Man kunne også vurdere andre utprøvede løsninger. Et eksempel er etablering av en nasjonalt dekkende, døgnåpen "telefontolkingsentral" som kunne tilby kvalitetstolking på kort varsel på tvers av geografiske områder og på flere språk. ²³
5. Kunnskap om bruk av tolk bør inn i studiene for medisin og psykologi under for eksempel fagområdet klinisk kommunikasjon, samt helse- og sosialfaglige studier – gjerne etter at studentene har vært utplassert i praksis.

4.2 TILTAK PÅ LEDELSESNIVÅ

4.2.1 Øverste ledelse: Bevisstgjøring og oppfølging i forhold til effektivitetsmål og organisatoriske løsninger

Som alltid vil det være nødvendig å velge en bevisst strategi når det gjelder prioriteringer som foretas med hensyn til ressursbruken. Prioriteringene har konsekvenser for kvaliteten på tjenestene og er med på å signalisere verdivalg. I et demokratisk samfunn med mål om likestilling mellom nordmenn og innvandrere må kvaliteten på helsetjenestene også vurderes ut fra hvordan disse tjenestene blir fordelt på tvers av befolknings grupper, f.eks. definert ut fra sosiokulturelle forhold som etnisitet/minoritetsposisjon og språklig bakgrunn. Hvis konsekvensen av språklige barrierer er at en gruppe brukere systematisk står i fare for å få en mindre god eller mindre tilgjengelig helsetjeneste, er dette diskriminering. Tolking anses i dette henseende som et nødvendig verktøy for likeverdige tjenester.

²² Et viktig aktør i denne sammenhengen er Helsetilsynet. Flere tilsynsrapporter i Oslo i 2006 konkluderer med avvik når det gjelder å tilpasse informasjonen til brukerne. Det fremheves bl.a. at "Brev til brukerne skrives på norsk, selv om over 50 % av brukerne har et annet språk og en annen kulturbakgrunn" og "Det finnes ikke rutiner som i tilstrekkelig grad sikrer at alle brukere som trenger tolk, får dette." (Hentet den 29.09.2006 fra http://www.helsetilsynet.no/templates/Page_83334.aspx.)

²³ Nasjonalt senter for telemedisin er allerede etablert ved Universitetssykehuset Nord-Norge, og er et landsdekkende kompetansesenter som eventuelt kunne bidra i denne sammenheng.

1. Det er behov for en erkjennelse på et overordnet nivå av at tolk er et nødvendig virkemiddel som kan hjelpe helsepersonell å minimere ulempene ved å ikke kunne kommunisere med pasienter direkte på et felles språk. Helseinstitusjoner har et formelt ansvar for å tilrettelegge sine rutiner slik at gjeldende lover – pasientrettighetsloven, helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og forvaltningsloven – og deres intensjoner og krav kan oppfylles.
2. Vår undersøkelse avdekker underforbruk av tolk. Mer bruk av tolk vil innebære økte utgifter for helseinstitusjonene. Deltagerne i undersøkelsen etterlyser realistiske budsjetter som er øremerket bruk av tolk. Man erfarer at avdelinger med dårlig økonomi prioriterer bort tolkeutgiftene. Å begrunne dette underforbruket med kortsiktig kostnadsminimerende tenkning kan virke uklokt når man tenker over de negative konsekvensene ved å ikke ha god nok/tilfredsstillende kommunikasjon.
3. Det er behov for en tilpasning av effektivitetsmålene ved helseinstitusjoner. Jo flere pasienter som trenger tolk, jo færre konsultasjoner per tidsenhet på kort sikt. En bør kanskje revurdere den forståelsen av effektivitet som er basert på kortsiktige mål. Hvis en for eksempel tar den tiden som er nødvendig for å bestille tolk og tilrettelegge for samarbeid med tolken osv., vil en kunne spare mye tid senere ved å unngå flere oppklarende konsultasjoner. I lys av dette perspektivet vil bruken av mer tid i begynnelsen kunne vise seg å være en god investering senere. Med andre ord kan manglende eller mangelfull kommunikasjon i konsultasjoner vise seg å være lite kostnadseffektivt på lengre sikt, og i verste fall helsefarlig for pasienten det gjelder.
4. Det er behov for forpliktende prosedyrer og retningslinjer fra ledelsen for bruk av tolk. Som en uttrykte det: "Det er mye velvilje tror jeg, men det blir liksom ingenting av det så lenge det ikke er noen forpliktende retningslinjer som sier at man må forholde seg til dette." Uten et slikt initiativ kan bevisstgjøring i verste fall virke mot sin hensikt hvis kunnskapen knyttes til forestillinger om at enkelte pasientgrupper er ekstra kostnads- og tidkrevende.
5. Det er viktig at helseinstitusjoner finner egnede organisatoriske løsninger når det gjelder tilgang til kvalifiserte tolketjenester. Institusjonen kan for eksempel ansatte en person som har ansvar for tolketjenester, og som kan koordinere behovet og tilgangen. Samme person(er) kunne ha ansvar for opplæring av alle ansatte i å bruke tolk. Det er gjort gode erfaringer med å integrere et slikt opplegg i opplæringen av nyansatte ved et sykehus, som også kommer godt ut når det gjelder hvor fornøyde de ansatte er med opplæringen de får på arbeidsplassen. Et annet forslag som helsepersonellet drøftet i fokusgruppene, går ut på å ansette egne tolker ved sykehuset akkurat på samme måte som fysioterapeuter, ernæringsfysiologer og lignende.

4.2.2 Ledelse på mellomnivå: Opplæring, informasjon og generelt bedre rutiner

1. Sørge for regelmessige opplæringstilbud til alle ansatte om tolkebruk. Opplæring av nye ansatte i å bruke tolk bør være en rutine. Samtidig er det viktig at arbeidsgiveren tar initiativ til å sette dette temaet på dagsorden på hver enkelt arbeidsplass, bl.a. for å skape en felles forståelse av når man skal bruke tolk. Muligheter for veiledning og diskusjoner på arbeidsplassene etterlyses av de ansatte – ikke bare fordi denne arbeidsformen er nødvendig – men også for å gjøre det faglig interessant. Her foreligger det muligheter til å gi tolke temaet et faglig løft, noe som i seg selv kan virke interessefremmende og dermed motiverende med tanke på kvalitetssikringsarbeidet.
2. Helsepersonell etterlyser mer synlig og lett tilgjengelig informasjon om når tolken er nødvendig, hvordan den skaffes og hvordan den brukes.
3. Klare og enkle rutiner som sikrer bestilling av kvalifiserte tolker, ved for eksempel å bruke tolkeportalen.

4. Klare rutiner for å håndtere rutinesvikt eller dårlig kvalitet på tjenester, for eksempel når og hvor man skal gi tilbakemelding når tolker opptrer uetisk.
5. Behov for tolk og nøyaktig angivelse av språk må påføres ved videre henvisninger og epikriser på alle nivåer i helsevesenet.

4.3 TILTAK PÅ HELSEPERSONELLNIVÅ: BEVISSTGJØRING AV SELVSTENDIG ANSVAR OG PROFESJONSETISKE PROBLEMSTILLINGER

1. Helsepersonell har et selvstendig faglig ansvar for å påse at pasienters rett til informasjon, medvirking og informert samtykke (jf. pasientrettighetsloven) ivaretas. Undersøkelsen tyder på et betydelig behov for å bevisstgjøre helsepersonell om dette ansvaret.
2. Det er viktig å bevisstgjøre helsepersonell om at de har et selvstendig ansvar for å kvalitetssikre jobben sin (jf. lov om helsepersonell). Det er viktig å dokumentere at pasienten har fått den informasjonen han/hun har krav på, på en forsvarlig måte. I de tilfeller hvor språklige barrierer eksisterer, men man ikke bruker tolk, bør begrunnelsen journalføres.
3. Det er viktig at helsepersonell selv tar ansvar for å tilegne seg kunnskap om hvordan man bruker tolk (for eksempel bruke korte setninger, snakke i 1. person, henvende seg til pasienten osv.), hvordan man best samarbeider med tolken og hva tolkens rolle/ansvarsområde er.
4. Det er viktig å arbeide med profesjonsetiske problemstillinger slik at helsepersonell ikke blander sine egne ideologiske/politiske synspunkter med sin yrkesutførelse og profesjonalitet. Som en uttrykte det: "Skal min faglige praksis utstråle det jeg synes om innvandringspolitikken?" "... mange sier for eksempel: men hun har bodd her i så mange år at hun burde kunne språket nå." Holdningsarbeid innebærer også å avlive myter med kunnskap (for eksempel at alle kvinner bare vil ha kvinnelige tolker).

4.4 TILTAK PÅ TOLKENIVÅ: FLERE OG BEDRE KVALIFISERTE TOLKER I HELSEVESENET

1. Først og fremst ser det ut til å være et stort behov for flere og bedre kvalifiserte tolker. Dette ville øke tilgjengeligheten til slike tjenester.
2. Styrking av kompetansen hos tolker, spesielt når det gjelder tolking innen helsetjenesten, er viktig. Tolk er ikke en beskyttet yrkestittel i Norge, og hvem som helst kan kalle seg tolk. Kvalitetssikring av tolker er en stor utfordring og vil kreve flere tiltak, blant annet økt profesjonalisering gjennom bl.a. godkjente utdanningssystemer, autorisasjonsordninger og muligheter for faglig utvikling og gode lønnsvilkår. En positiv utvikling er planleggingen av en permanent tolkeutdanning på HIO fra høsten 2007.
3. Veiledningsgrupper ved alle kommunale og private tolketjenester for å sikre profesjonalitet og hindre utbrenthet hos tolker.
4. Differensiering av lønn etter kvalifikasjoner, slik at det lønner seg å utdanne/kvalifisere seg slik som i andre yrkesgrupper.

4.5 TILTAK PÅ PASIENTNIVÅ: BEVISSTGJØRING OG INFORMASJON OM TOLKEBRUK

1. Det er behov for å øke kunnskapsnivået også hos den andre tolkebrukeren, nemlig pasienten. Dette kan gjøres gjennom informasjonsarbeid, f.eks. brosjyrer på flere språk med informasjon om tolkens rolle/oppgave, retten til å få tolk og tolkereglene, slik at pasienter vet hva de kan forvente og ikke forvente av en tolk. Brosjyren kan referere til lovverket og vise til at fagpersoner kan være pålagt å bruke tolk, og eventuelt også fortelle hvor man kan henvende seg ved eventuelle klager.

5. REFERANSER

- Aambø, A. (2004). Bruk av tolker og naturlige hjelpere i helsetjenesten – erfaringer og utfordringer. I Ahlberg, N, Aambø, A. & Gihle, I. (red.), *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter* (s.102-111). NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 1/2005.
- Andenæs, K., Gotaas, N., Nilsen, A.B., & Papendorf, K. (2000). *Kommunikasjon og rettssikkerhet*. Oslo: Unipub forlag.
- Andersen, M. (1997). Dødbringende tolkefejl. *Ugeskrift for Læger* 159(11), 1636-1639.
- Anderson, R., & Bruce W. (1976). Perspectives on the role of interpreter. I R.W. Brislin (red.), *Translation: Applications and Research* (s. 208-228). New York: Gardner.
- Angelelli, V.C. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ammertorp, J., Mainz, J., & Sabroe, S. (2006). Kommunikation i sundhedsvæsenet – med fokus på den patientoplevede kvalitet hos voksne og børn/unge. *Ugeskrift for Læger* 168(40), 3437–3442.
- Apeland, A.E. (2002). Noen betraktninger om etikk i sin alminnelighet – og tolkens etikk i særdeleshet. Fra: *Internettbasert forberedelseskurs til autorisasjonsprøve i tolking*. Institutt for lingvistiske fag. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Baker, D., Parker, R., Williams, M.V., Coates, W.C., & Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA* 275(10), 783–788.
- Beltran-Avery, M. (2001). *The role of the health care interpreter. An evolving dialog*. NCIHC: Working Papers Series.
- Bischoff, A., Bovier, P., Isah, R., Fran, G., Ariel, E., & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine* 57(3), 503–512.
- Bot, H. (2003). The myth of the uninvolved interpreter interpreting in mental health and the development of a three-person psychology. I L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin, & H. Clarke (red.), *The Critical Link* 3 (s. 27–35). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Chesher, T., Slatyer, H., Doubine, V., Jaric, L., & Lazzari, R. (2003). Community-based interpreting. The interpreters' perspective. I L. Brunette, G. Bastin, I. Hemlin, & H. Clarke (red.), *The Critical Link* 3 (s. 273–292). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Dahl, C.I., & Pettersen, Z. (1997). Det tapte språk – tolking i psykososialt og psykoterapeutisk arbeid med flyktinger. I N. Sveaass, & E. Hauff (red.), *Flukt og fremtid: Psykososialt arbeid og terapi med flyktinger* (s. 242–254). Oslo: Gyldendal.
- Dawood, R. (2004). *Flerkulturell sykepleie og små oversettere*. Individuell ferdypningsoppgave i sykepleie. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Dubslaff, F., & Martinsen, B. (2001). *Community interpreting in Denmark: Result of a survey*. Upublisert rapport.
- Djuve, A.B., & Pettersen, H.C. (1998). *Syk og misforstått? En kartlegging av erfaringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål Sykehus*. FAFO-notat 1998:12.
- Dyhr, L. (1996). *Det almene i det annerledes*. København: Central Forskningsenhet for Almen Praksis.
- Dyregrov, K. (1997). Interkulturell kommunikasjon i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 117, 2444–2446.
- Essen, B. (2001). *Perinatal morality among immigrants from Africa's Horn. The importance of experience, rationality, and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth*. Akademisk avhandling, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, Malmö.
- Frederics, C. (1996). *Using non-professional interpreters in a multiethnic primary care clinic*. Universty of Malaya, Malaysia. Lokalisert 24.01.2005 på Internett: <http://www.criticallink.org/journalsc12/10.htm>.
- Frøil, J. (2004). *Presentasjon av tolkefeltet: Praksis- og forskningsfelt*. Støtteark til forelesningsrekke på TRANS 1100 ved Institutt for lingvistiske og nordiske studier. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Galal, I.P., & Galal, E. (2002). *Talking i sosialpsykiatrien*. København: Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. *Journal of Advanced Nursing* 33(5), 566–574.
- Gulløy, E., Blom, S., & Ritland, A.A. (1997). *Levekår blant innvandrere 1996*. Notater / SSB; 97/6.
- Hansteen, I.L. (2005). Etnisitet og psykisk helse. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 2(3), 238–251.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2005). Foreløpige resultater som ble lagt frem på IMDIs konferanse om "Talking i helsevesenet" 18. november 2005, Oslo.
- Jacobs, E., Shepard, D., Suaya, J., & Stone, E. (2004). Overcoming language barriers in health care: Costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health* 94(5), 866–869.
- Jareg, K., & Pettersen, Z. (2000). Talking i psykiatrisk og psykologisk behandling. *Linjer* 2, 8-10.
- Jareg, K., & Pettersen, Z. (2006). *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*. Bergen/Oslo: Fagbokforlaget/NAKMI.
- Jensen, T.Ø., Petter, B.L., & Froestad, J. (1992). *Pasienterfaringer med helsevesenet. En oppsummering av ti års forskning om forholdet mellom helsevesenet og brukerne*. Notat 57. Bergen: Senter for samfunnsforskning.
- Jeppesen, E.Z., & Tamer, F. (1988). Tyrkiske indvandrerkvinders erfaringer og holdning i forbindelse med fødsel i Danmark. *Ugeskrift for Læger* 4(150), 1668–1671.
- Karlsen, W.B., & Haabeth, A.L. (1998). Telefontolk. Et godt alternativ til tradisjonell tolkebruk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2(118), 253–254.
- Kazzi, B., & Cooper, C. (2003). Barriers to the use of interpreters in emergency room pediatric consultations. *J Pediatr Child Health* 39(4), 259–263.
- Kristiansen, M., & Nielsen, A.M. (2004). *Komplekse møder. Hospitalspersonalets oplevelser af mødet med etniske minoritetspatienter på en*

- børneafdeling. Oppgave levert til Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Korbøl, A. (2004). *Linkarbeid i Oslo: En begynnende oversikt*. NAKMI Småskrifter 2/2004.
- Kuo, D., & Fagan, M.J. (1999). Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *J Gen Intern Med* 14, 547–550.
- Kvalsnes, T. (2005). Utvikling av tolkerollen. I Ahlberg, N., Aambø, A., & Gihle, I. (red.) *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter*. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 1/2005 (s. 95–101). Oslo: NAKMI.
- Lov 1967-02-10 nr. 00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningsaker (forvaltningsloven).
- Lov 1999-07-02 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
- Lov 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
- Lov 1999-07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).
- Magelssen, R. (1999). *Veien blir til mens vi går*. Rapport fra Seksjon for internasjonal helse, Senter for forebyggende medisin, Medisinsk divisjon, Ullevål sykehus.
- Mesa, A.M. (2000). The cultural interpreter: An appreciated professional. I P.R. Roberts, S.E. Carr, D. Abraham, & A. Dufour (red.), *The Critical Link 2: Interpreters in the community* (s. 67-79). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Meyer, B. (1998). *Interpreter-mediated doctor-patient communication: The performance of non-trained community interpreters*. Foredrag. Second international conference on interpreting in legal, health, and social service settings, Vancouver, Canada, 19-23. mai 1998. Lokalisert 08.09.2005 på Internett: http://www.criticallink.org/English/criticallink2_papers.htm
- Mikkelsen, H. (1996). Community interpreting. An emerging profession. *Interpreting. International journal of research and practice in interpreting* 1(1), 125–129.
- Morales, L.S., Cunningham, W.E., Brown, J.A., Honghu, L., & Hays, R.D. (1999). Are Latinos less satisfied with communication by health care providers? *J Gen Intern Med* 14, 407–409.
- Ngo-Metzger, Q., Massagli, M.P., Clarridge, B.R., Manocchia, M., Davis, R., Iezzoni, L.I., & Philips, R.S. (2003). Linguistic and cultural barriers to care. *J Gen Intern Med* 18(1), 44–52.
- Nilsen, A.B. (2000). Lik mulighet for å forstå og bli forstått? I K. Andenæs, N. Gotaas, A.B. Nilsen, & K. Papendorf (red.), *Kommunikasjon og rettsikkerhet* (s. 37–79). Oslo: Unipub forlag.
- Nødgaard, H., & Nielsen, I. (1998). Børn af etniske mindretal på sygehus i Århus. *Ugeskrift for Læger* 160(19), 2867–2871.
- O'Leary, S.B., Federico, S., & Hampers, L. (2003). The truth about language barriers: One residency program's experience. *Pediatrics* 111(5), 569–573.
- Olsen, B. (1998). Flyktning- og innvandrerbarn i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 23(118), 3585–3588.
- Pöschhacker, F. (2000). The community interpreter's task: Self-perception and provider views. I R.P. Roberts, S.E. Carr, D. Abraham, & A. Dufour (red.), *The Critical Link 2: Interpreters in the Community* (s. 49–66). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Rhodes, P., & Nocon, A. (2003). A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford. *Health & social care in the community* 1(1), 45–60.
- Røkenes, H. (1992). Når terapeuten trenger tolk – hva trenger tolken? Tolkenes rolle og reaksjoner ved tolking i psykologisk behandling. *Linjer* 2, 3-7.
- Saastad, E. (2006). *Sub-optimal care in stillbirths – a retrospective audit*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.
- Skaaden, H. (2001). Etikk og epiteter på tolkefeltet. I Golden, A., & Uri, H. (red.), *Andrespråk, tospråklighet, norsk: Festskrift til Anne Hvenekilde* (s. 164-179). Oslo: Unipub forlag.
- Senter mot etnisk diskriminering, (2004). "Språklig tilrettelegging av helseinformasjon". Internt notat basert på en begrenset undersøkelse gjennomført av SMED, upublisert.
- Sørensen, E. (1989). Innvandrerbarn i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 13(109), 1377–1380.
- Sørheim, T.A. (2000). *Innbyggere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tomassini, E. (2002). *A survey on the role of community interpreters conducted in the region of Emilia Romagna, Italy* i Traducción en los Servicios Públicos: Nuevas Necesidades para Nuevas Realidades/Community Interpreting and Translating: New needs for New Realities (CD), Universita di Alcalá de Henares, España. A cura di Carmen Valero Garcés e G. Mancho Bares (s. 195–199).
- UDI (2000). *Tolkevirksomhet i offentlig sektor. En statusrapport*. Oslo: UDI.
- UDI (2003). *Kommunikasjon via tolk. Temahefte II*. Oslo: UDI.
- Vasquez, C., & Javier, R.A. (1991). The problem with interpreters: Communicating with Spanish-speaking patients. *Hospital and community psychiatry* 42(2), 163–165.
- Wadensjø, C. (1997). Recycled information as a questioning strategy. Pitfalls in interpreter-mediated talk. I S. Carr, R. Roberts, A. Dufour, & D. Steny (red.), *The Critical Link: Interpreters in the Community* (s. 35–52). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Wadensjø, C. (1998). *Interpreting as Interaction*. London and New York: Addison Wesley Longman.
- Woloshin, S., Bickell, N.A., Schwartz, L.M., Gany, F., & Welch, G. (1995). Language barriers in medicine in the United States. *JAMA* 273(9), 724–728.
- Woloshin, S., Schwartz, L.M., Katz, S.J., & Welch, H.G. (1997). Is language a barrier to the use of preventive services? *J Gen Intern Med* 12, 472–477.

APPENDIKS

(Spørreskjema)**Til ansatte i helsevesenet****SPØRREUNDERSØKELSE OM BRUK AV TOLK I HELSEVESENET I OSLO****Målet med undersøkelsen:**

Dette er en undersøkelse som har som mål å dokumentere og analysere erfaringer i det offentlige helsevesenet når helsepersonell trenger tolk i kontakt med pasienter som har begrensede norskkunnskaper. Dette er et område der det er viktig å øke kunnskapsomfanget gjennom systematisk kartlegging. Målet på sikt er å kunne bidra til en utvikling i feltet som kan gi økt tilfredshet for alle involverte.

Hvem er vi?

Undersøkelsen finansieres og gjennomføres av NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse). NAKMI er en statlig enhet initiert av Helsedepartementet, etablert i juni 2003 for å drive forskning og utviklingsarbeid vedrørende innvandreres og flyktningers helse og omsorg, både psykisk og somatisk. I denne undersøkelsen samarbeider vi med fagmiljøer ved Universitetet i Bologna i Italia som har gjennomført en lignende studie om bruk av tolk bl.a. i helsevesenet.

Utvalg:

Vi ønsker å nå alle helsearbeidere (leger, psykologer, sykepleiere, sosionomer, fysioterapeuter og jordmødre) på utvalgte avdelinger på sykehusene. Undersøkelsen gjennomføres på Aker universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Ullevål universitetssykehus HF. I tillegg er fastleger i bydel Alna, Gamle Oslo og Søndre Nordstrand invitert til å delta i undersøkelsen.

Spørreskjema:

Spørreskjemaet består av 36 spørsmål som er gruppert under tre deler. Spørsmålene er formulert slik at det skal være enkelt å svare og ikke skal ta for mye tid i en hektisk arbeidsdag. På de aller fleste spørsmål kan du velge svaret som passer best for deg ved å sette et kryss. Ved de øvrige spørsmål er skåringsprosedyre spesielt beskrevet i overskriften.

Svarfrist:

Det utfylte spørreskjema returneres til NAKMI i vedlagte svarkonvolutt innen to uker fra du mottar skjemaet.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. De som svarer på skjemaet er sikret full anonymitet og vi garanterer at besvarelsene behandles fortrolig. Vi oppfordrer så mange som mulig til å delta i undersøkelsen. Dette er viktig for at vi skal ha tillit til resultatene.

Hvis du lurer på hvordan ett eller flere spørsmål kan besvares kan du kontakte oss, gjerne pr. e-post; emine.kale@nakmi.no eller på telefon 23 01 60 65.

Takk for at du tar deg tid til å svare på spørsmålene!

Emine Kale
Psykologspesialist/Prosjektansvarlig
Tlf.: 23 01 60 65
emine.kale@nakmi.no

– sign –
Hammad Raza Syed
Lege/ prosjektmedarbeider
Tlf.: 23 01 60 63
hammad@nakmi.no

Professor Nora Ahlberg
Professor/forskningsdirektør v/NAKMI

SPØRREUNDERSØKELSE OM BRUK AV TOLK

Deltagers arbeidssted:

- Aker universitetssykehus
 Lovisenberg Diakonale Sykehus
 Ullevål universitetssykehus
 Bydelshelsetjenesten

Hvis du er ansatt i bydelshelsetjenesten, angi bydel:

- Alna Gamle Oslo Søndre Nordstrand

Avdeling/divisjon:

- Medisinsk Poliklinisk
 Kirurgisk Døgn
 Føde
 Gynek.
 Psykiatrisk
 Annet: _____

Profesjon:

- Lege Sykepleier Psykiater Sosionom
 Psykolog Fysioterapeut Annet: _____

Arbeidserfaring:

- 1–5 år 5–10 år 10–20 år over 20 år

DEL 1: GENERELL INFORMASJON

1. Hvor ofte bruker du tolketjenester?

- Hver dag Flere ganger i uka Noen ganger i måneden Noen ganger i året
 Svært sjelden eller aldri Har ikke vært aktuelt

2. Hvilken tolketjeneste bruker du/din institusjon oftest?

- Kommunal tolketjeneste Private tolketjenester Vet ikke
 Annet, spesifiser: _____

3. Hvordan avgjøres det om en ny pasient har behov for tolk? (Her skal du gi maks 3 svar, gradert på følgende måte: 1=som oftest, 2=noen ganger, 3=en sjelden gang)

- Jeg/vi tar avgjørelsen ut fra bakgrunnsopplysninger i henvisningen
- Jeg/vi forventer at pasienten selv gir beskjed hvis det er behov for tolk
- Dersom henvisende instans nevner behovet bestiller jeg/vi tolk
- Jeg tar oftest første samtalen uten tolk og ser an hvordan det fungerer
- Annet, spesifiser: _____

4. Foretrekker du å arbeide uten tolk når pasienten snakker "litt" norsk?

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- Sjelden
- Aldri

5. Hvor ofte oppstår det situasjoner hvor du ikke bruker tolk, selv om pasientens norskkunnskaper er mangelfulle? (F.eks. slik at du er usikker på om pasienten forstår spørsmålene dine, spørsmål må gjentas flere ganger, du har problemer med å forstå det pasienten sier, pasienten forklarer seg ikke adekvat på norsk, etc.)

- Alltid
- Ofte
- Noen ganger
- Sjelden
- Aldri

6. Når du ikke bruker tolk i situasjoner som beskrevet i forrige spørsmål, hva er den vanligste årsaken til dette? (Her skal du gi maks. 3 sva, gradert på følgende måte: 1= som oftest, 2= noen ganger, 3= en sjelden gang)

- Tidskrevende og upraktisk
- Dårlig tilgjengelighet på tolketjenester
- Dårlig tilgjengelighet på gode tolker
- Økonomiske hensyn
- Prinsipielle grunner (f.eks. pasientene bør lære seg norsk)
- Pasienten vil ikke ha tolk
- Annet, spesifiser: _____

7. Dersom pasienten ikke vil ha tolk, hva gjør du da? (Her skal du gi maks. 3 svar, gradert på følgende måte: 1= som oftest, 2= noen ganger, 3= en sjelden gang)

- Har ikke vært aktuelt
- Jeg nekter å snakke med pasienten uten tolk
- Jeg prøver å kommunisere så godt som mulig uten tolk
- Jeg bruker familie/venner av pasienten
- Annet, spesifiser: _____

8. Hvor ofte kommuniserer du med pasienten gjennom familiemedlem(mer)/venner?

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

9. Hvor ofte kommuniserer du med pasienten gjennom en annen ressursperson (*uformelle hjelpere fra pasientens eget miljø*)?

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

DEL 2: FORM OG INNHOLD I TOLKESAMARBEIDET

1. Hvor stor vekt vil du legge på følgende kvaliteter hos en tolk?

1= Ikke viktig / 2= Ganske viktig / 3= Svært viktig

	1	2	3
1. Gode rutiner for å informere brukere om sin taushetsplikt, sin rolle og arbeidsmetode			
2. Respekt for pasienten			
3. Evne til å opptre upartisk (nøytralitet)			
4. Evne til å uttrykke seg klart			
5. Evne til å oppsummere det viktigste av det som blir sagt			
6. Nøyaktig oversetting av meningen i det som blir sagt med flest mulig nyanser intakt			
7. Kjennskap til helsevesenet og dets rutiner			
8. Kjennskap til medisinsk-/psykologisk faglig terminologi			
9. Annet, spesifiser:			

2. Etter din mening, hvor viktig er det at tolken har følgende faktorer felles med pasienten?

1= Ikke viktig / 2= Ganske viktig / 3= Svært viktig

	1	2	3
1. Kjønn			
2. Etnisk gruppe			
3. Religion			
4. Annet , spesifiser:			

3. Gir du eller den som bestiller tolken informasjon til tolken om:

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Språk | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| Nøyaktig adresse og behandlerens navn | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| Klientens alder/kjønn | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| Oppdragets varighet | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| Antall tilstede i konsultasjonen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| Problemstilling | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Vet ikke |

4. Tror du det er viktig å ha forberedende møte/ettermøte med tolken?

- Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

5. Hvis du har møte med tolken (før eller etter konsultasjonen), hva blir hyppigst tatt opp?
(Her skal du gi maks. 3 svar, gradert på følgende måte: 1= som oftest, 2= noen ganger, 3= en sjelden gang)

- Har ikke hatt slike møter
- Kulturelle aspekter som kan påvirke kommunikasjonen
- Kulturelle aspekter som kan påvirke pasientens helse
- Fagterminologi som brukes i dette tilfellet
- Tolkeadministrative spørsmål
- Tolkemetoder og tolkens arbeidsvilkår i samtalsituasjonen
- Tolkens følelsesmessige reaksjoner som har oppstått i konsultasjonen
- Annet, spesifiser: _____
- _____

6. Bør tolken oversette ord for ord alt som sies i konsultasjonen?

- Ja, både mine ord og pasientens ord
- Ja, for pasientens del, mens jeg bestemmer hva hun/han skal oversette av mine egne ord
- Nei, jeg ønsker et sammendrag av hva pasienten sier

7. Hva gjør du når du i en nødsituasjon må snakke med en pasient som ikke kan norsk, og du ikke har en tolk tilgjengelig? (Her skal du gi maks. 3 svar, gradert på følgende måte: 1= som oftest, 2= noen ganger, 3= en sjelden gang)

- Har ikke vært aktuelt
 - Jeg prøver å kommunisere med pasienten så godt jeg kan uten tolk
 - Jeg bruker familiemedlemmer eller bekjente
 - Prøver å få tak i en ansatt i min institusjon som kan pasientens språk
 - Annet, spesifiser: _____
-

8. Har du noen gang en følelse av at kommunikasjonen med pasienten blir forringet på grunn av språklige eller kulturelle misforståelser som skyldes tolken?

- Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

9. Hva gjør du i en slik situasjon som beskrevet i forrige spørsmål?

- Jeg fortsetter likevel og gjør mitt beste for å overkomme vanskeligheter
 - Jeg avbryter konsultasjonen
 - Jeg ber om en annen tolk
 - Annet, spesifiser: _____
-

10. I løpet av en konsultasjon, har det noen gang hendt deg at pasienten trakk tolkens ferdigheter i tvil?

- Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

11. Hva gjør du i en slik situasjon som beskrevet i forrige spørsmål?

- Jeg fortsetter likevel og gjør mitt beste for å overkomme vanskeligheter
 - Jeg avbryter konsultasjonen
 - Jeg ber om en annen tolk
 - Annet, spesifiser: _____
-

12 a. Skulle du ønske at tolken kunne ha en større rolle i konsultasjonen som ”kulturformidler”? (F.eks. at tolken informerer behandler om kulturfaktorer som kan ha relevans for konsultasjonen generelt og/eller for kommunikasjonen mellom behandler og pasient.)

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

12 b. Skulle du ønske at tolken også kunne snakke med pasienten etter konsultasjonen for å forklare det som behandler har sagt og/eller gi informasjon til pasienten om det norske tjenestetilbudet?

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

13. Tror du at det i visse situasjoner kan være mer nyttig å bruke en ressursperson fra pasientens miljø i stedet for en tolk?

Ja Nei Kanskje Vet ikke

Hvis ja, spesifiser i hvilke situasjoner: _____

14a. I Norge er tolker underlagt taushetsplikt. Blir dette sagt direkte til pasienten i konsultasjonen?

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

14b. Hvem er det som vanligvis informerer pasienten om tolkens taushetsplikt i konsultasjonen?

Tolken pleier å informere pasienten

Jeg pleier å informere pasienten

Noen ganger tolken og noen ganger jeg, det varierer

Annet, spesifiser: _____

15. Synes du at tolken bør fortelle deg alt han/hun vet om pasienten selv om pasienten ikke samtykker til det?

Ja Nei Kun hvis situasjonen er livstruende Vet ikke

16. Hvis tolken forstår at pasienten lyver om viktige temaer, hvordan synes du at han/hun bør gjøre?

- Han/hun bør fortelle meg det
- Han/hun bør ikke fortelle meg det
- Han/hun bør fortelle meg det hvis pasientens liv er i fare
- Vet ikke
- Annet, spesifiser: _____
-

DEL 3: FORSLAG TIL KOMPETANSEHEVING

1. Opplever du at det er behov for kvalitetssikring/kompetanseheving hos tolker?

- I høyeste grad Til en viss grad Kanskje Nei Vet ikke

2. Hvis ja, hvilke områder mener du er viktigst når det gjelder tolker du samarbeider med?
(Her skal du gi maks. 3 svar, gradert på følgende måte: 1=svært viktig, 2=ganske viktig, 3=viktig)

- Grunnleggende prinsipper for tolkearbeid
- Byråkratisk/administrativ kompetanse og rutiner
- Yrkesetikk for tolker
- Tverrkulturell kommunikasjon
- Tolketeknikker (simultan, konsekutiv, notatskriving, etc.)
- Helsefaglig fagterminologi

3. Tror du det er viktig for tolkene å få veiledning/debriefing av erfarne helsearbeidere etter at de har tolket i vanskelige saker?

- I høyeste grad Til en viss grad Kanskje Nei Vet ikke

4. Hvor fornøyd er du med tolketjenester som benyttes på arbeidsplassen din?

- Svært fornøyd Ganske fornøyd Både og Ikke fornøyd i det hele tatt

5. Er du tilfreds med din egen måte å arbeide med tolk på?

- Svært fornøyd Ganske fornøyd Både og Ikke fornøyd i det hele tatt

6. Hvis du ikke er fornøyd med din måte å arbeide med tolk på, hva mener du at du trenger for å bli en bedre tolkebruger? (Her skal du gi maks. 3 svar, gradert på følgende måte: 1=svært viktig, 2=ganske viktig, 3=viktig)

- Mer opplæring i å føre samtale via tolk
- Mer kunnskap om tolkens arbeidsmåte og rolle
- Mer kunnskap om tverrkulturell kommunikasjon
- Å ha mulighet til å diskutere/få feedback på mitt arbeid med tolk
- Annet, spesifiser: _____

7a. Er du tilfreds med de mulighetene din institusjon gir for å øke din kompetanse når det gjelder bruk av tolk i arbeidet ditt?

- Svært fornøyd Ganske fornøyd Både og Ikke fornøyd i det hele tatt

7b. Hva kunne du ønske din institusjon/arbeidsgiver gjorde for å øke kompetansen din? (Her skal du gi maks. 3 svar, gradert på følgende måte: 1=svært viktig, 2=ganske viktig, 3=viktig)

- Kurs om tolkebruk til de ansatte
- Gi mulighet til å ha veiledning/tilbakemelding i bruk av tolk
- Skriftlig materiale/brosjyre om tolkebruk
- Ta initiativ til mer diskusjon og fokus på tolkebruk i mitt fagmiljø
- Annet, spesifiser: _____

8. Er det noe du vil tilføye som ikke var dekket av disse spørsmålene?

Mange takk for ditt viktige bidrag!

Svarskjema returneres til NAKMI i vedlagte konvolutt innen to uker fra du mottar skjemaet.

VIL DU VÆRE MED PÅ EN FOKUSGRUPPE?

Vi ønsker å intervju noen få utvalgte personer som har vært med på spørreundersøkelsen, for å kunne gi anledning til å utdype deres erfaringer og synspunkter. Dette vil hjelpe oss å få bedre tak i nyansene i erfaringene og dermed bidra til å danne et mer korrekt bilde av feltet. Dette ønsker vi å gjennomføre i løpet av oktober–november 2004. Her vil også naturligvis anonymitetsprinsippet gjelde. Hvis du er interessert i å være med på dette vennligst gi beskjed til oss på telefon: 23 01 60 65 / 23 01 60 60 eller via e-post emine.kale@nakmi.no

Takk på forhånd!

YRKESETISKE REGLER FOR TOLKER

En fullstendig versjon av yrkesetiske regler for tolker ble utarbeidet i 1997 av representanter fra Kommunal- og arbeidsdepartementet (det daværende KAD), Norsk tolkeforbund, Universitetet i Oslo og Utlendingsdirektoratet. Disse reglene gjelder derfor først og fremst for tolker som utfører sin virksomhet på grunnlag av en statsautorisasjon. Bestemmelsene ansees likevel å være retningsgivende for alle som påtar seg tolkeoppdrag, uansett om oppdragsgiveren er en offentlig myndighet, næringslivet eller en privatperson. Den fullstendige versjonen kan hentes fra <http://www.tolkeportalen.no/default.aspx?channellD=1039&DocumentID=10512>.

En kortere versjon av de yrkesetiske reglene for tolker fra Norsk tolkeforening (<http://www.tolkeforeningen.no/tolkeetikk.htm>) gjengis her:

1. **Kvalifikasjoner og forberedelser:** Tolken skal ikke påta seg oppdrag uten å ha de nødvendige kvalifikasjoner. Tolken skal forberede seg nøye til sine oppdrag.
2. **Inhabilitet:** Tolken skal ikke påta seg oppdrag hvor han/hun er inhabil.
3. **Tolke alt:** Tolken skal tolke innholdet i alt som sies, intet fortie, intet tillegge, intet endre. En god tolk tolker i 1. person og svarer ikke på henvendelser, men tolker dem.
4. **Taushetsplikt:** Tolken har taushetsplikt.
5. **Integritet:** Tolken må ikke i vinnings eller annen hensikt misbruke informasjon som han/hun har fått kjennskap til gjennom tolking.
6. **Tolkens oppgave:** Tolken skal ikke utføre andre oppgaver enn å tolke under tolkeoppdraget. Tolken skal f.eks. ikke samtidig være kulturkonsulent eller administrere samtalen.
7. **Forsvarlig tolking:** Tolken skal si fra når tolking ikke kan skje på en forsvarlig måte.
8. **Skriftlige oversettelser:** Tolking og oversettelse er to forskjellige yrker. Kompetansen er ikke overlappende, selv om mange tolker også driver med oversettelse, og mange oversettere driver med tolking. En formell kompetanse eller statsautorisasjon på det ene feltet gir ingen tilsvarende rettigheter på det andre feltet.

REGLER FOR TOLKING I PSYKISK HELSEVERN

(Hentet fra en brosjyre utarbeidet ved Psykososialt senter for flyktninger, Universitet i Oslo 3/2001)

Hva forventes av tolken?

- Tolken bør underskrive taushetserklæring på stedet der tolking foregår.
- Mobiltelefon skal være avslått.
- Tolken skal gi informasjon om tolkereglene i første samtale.
- Oversettelsen skal være i "jeg-form".
- Tolken eller tolketjenesten bør informere om tolken kan tolke over tid.
- Tolken skal kun oversette det som blir sagt.
- Tolken skal oversette alt som blir sagt.
- Tolken skal ikke formulere egne spørsmål, oppklare misforståelser eller gå inn i dialog på egne vegne.
- Alle notater som tolken tar under samtalen, skal makuleres i pasientens påsyn.
- Tolken skal være en fagperson og ikke en hjelpende hånd.
- Tolken skal ikke hente eller kjøre pasienten eller formidle beskjeder.
- Det er ønskelig at tolken ikke har kontakt med pasienten på fritiden.
- Tolken bør ikke gjøre egne avtaler med pasienten.

Hva forventes av behandler/terapeut?

- Bruk profesjonelle tolker, ikke familiemedlemmer og venner av pasienten.
- Oppgi brukernummer når du ringer til tolketjenesten.
- Bestill riktig språk.
- Oppgi nøyaktig navn og adresse og telefonnummer til behandler.
- Oppgi hvor mange som skal være til stede, og fagområdet (psykiatri) det skal tolkes i.
- Sett av tid til en forsamling med tolken første gang for å bli enige om felles retningslinjer for samarbeidet.
- Gi tilbud om ettersamtale med tolken hvis tolken ønsker det, og sørg for at det er avsatt tid til dette.
- Se hele tiden på klienten, også når tolken snakker. Dette går lettest hvis man sitter i trekant.
- Bruk korte setninger.
- Unngå ordtak og unødvendig vanskelige ord.
- Legg inn pauser i samtaler som overskrider 60 minutter, og avtal dette med tolken.
- Tolken skal kun oversette og skal ikke trekkes inn i samtalen.
- Ikke be tolken om ekstraoppgaver som oversettelser eller lignende.
- Benytt den samme tolken i hver samtale når tillit er etablert.
- Finn ut hva som kan gjøre flyktingen tryggere på tolken hvis mangel på tillit er et problem.
- Ikke la tolken vente sammen med pasienten før samtalen.
- Ikke la tolken sitte alene i terapirommet hvis terapeuten må forlate rommet.
- Ikke la tolken ha pause med pasienten.
- Sørg for at tolken og pasienten ikke må forlate stedet samtidig hvis mulig.
- Respekter tolkens tid. Tolken har ofte andre oppdrag som venter.

NYTTIGE WEBADRESSER

<http://www.imdi.no>

Adressen til Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) som ble opprettet 01.01.06, og som har fagmyndighet for tolking. På denne siden finner man en lenke til Tolkeportalen, i tillegg finnes det mye nyttig informasjon under temaet Tolking (http://www.imdi.no/templates/Tema___4575.aspx), bl.a. nyheter, artikler, pressemeldinger, rundskriv og publikasjoner som berører tolkefeltet. Under publikasjoner kan man finne både retningslinjer for god tolkeskikk og utgitte hefter, slik som "Kommunikasjon via tolk", "Tolkens taushetsplikt", "Å samtale via tolk" og "Veiledning i bruk av tolk i statlige mottak". IMDIs litteraturliste om tolking kan hentes fra http://www.imdi.no/templates/CommonPage___5311.aspx.

<http://www.tolkeportalen.no>

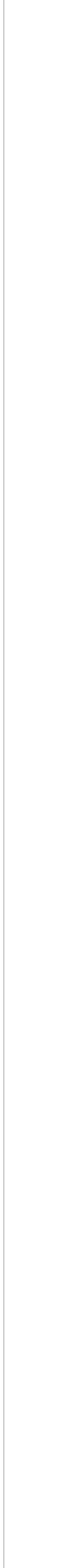
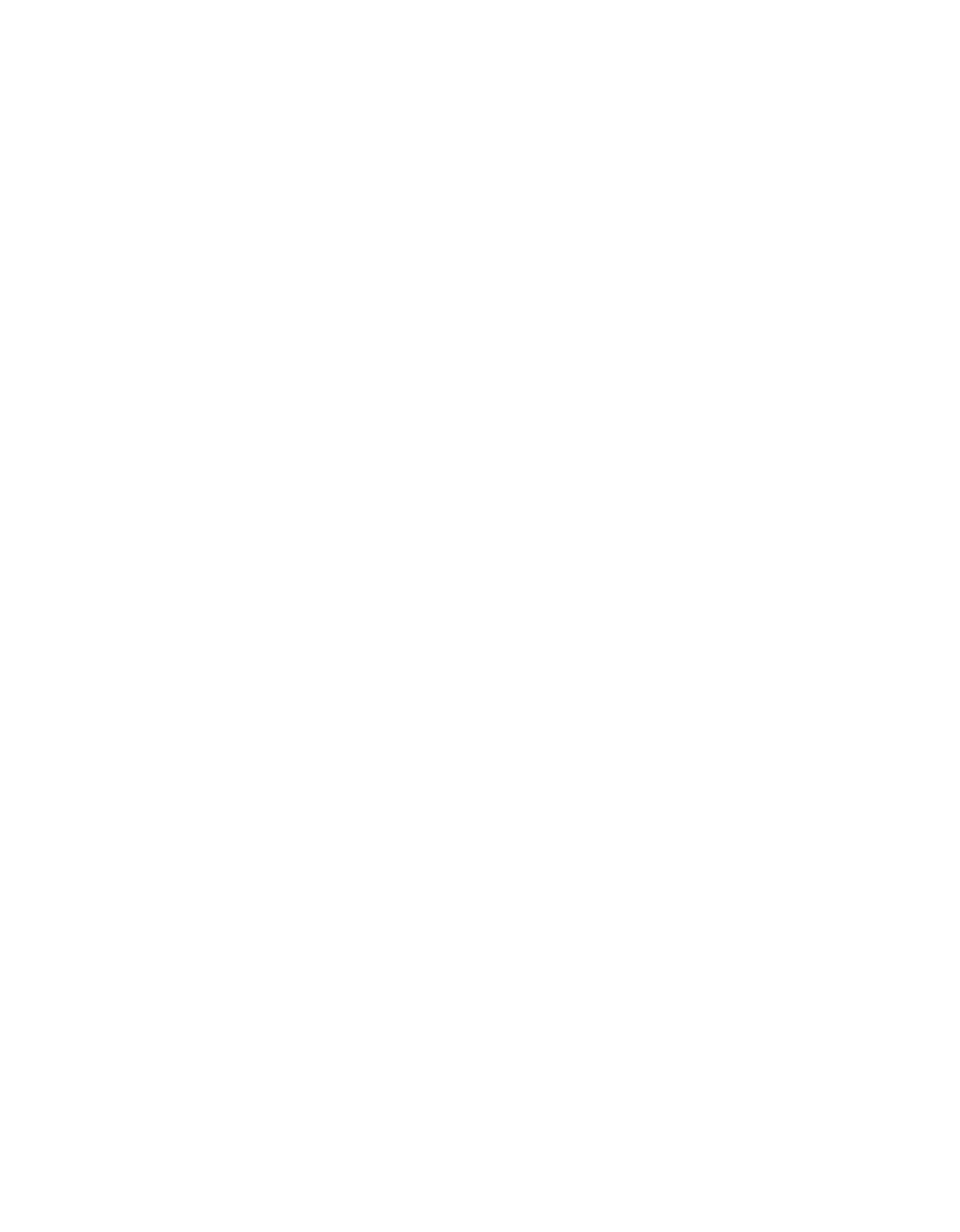
Dette er et landsdekkende tolkeregister som gir tolkebrukere oversikt over praktiserende tolker og deres kvalifikasjoner. Registeret er et innsynsregister som er åpent for allmennheten, og har ikke bestillingsfunksjoner. Registeret er ment å bidra til å øke tolkebrukernes bevissthet med hensyn til tolkens kvalifikasjoner ved bestilling av tolketjenester. Samtidig ønsker man å stimulere tolker til økt kvalifisering gjennom utdanning og statsautorisasjon. Adressen gir en god oversikt over tolkeforeninger i Norge, formidlere av tolketjenester (både offentlige og private), lenker til utdanningsinstitusjoner og annen nyttig informasjon, bl.a. en litteraturliste.

<http://www.tolkeforeningen.no>

Norsk tolkeforening er en fag- og interesseforening for tolker etablert i Oslo i 2004. Foreningen ønsker å samle alle tolker som tilfredsstiller foreningens krav, om felles faglige, sosiale og økonomiske interesser og medvirke til et høyt faglig og etisk nivå hos medlemmene.

<http://statsaut-translator.no>

Hvis man ikke trenger hjelp til muntlig tolking, men har behov for en skriftlig, bekreftet oversettelse av dokumenter (attester, vitnemål etc.), bør man bruke en statsautorisert translator. Tolk og translator er to ulike yrker i Norge. Det er kun statsautoriserte translatorer som har lov til å bekrefte en oversettelse med stempel.





NAKMI Bygg 2 Ullevål universitetssykehus 0407 Oslo
Tlf.: 23 01 60 60 Faks: 23 01 60 61 www.nakmi.no