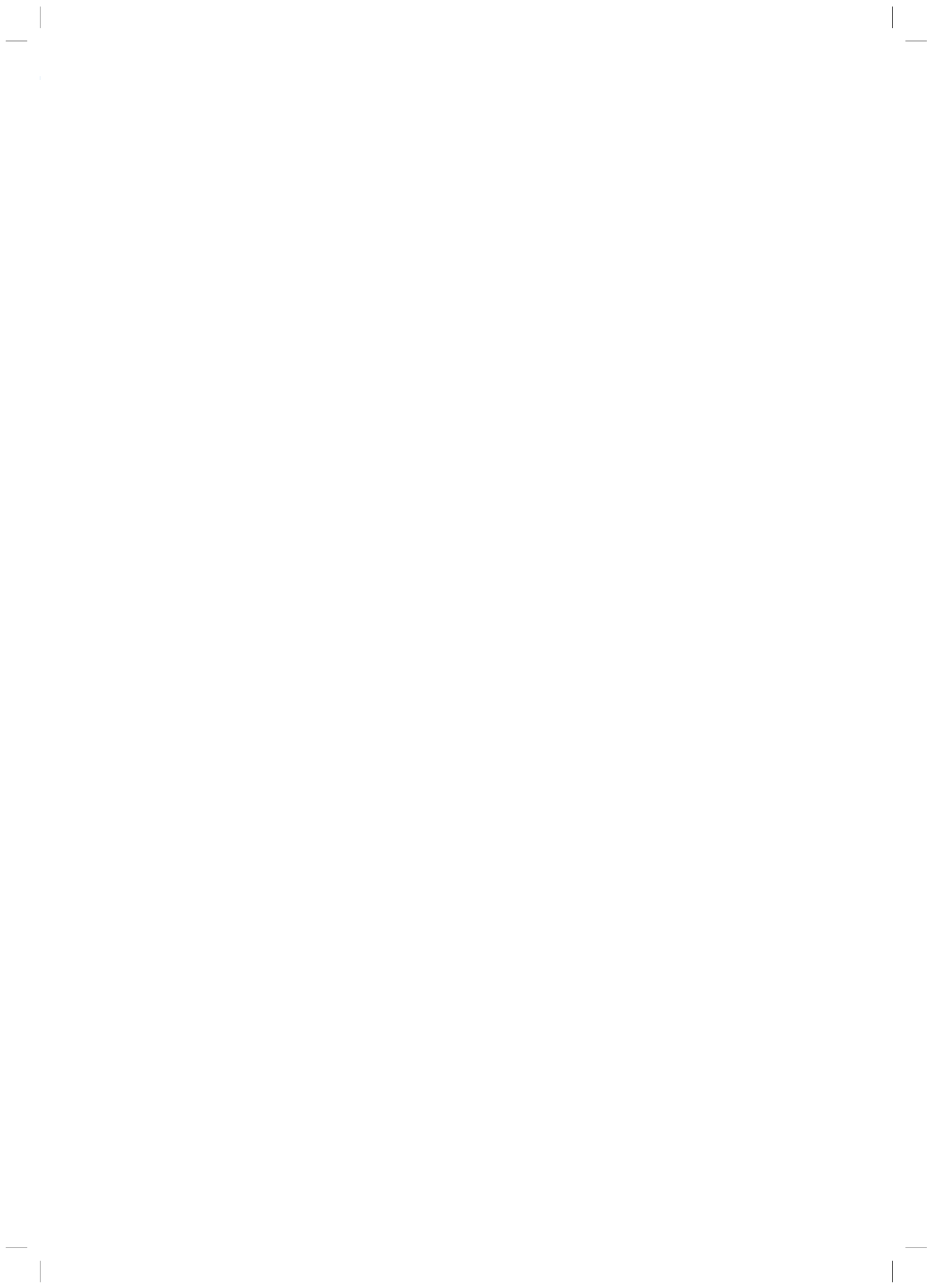


Christopher Le

Når er «*litt norsk*» for lite?

En kvalitativ undersøkelse av
tolkebruk i helsetjenesten



Christopher Le

Når er «*litt norsk*» for lite?

En kvalitativ undersøkelse av
tolkebruk i helsetjenesten

NAKMI rapport 2/2013
Redaktør Karin Harsløf Hjelde

© NAKMI – Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritets-helse 2013

NAKMI rapport 2/2013
Forfatter: Christopher Le
Redaktør: Karin Harsløf Hjelde
ISSN: 1503-1659
ISBN: 978-82-92564-15-8
Trykk: 07 Gruppen AS

Alle henvendelser om rapporten kan rettes til:

Nasjonale Kompetanseenhet for Minoritets-helse (NAKMI)
Oslo universitetssykehus HF, avd. Ullevål
Postboks 4956 Nydalen
N-0424 Oslo
Norge

post@nakmi.no
www.nakmi.no

INNHold

FORORD	7
REDAKTØRENS FORORD	8
SUMMARY	9
SAMMENDRAG	11
1 BAKGRUNN	13
1.1 LIKEVERDIG HELSETJENESTE	14
1.1.1 Lovregulering	16
1.1.2 Europeisk innsats for likeverdig helsetjeneste.....	17
1.2 INNVANDRERE I NORGE	18
1.2.1 Migrasjon og helse	20
1.3 KOMMUNIKASJON OG TOLK	21
1.3.1 Tolkning i offentlig tjenesteyting.....	24
1.3.2 Tolkebruk i helsetjenesten	25
1.4 BEGREPER OG DEFINISJONER	26
1.4.1 Tolk.....	26
1.4.2 Tolkens rolle.....	26
1.4.3 Tolkebruker	27
1.5 RASJONALE FOR UNDERSØKELSEN	28
1.5.1 Målsetting	28
1.5.2 Problemstillinger	28
2 METODE, MATERIALE OG ETIKK	29
2.1 REKRUTTERING OG UTVALG	29
2.2 DATAINNSAMLING OG -BEARBEIDING	30
2.3 ETIKK OG PERSONVERN	32
3 RESULTATER AV UNDERSØKELSEN	33
3.1 BEGREPSFORSTÅELSE VED TOLKING	33
3.1.1 Tolk.....	33
3.1.2 Tolkebruk	34
3.1.3 Tolkebruker	36
3.1.4 Begrepet « <i>litt norsk</i> ».....	37
3.2 KRITERIER FOR TOLKEBRUK	39
3.2.1 Skjønnsvurdering.....	40
3.2.2 Pasientens vilje.....	41
3.2.3 Henvisning og pasientjournal.....	43
3.3 TOLKEBRUK I PRAKSIS	44



3.3.1	Informasjon og tilgjengelighet	44
3.3.2	Tilrettelegging og avviksmelding.....	45
3.3.3	Kunnskap og erfaring	47
3.4	FORBEDRINGSMULIGHETER	49
3.4.1	Organisatorisk	49
3.4.2	Kompetanseheving.....	51
4	DRØFTING OG TILTAK.....	53
4.1	ÅRSAKER TIL UNDERFORBRUK AV TOLK	53
4.1.1	Forståelse av begreper ved tolking	53
4.1.2	Overvurdering av språkkompetanse når pasienten kan «litt norsk»	54
4.1.3	Når pasienten ikke vil ha tolk	56
4.1.4	Manglende informasjon om retten til tolk.....	56
4.1.5	Samhandling om informasjon mellom helsetjenestene	57
4.2	FORSLAG TIL FORBEDRINGER	59
4.2.1	Rutiner som sikrer tolkebruk.....	59
4.2.2	Metoder og utstyr som kan lette tolkebruk.....	60
4.2.3	Rapportering, oppfølging og avviksregistrering av tolkebruk.....	60
4.2.4	Opplæring i lovverk, tolkebruk og kommunikasjon	62
4.3	ANBEFALTE TILTAK	64
5	IMPLIKASJONER.....	66
	REFERANSER.....	67
	APPENDIKS.....	71
	APPENDIKS 1: Følgelbrev til klinikkledere ved OUS	72
	APPENDIKS 2: Forespørsel om rekruttering	73
	APPENDIKS 3: Informasjonsbrev til helsepersonell.....	74
	APPENDIKS 4: Informasjonsbrev til pasientinformanter - norsk	75
	APPENDIKS 5: Informasjonsbrev til pasientinformanter - vietnamesisk	76
	APPENDIKS 6: Intervjuguide for fokusgruppeintervjuer	77
	APPENDIKS 7: Sjekkliste for sikring av tolkebruk.....	78
	APPENDIKS 8: Tilrådning fra NSD	79
	FIGURER	
	Figur 1: Innvandreretthet i Oslo i forhold til andre store byer, 2013. Kilde: SSB	15
	Figur 2: Antall personer i de største innvandergruppene i Norge pr. 1. januar 2013. Kilde: SSB.....	19
	Figur 3: Innvandrerbefolkningen etter landbakgrunn. 1970-2013. Kilde: SSB	19
	Figur 4: Samhandling om pasienten: Informasjon og kommunikasjon om retten til og behov for tolk.....	58



FORORD

Denne rapporten er en omarbeidet utgave av min masteroppgave i Det erfaringsbaserede masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for Helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Funn fra masterprosjektet ga en dypere forståelse av årsakene til underforbruk av tolk i helsetjenesten. Funnene vil kunne danne grunnlag for videre fokus og satsning for å sikre bedre tolkebruk i helsetjenesten når det er behov for det.

Takk til Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI), for utgivelsen av denne rapporten. En spesiell takk til NAKMIs direktør, Bernadette Nirmal Kumar, som også var min hovedveileder, for hennes solid faglige veiledning, positivitet og drivkraft gjennom hele prosjektperioden. Jeg ønsker også å uttrykke min dype takknemlighet og respekt til redaktør Karin Harsløf Hjelde ved NAKMI for hennes uvurderlige arbeid med redaksjonell bearbeiding av denne utgaven.

Det rettes også en takk til Hege Linnestad, seksjonsleder for Likeverdige helsetjenester ved Oslo universitetssykehus, og til min kollega Sara Kahsay for deres betydningsfulle bidrag til prosjektets forarbeid. Takk til Helen Ghebremedhin ved NAKMI for korrekturlesing av deler av denne rapporten, og alle som har vært behjelpelige i prosessen å utgi denne rapporten.

Til slutt benytter jeg anledningen til å takke alle mine informanter, både helsepersonell og pasienter, som har stilt opp til intervjuene. Uten dere ville ikke dette prosjektet vært gjennomførbart. Med dette takker jeg spesielt Thanh Thi Tran for hennes betydningsfulle støtte og hjelp i rekrutteringsprosessen.

NAKMI, november 2013



Christopher Le
Prosjektleder



REDAKTØRENS FORORD

Det er en økende interesse for kunnskap om migrasjonshelse blant helsepersonell og studenter innenfor helse- og omsorgsfag. Det synes også å være en økende bevissthet om at slik kunnskap er viktig og nyttig for å kunne yte likeverdige helsetjenester. Kunnskap om kommunikasjon er den delen av fagfeltet migrasjonshelse som i særlig høy grad etterspørres. Både helsepersonell og migrantpasienter gir uttrykk for at kommunikasjon i behandlingssituasjoner hvor helsepersonell og pasient snakker ulike språk kan oppleves som utfordrende. Ofte bekymrer begge parter seg for at viktig informasjon ikke er blitt forstått, men i en behandlingssituasjon er det helsepersonellet som har et profesjonelt ansvar for behandlingen og for kommunikasjonen.

Dette slås også fast som et av tre mål i Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013):

«Helsepersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med ulik språklig bakgrunn. Dette forutsetter blant annet å ha oversikt over tolkebehov og benytte kvalifiserte tolker.»

I lys av disse forventninger er det en stor glede for NAKMI å kunne utgi denne rapporten om tolkebruk i helsetjenesten i Oslo - sett i et likeverdighetsperspektiv. I sitt masterprosjekt undersøkte Christopher Le hvilke erfaringer helsepersonell og migrantpasienter har med tolkebruk og hvilke behov og forslag de har til bedre tolkebruk. Vi takker Christopher Le for hans grundige arbeid med den høyst aktuelle problemstilling om årsaker til underforbruk av tolk i helsetjenesten og for hans innsats med å omarbeide masteroppgaven til den foreliggende rapport.

Ledere på alle nivåer i helsetjenestene spesielt, men også helsepersonell generelt og studenter, vil ha nytte av rapportens interessante funn og forslag til tiltak.

NAKMI, november 2013



Karin Harsløf Hjelde
Forsker

SUMMARY

The Norwegian Healthcare Authorities have acknowledged that language barriers pose a challenge in providing equitable healthcare services to migrant patients. The Ministry of Health and Care Services instructions to Regional Health Authorities in 2009 clearly stated that health services must be accessible and adapted to the patients' needs. This implies not only physical access but access in terms of cultural and linguistic comprehension. The underutilization of interpreters in healthcare services has been well documented despite adequate financial resources and legislation. The aim of this study was to understand why interpreters are still underused as seen both from the patient and health personnel perspectives.

Objectives:

- Explore the reasons as to why there is still an underutilization of interpreters in the healthcare services.
- Explore healthcare personnel's and patients' needs for and recommendations in strengthening the use of interpreters.
- Suggest measures to improve patients' participation and healthcare personnel's ability to fulfill their obligations with regard to the use of interpreters, in order to provide good quality and equitable health care, to overcome language barriers.

Methodology: Patients and healthcare personnel are defined as users of the interpreting services. In order to provide a holistic picture of the underutilization of interpreters, the study explored the perspectives of both patients and healthcare personnel. A qualitative study, using focus group interviews, was conducted in summer 2011 at Oslo University Hospital, NAKMI.

Results: Findings from the study suggest that healthcare personnel and patients have different understandings regarding the use of interpreters. The healthcare personnel's overestimation of patients' language skills led to a potentially significant underuse of interpreters, in particular when the patients spoke "some norwegian". Simultaneously, the patients stated that speaking "some norwegian" was insufficient when communicating with healthcare services without an interpreter. The findings also suggest that the lack of information regarding patients' right to an interpreter had a significant impact on their participation with regard to the decision to use a professional interpreter. It was also found that health personnel lacked training in the use of



interpreters, as well knowledge about relevant legislation governing interpreter utilization. Both findings may have a significant impact on the awareness of when to use interpreters and the confidence in using them. The healthcare personnel expressed the need for better interaction and communication between hospitals and general practitioners regarding patients' interpreting needs. There is a lack of information and communication from the health care services to the patients regarding the right to interpreters. All of the above mentioned factors have contributed to a significant underuse of interpreters.

CONCLUSION

- That the patient speaks «some norwegian» cannot be accepted as a reason for not using an interpreter within the healthcare services.
- Information about the patient's right to use an interpreter must be made accessible such that there will be an appropriate demand for interpreting services.
- Health personnel must be trained in the use of interpreters. Knowledge of the regulations concerning the use of interpreters must also be part of this training such that it will impact the attitude and willingness to use interpreters.
- Improved communication between hospitals and general practitioners in identifying and stating the patients' interpreting needs would strengthen the use of interpreters.

RECOMMENDATIONS

- All written communication with patients must contain information about the right to use a professional interpreter.
- Training and teaching of health personnel and students must include legislations regarding rights and obligations regarding the use interpreters. Inclusion of general communication skills and interpreters' qualifications is an advantage.
- Referrals from general practitioners should include a mandatory clause about the patient's need for interpreter.
- Hospital routines that document the healthcare personnel's assessment regarding the patients' need for interpreters must be standardized and quality controlled.
- The electronic patient record needs to include adequate and appropriate reporting of interpreting needs and the actual use.



SAMMENDRAG

Norske helsemyndigheter har anerkjent at språklige barrierer utfordrer prinsippet om likeverdig helsetjeneste. Dette fremgår særlig av Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Regionale Helseforetak RHF for 2009, hvor det presiseres at tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Dette omfatter både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. Det er tidligere dokumentert et underforbruk av tolk i helsevesenet til tross for forpliktende lovverk og tilstrekkelig økonomisk bevilgning. Studiens mål var derfor å oppnå en dypere forståelse av hvorfor det er underforbruk av tolk i helsetjenesten, sett både fra pasientens og helsepersonellens perspektiv.

Målsetting:

- Undersøke hvorfor det fortsatt er underforbruk av tolk i helsetjenesten
- Undersøke hvilke behov og forslag helsepersonell og pasienter har når det gjelder styrking av tolkebruk
- Foreslå tiltak for å styrke pasientmedvirkning og helsepersonells pliktoppfyllelse når det gjelder tolkebruk der språket er en barriere for god og likeverdig pasientbehandling.

Metode: Både pasienter og helsepersonell defineres som tolkebrukere. For å kunne gi et fullstendig bilde av underforbruk av tolk, ble det undersøkt både fra et pasientperspektiv og et helsepersonellperspektiv. Sommeren 2011 gjennomførte NAKMI en kvalitativ studie om tolkebruk ved Oslo universitetssykehus. Metoden var fokusgruppeintervjuer og ble valgt for å oppnå en nyansert innsikt i årsaker til at det fortsatt er underforbruk av tolk i helsetjenesten.

Resultater: Funn fra undersøkelsen viste at helsepersonell og pasienter har ulik forståelse av når tolk må benyttes. Helsepersonells overvurdering av pasientens norskkunnskaper, spesielt når pasienten snakker «litt norsk», fører ofte til at tolk ikke benyttes. Samtidig slår pasientene fast at å snakke «litt norsk» er ikke tilstrekkelig til å kunne kommunisere med helsevesenet uten tolk. Funn fra undersøkelsen viste også at mangel på informasjon om retten til tolk har betydning for om pasienten ved behov medvirker til å velge bruk av profesjonell tolk. Opplæring av helsepersonell i lov- og regelverk som regulerer tolkebruk og i bruk av tolk ble funnet å være mangelfull og

vil ha betydning for bevissthet rundt og trygghet i tolkebruk. Undersøkelsen fant mangelfulle rutiner for samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene om behov for tolk. Helsepersonellinformantene opplevde at fastlegene ofte underkommuniserte behovet for tolk ved henvisning av pasient, men innrømmet også at de selv heller ikke kommuniserte tolkebehov tilbake til fastlegene. Pasientinformantene opplevde på sin side at verken fastlegene eller spesialisthelsetjenesten fortalte dem om retten til tolk eller snakket med dem om behov for tolk. Samlet har dette stor betydning for underforbruket av tolk.

KONKLUSJON

- At pasienten snakker «litt norsk» er ikke tilstrekkelig for å samtale uten tolk i helsetevesenet.
- God og forståelig pasientinformasjon om retten til tolk vil medføre økt etterspørsel av tolketjenester.
- God ansatteopplæring i rett og plikt til tolkebruk og i bruk av tolk vil ha effekt på helsepersonells holdning og vilje til tolkebruk.
- Bedre rutiner for samhandling og kommunikasjon mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten om pasientens behov for tolk vil styrke tolkebruken.

ANBEFALINGER

- All skriftlig kommunikasjon med pasienten inneholder direkte og forståelig informasjon om retten til tolk.
- Opplæring av ansatte og studenter i lovverket om rett og plikt til tolk og i tolkebruk inkludert generell kommunikasjonsferdighet og kvalifikasjoner hos tolk.
- Det innføres henvisningsrutiner som obligatorisk oppgir tolkebehov.
- Det innføres standardiserte rutiner for plikt til dokumentasjon og kvalitetssikring av at tolkebehovet er vurdert.
- Pasientjournalssystemet blir tilrettelagt og tilpasset for rapportering, formidling og kvalitetssikring av tolkebehov og -bruk.



1 BAKGRUNN

Det er en stadig økning i andel innvandrere i Oslo, og hovedstaden har de siste 50 årene gått fra å være en tilnærmet språklig homogen by, til å være en multietnisk, multikulturell og multispråklig hovedstad (SSB, 2013). Når det gjelder språkferdigheter i norsk språk, har bare 7 % av voksne innvandrere fra Asia, Afrika og Øst-Europa gode leseferdigheter mens 60 % av innvandrere med opp til fem års botid har problemer med å forstå enkle tekster. (Gabrielsen & Lagerstrøm, 2005). 40 % av alle innvandrere har en botid på under fire år (NOU nr. 7, 2011). Når man er syk og bekymret, forstår man enda mindre (Le, 2013).

Det kan derfor være en utfordring å tilby likeverdige helsetjenester til pasienter med annen språklig bakgrunn og varierende norskferdigheter. Whitehead (2000) definerer likeverdig helsetjeneste (Equity in health care) som *“equal access to available care for equal need; equal utilization for equal need; equal quality of care for all”*. Dette betyr at man må planlegge og tilpasse helsetjenestene slik at de reelle behovene kan dekkes (Le, 2013). Språk og kultur er sentrale faktorer i planlegging av likeverdige helsetjenester (U.S.Dep., 2001). Det norske helsevesenet har fortsatt vansker med å tilpasse tjenestene til befolkningsgrupper som ikke behersker norsk i det hele tatt eller i varierende grad (Kale, 2006). Helsevesenet må forstå og møte innvanderbefolkningens ulike behov hvis de skal klare å ivareta behandlingskvaliteten og pasientsikkerheten. (Flores et al., 2003 & 2012; Karliner et al., 2007).

Tilpasset informasjon til pasienter med annen språklige bakgrunn er en nedfelt rettighet i pasientrettighetsloven (LOV 1999-07-02 nr.63, § 3). Loven slår fast at alle pasienter har rett til medvirkning og rett til informasjon, og § 3-5 sier at:

«Informasjonen skal være tilpasset mottagerens 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.»

Flere studier viser at dersom språklige barrierer ikke blir håndtert på en god måte, kan det føre til redusert kvalitet på og tilgang til helsetjenester (Bischoff et al., 2003; Diamond et al., 2008; Essen, 2001; Flores et al., 2003 & 2012; Gerrish, 2001; Green et al., 2005; Jacobs et al., 2004; Kazzi & Cooper, 2003; Rhodes & Nocon, 2003). Det

er anbefalt å bruke kvalifisert språklig assistanse, i form av frammøtetolk, som et verktøy for å overkomme språklige barrierer (Jareg & Pettersen, 2006). Dette virkemiddelet får støtte av en nylig publisert studie fra USA som viser at sjansen for reinnleggelse etter 30 dager er betraktelig mindre for pasienter som benytter kvalifisert tolk (Lindholm et al., 2012).

Det er tidligere dokumentert underforbruk av tolk i det norske helsevesenet til tross for forpliktende lovverk og tilstrekkelig økonomisk bevilgning (Kale, 2006; Valio, 2009). Studiens formål er derfor å oppnå en dypere innsikt i årsakene til at det fortsatt er underforbruk av tolk i helsetjenesten, sett både fra et pasient- og helsepersonellperspektiv.

1.1 LIKEVERDIG HELSETJENESTE

Norske helsemyndigheter har anerkjent at språklige barrierer utfordrer prinsippet om likeverdig helsetjeneste (Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017, 2013). Dette fremgår også av Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Regionale Helseforetak RHF for 2009, hvor det presiseres at tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov (St. meld. nr. 47, 2008-09; Oppdragsdokument, 2009 & 2010). Dette innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.

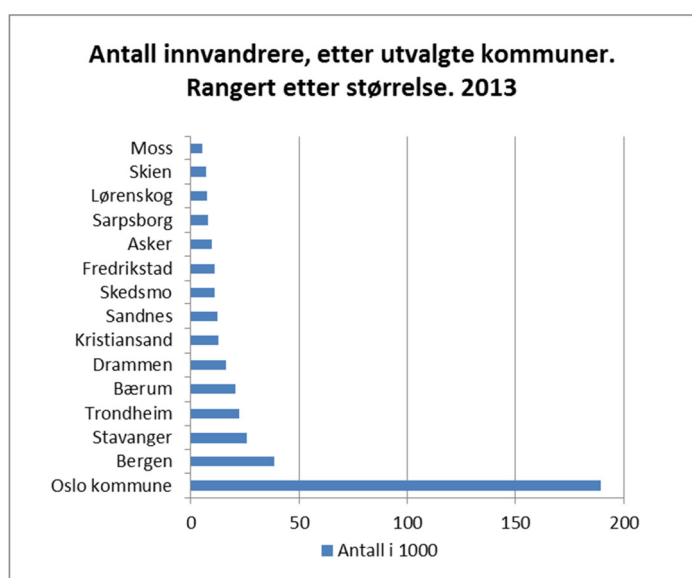
Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr. 47 2008/2009, presiserer at lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted, fortsatt skal være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen (St. meld. nr. 47, 2008-09). Plikten til å yte likeverdige helsetjenester er blant annet forankret i Kommunehelsetjeneste-loven (LOV 1982-11-19 nr.66, § 1) og Helseforetaksloven (LOV 2001-06-15 nr.93, § 1). Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Regionale Helseforetak RHF for 2009 tydeliggjør lovens formål gjennom krav til kvalitet, tilgjengelighet og brukermedvirkning for alle pasienter. I oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst (2010), heter det blant annet at:

«Pasienter skal sikres et likeverdig tilbud av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn.» (Pkt. 4.2 Prioriteringer)



«Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.» (Pkt. 4.4 **Tilgjengelighet og brukermedvirkning**)

På denne bakgrunnen besluttet Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune å styrke helsetilbudet til den forholdsvis store innvandrerbefolkningen i sykehusområdene i Oslo (se figur 1), Akershus og Vestre Viken (Prosjektbeskrivelse, 2009). Det ble vedtatt en felles satsning for å tilrettelegge helsetjenestene for denne del av befolkningen gjennom samhandlingsprosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstads-området" (Prosjektbeskrivelse, 2010).



Figur 1: Innvandretetthet i Oslo i forhold til andre store byer, 2013. Kilde: SSB

I dette samhandlingsprosjektet i hovedstadsområdet, valgte man å bygge videre på tre innsatsområder; Kommunikasjon og brukermedvirkning, Tolk og Kunnskapsbasert tjenesteyting. Disse ble videre delt inn i ytterligere kategorier, som alle faller inn under satsingsfeltet *likeverdige helsetjenester*.

På oppdrag fra Likestillings- og diskrimineringsombudet har NOVA¹ gjennomført en undersøkelse på helsestasjoner i Alna bydel om hvilke likeverdighetsutfordringer tjenesteutøvere på helsestasjonene står overfor. Underforbruk av tolk ble funnet som en faktor som kan hindre at det tilbys likeverdig tjeneste (Danielsen et al., 2011). Høsten 2011 lanserte Helsedirektoratet en ny veileder for kommunikasjon via tolk for ledere og helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2011),

¹ Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

men det finnes dessverre ikke sentrale føringer og prosedyrer for å kvalitetssikre eller sikre tolkebruk ved behov i spesialisthelsetjenesten i Norge².

1.1.1 Lovregulering

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 (Kale, 2006).

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, mens de regionale helseforetakene er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik det er fastsatt i lover og forskrifter ("sørge for ansvaret") (Valio, 2009).

Alle offentlige ansatte i stat og kommune er underlagt forvaltningsloven. Dersom ikke informasjonen blir tilrettelagt ved hjelp av tolk, vil det kunne føre til diskriminering. Dette er forbudt ifølge menneskerettighetsloven (LOV 1999-05-21 nr.30). Selv om plikt til å bruke tolk ikke er særskilt behandlet i lovverket, nevnes tolkefunksjonen i Domstolloven og i forskriftene til enkelte andre lover (IMDi; tolkeportalen.no)³.

Pasientrettighetsloven omtaler helsepersonellens plikt til å sikre kommunikasjon, om nødvendig gjennom tolk; pasienters rett til medvirkning og informasjon, krav om informert samtykke og pasienters innsynsrett. Tolkning skal altså gjøre fagpersoner i stand til å informere, veilede og høre partene i en sak på tross av språkbarriere. Det skal sikre pasientene mulighet til å kommunisere sine helseplager og sikre at helsepersonell tar beslutninger vedrørende pasientbehandling på riktig grunnlag. Samtidig skal det sikre pasienter nødvendig informasjon og dermed mulighet til informert samtykke. God kommunikasjon er en forutsetning for å ivareta rettsikkerheten til partene i en sak, og en investering i forsvarlig kommunikasjon vil forebygge misforståelser, og således føre til sparte kostnader (IMDi, 2008).

² Tolketjenesten ved Lovisenberg diakonale sykehus består av 1 minoritetskoordinator og 2 tolkeformidlere. I all hovedsak jobber de med tolkeformidling, opplæring av ansatte og kvalitetssikringsarbeid (Valio, 2009).

³ Forvaltningsloven (1967) § 11 jf. § 16 og § 17, Domstolloven (1915) § 135, Pasientrettighetsloven (1999) § 3-1, § 3-2 og § 3-5, Utlendingsloven (1998) § 33, § 34 og § 55, Menneskerettsloven (1999) Art.14, Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) Art.6.3.a og Art.6.3.e, Nordisk språkkonvensjon Art.2.



1.1.2 Europeisk innsats for likeverdig helsetjeneste

Også på europeisk nivå har det vært interesse for å oppnå god pasientbehandling i møte med pasienter som ikke behersker det nasjonale språket. Alle de 32 medlemsstatene i World Health Organization European Region ble i 1980 enige om en felles helsepolitikk nedfelt i en enstemmig avtale om 38 regionale mål i 1984 (Whitehead, 2000). Det første målet omhandler likeverdighet:

“By the year 2000, the actual differences in health status between countries and between groups within countries should be reduced by at least 25 %, by improving the level of health of disadvantaged nations and groups.” (WHO, 1985)

Som en del av dette arbeidet har en gruppe sykehus fra 12 Europeiske land senere gått sammen som pilotsykehus for å delta i prosjektet Innvandervennlige sykehus (prosjektet Migrant-Friendly Hospitals (MFH)). Nasjonale og regionale nettverk fra WHO's Nettverk for helsefremmende sykehus (Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH)) spiller en viktig rolle i arbeidet med å samle deltakerne fra Østerrike, Danmark, Finland, Frankrike, Tyskland, Hellas, Irland, Italia, Nederland, Spania, Sverige og England⁴. Disse representerer en bred vifte av sykehustyper, fra store universitetssykehus til mindre private og offentlige lokalsykehus. Noen av disse deltakerne hadde allerede før prosjektets begynnelse mange erfaringer med å betjene samfunn preget av kulturelt og språklig mangfold (The Amsterdam Declaration, 2004).

Prosjektets deltakere ble enige om noen grunnleggende prinsipper som skal fungere som kjernen i en oppdrags-/formålserklæring for innvandervennlige sykehus: å verdsette forskjeller ved å akseptere mennesker med forskjellig bakgrunn som prinsipielt likestilte medlemmer av samfunnet, å identifisere behovene hos mennesker med forskjellig bakgrunn og å kontrollere og utvikle tilbud i forhold til disse behovene, samt å kompensere for ulemper oppstått på grunn av forskjellig bakgrunn.

På tross av variasjoner blant helsesystemene og de lokale situasjoner i europeiske sykehus, var prosjektet i stand til å identifisere mange generelle problemer og behov for innvandrere/etniske minoriteter og helsepersonell. Innenfor utvalgte områder som tolkning, ble erfaringsbaserte løsninger vellykket implementert og evaluert. Ut fra erfaringer fra MFH's prosjektdeltakerne, internasjonale diskusjoner og den vitenskape-

⁴ Norge var ikke med på dette tidspunktet, men medvirket i senere prosesser. Se fotnote 6.



lige litteratur, vil følgende overordnede punkter danne utgangspunkt for en vellykket utvikling av tjenestetilbudene og de organisatoriske kulturene:

- *Som enhver annen form for organisatorisk utvikling vil suksessen med å bli et innvandrervennlig sykehus, å være villig og i stand til å betjene et mangfoldig samfunn på en rettferdig måte, avhengig av de supplerende bidrag fra et antall forskjellige interesser.*
- *Sykehuseiere, kvalitetsledere og ledelsene for øvrig bør sette kvaliteten av helsetjenesten som gis innvandrere og etniske minoriteter på dagsorden.*
- *Helsepersonellet og dets fagforeninger bør anerkjenne at problematikken er relevant, og de bør være forberedt på å investere i å oppnå kvalifikasjoner på området.*
- *Pasientorganisasjoner og samfunnsgrupper kan konstruktivt bidra til prosessen ved å sette kulturelle mangfoldet, helse og helsetjenester på deres respektive dagsordener.*
- *Hjelp fra vitenskapelige viten og ekspertise kan være veldig relevant under prosessen. Ved å flytte mangfoldsproblematikken innenfor helsesektoren lenger frem på den vitenskapelige dagsorden, ved å inkludere dette tema i vitenskapelig teoriutvikling og utviklingen av systematiske dokumentasjoner, kan helsevitenskapelige disipliner bidra vesentlig til prosessen. (The Amsterdam Declaration 2004)*

Det ble i fortsettelsen nedsatt en Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care (WHO-HPH TF-MFCCH⁵).

Denne gruppen har fått i oppgave å utvikle, teste, implementere og utarbeide manualer for hvordan organisasjoner/helseinstitusjoner verden rundt kan arbeide for å oppnå målet om likeverdige helsetjenester til alle. Norge ved NAKMI er et av medlemslandene som aktivt arbeider med utvikling, testing og implementering av standarder for likeverdige helsetjenester til sårbare grupper og migranter⁶.

1.2 INNVANDRERE I NORGE

Personer i Norge med innvandrerbakgrunn (definert som innvandrere og norskfødte med to innvandrerforeldre) utgjorde pr. 1. januar 2013 710 465 innbyggere. Innvandrere utgjorde 12 prosent av totalbefolkningen i Norge per 1. januar 2013, mens

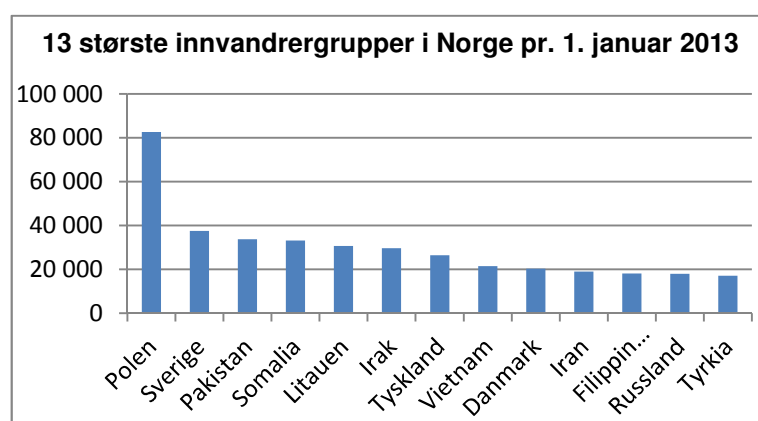
⁵ Hjemmesiden til WHO-HPH TF MFCCH:

http://wwwold.ausl.re.it/HPH/FrontEnd/Home/Default.aspx?channel_id=38

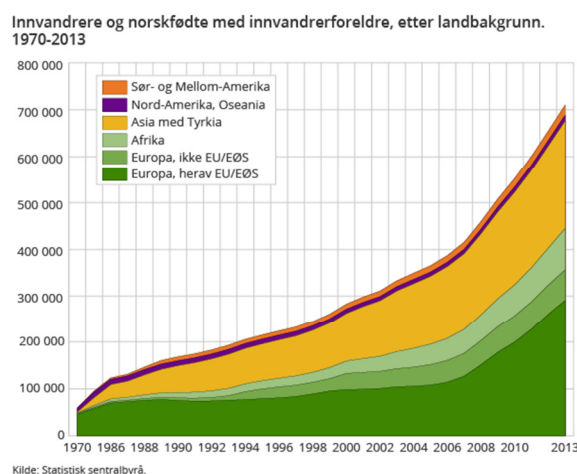
⁶ NAKMI har gjennomført pilottesting av standardene i samarbeid med Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Sunnaas sykehus og Grünerløkka sykehjem/Sykehjemsetaten i Oslo med delfinansiering fra Helsedirektoratet.



norskfødte med innvandrereforeldre utgjorde 2 prosent. Innvandrerne har bakgrunn fra 220 ulike land og selvstyrte regioner (SSB, 2013). Fra 54 av disse landene er det likevel 20 eller færre innvandrere⁷, slik at hovedtyngden av innvandrerbefolkningene kommer fra et mindre antall land (Østby, 2006). Den største innvandrergруппen er fra Polen, og står for omtrent 12 % av den totale innvandrerbefolkningen. Personer med svensk, somalisk eller pakistansk bakgrunn utgjør hver ca. 5 % av innvandrerbefolkningene og totalbildet viser hvor sammensatt innvandrerbefolkningene er (figur 2). Nær halvparten av innvandrerbefolkningene har bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika (figur 3).



Figur 2: Antall personer i de største innvandrergруппene i Norge pr. 1. januar 2013. Kilde: SSB



Figur 3: Innvandrerbefolkningen etter landbakgrunn, 1970-2013. Kilde: SSB

⁷ For eksempel 3 fra Andorra, 12 fra Benin og 12 fra Bhutan, jfr. <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/tab-2007-05-24-05.html>

Det bor innvandrere i alle landets kommuner, men det er som nevnt klart flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Osloområdet - både relativt og absolutt (figur 1). Av Oslos befolkning på 624 000 personer var det per 1. januar 2013 189 400 innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre, noe som tilsvarer 30 prosent. Deretter følger østlandskommunene Drammen og Lørenskog med henholdsvis 25 og 23 prosent⁸.

I Oslo er flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre bosatt i bydelene Søndre Nordstrand, Stovner, Alna og Grorud, med en andel på rundt 50 prosent. Lavest andel er bosatt i bydelene Nordstrand, med 15 prosent, Vestre Aker, 16 prosent og Ullern, 16 prosent. Også bydelene med lavest andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre lå over gjennomsnittet for hele landet som var 14 prosent.

1.2.1 Migrasjon og helse

Migrasjon, etnisitet, kultur, språk, helse og helsetjenester er begreper som er knyttet til hverandre. På grunn av verdensomfattende migrasjon, globalisering og utvidelse av EU har det europeiske samfunnet, inkludert Norge, en kulturelt og språklig mangfoldig befolkning.

Migrasjon ser ut til å være en risikofaktor for helse. Migrantpasienter kan ofte ha sammensatte problemer, hvor fortid som flyktning eller andre belastende erfaringer gir ekstra utfordringer (Ahlberg, 2005). Sykdomskurven stiger brattere med alderen hos innvandrere enn blant majoritetsbefolkningen, og det synes å gå dårligere med dem når de først er blitt syke (Blom & Ramm, 1998). Migrasjon skaper som nevnt mangfold som utløser behov for tilrettelegging og tilpasning av helsetjenester. Mangfoldet gjelder både helse, sykdommer, risikofaktorer og sykdomsforståelser, og dette må det tas hensyn til for å kunne levere likeverdige helsetjenester. For eksempel vil det at en migrantgruppe har systematisk høyere forekomst av visse helseproblemer kreve særskilt prioritering av oppmerksomhet og ressurser for at tjenestene skal være likeverdige. Gjennomsnittlig har omtrent hver femte pasient ved Oslo universitetssykehus innvandrerbakgrunn. Dette kan medføre utfordringer i kommunikasjonen mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Det kan dreie seg om både språkproblemer, ulik sykdomsforståelse, og andre kulturelle og religiøse forskjeller. Det må derfor settes i verk spesielle tiltak for å sikre kvaliteten i tjenestene overfor pasienter

⁸ Tallene er rettet 25. april 2013 kl 12.25.



og pårørende med innvandrerbakgrunn. Minoritetsgrupper risikerer å motta et lavere nivå av ytelse innenfor diagnostisering, pleie og behandling samt forebygging enn den gjennomsnittlige befolkningen (Chan & Woodruff, 1999). Både tjenestemottakere og tjenesteytere står overfor mange utfordringer. Disse inkluderer ikke bare språkbarrierer og kulturelle forskjeller, men også mangel på sykehusressurser (Bischoff, 2003), noe som skaper nye utfordringer for kvalitetssikring og forbedringer av helsetilbudene, spesielt i sykehusene.

1.3 KOMMUNIKASJON OG TOLK

God kommunikasjon og et tilpasset helsetilbud er viktige forutsetninger for å kunne tilby likeverdige helsetjenester til alle (Aambø, 2005). I situasjoner hvor språkbarrierene er så store at pasient og helsearbeider ikke kan kommunisere ved hjelp av et felles språk, spiller riktig og tilfredsstillende tolkebruk en viktig rolle.

God kommunikasjon er nødvendig for at pasientene skal ta aktivt del i behandlingen og oppfølgingen av den. Hvis informasjonen fra legen skal ha nytteverdi, må den tilpasses den enkelte pasient. Den må gis slik at den blir forstått. Det er en utfordring at noen pasienter ofte nikker og sier ja for å være høflige, men uten at de nødvendigvis har forstått innholdet i informasjonen (DNLF, 2008).

Møter mellom minoritetsspråklig pasient og norsktalende helsearbeider kan by på kommunikative utfordringer. Det er viktig at vansker som kan oppstå i kommunikasjon som går gjennom en tredjepart, blir løst på en tilfredsstillende måte for alle involverte. Hvordan et tolkesamarbeid bør foregå er forsøkt regulert gjennom Yrkese-tiske retningslinjer for tolker (UDI, 1997).

Pasienter med begrensende kunnskap i norsk språk får dårligere tilgang til akutte og forebyggende helsetjenester, mindre tilfredshet med tjenesten, dårligere forståelse av medisinske instruksjoner, lengre sykehusopphold og større risiko for feil medisinsk behandling og diagnose (Diamond et al., 2008). Forskning om erfaringer fra asiatisk-amerikanske pasienter med begrensende engelsk ferdighet viser at høy kvalitet i helsetjenesten er avhengig av tolketjeneste med høy kvalitet. Det er ikke akseptabelt å basere seg på familiemedlemmer som tolk, såkalt ad hoc tolker (Green et al., 2005).



Studien "Sammenligning av behov for palliativ behandling mellom engelsk-talende og ikke-engelsk-talende" har konkludert med at ikke-engelsk-talende pasienter mottar mindre optimal behandling enn de som snakker flytende engelsk (Chan & Woodruff, 1999). En studie utført i London konkluderte med at konsultasjonen blir bedre ved bruk av tolk i en akutt situasjon utenfor sykehuset, og at telefontolking muligens kan være en løsning på grunn av tjenestens øyeblikkelige tilgjengelighet (Leman, 1997).

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, 1998). 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.

En tverrsnittsundersøkelse gjennomført av NAKMI, viser at tolking er:

«et område i helsevesenet med rom for forbedringer og behov for økt innsats fra flere hold. Denne studien i likhet med tidligere undersøkelser tyder på underforbruk av profesjonell språklig assistanse. Det ble konkludert med at tolkebruken er tilfeldig og avhengig av den enkeltes kunnskap og initiativ. Studien viser også at helsepersonell ofte tyr til den enkleste løsningen, slik som å bruke familie/venner som tolker eller rett og slett kommuniserer med pasienten så godt det lot seg gjøre på et oftest mangelfullt språk» (Kale, 2006 s.43).

Selv om tolketjenesten gjøres lett tilgjengelig for helsepersonell, vil dette ikke automatisk redusere bruk av familie og venner som tolk, såkalt ad hoc tolk, viser Kales rapport. Det er behov for å synliggjøre for helsepersonellet hvilken nytte og risiko de forskjellige strategiene i tolkebruk medfører, og legge forholdene til rette for bruk av profesjonelle tolker gjennom informasjon og opplæring (Bischoff & Hudelson, 2010).

Mye tyder på at det vil være en økende etterspørsel etter kunnskap om tolkefeltet i tiden fremover. En økning i pasienter som ikke har felles språk med helsepersonellet vil, naturlig nok, gi en økende etterspørsel etter tolker som kan oversette mellom pasient og helsepersonell.

I et veiledningsskriv som følger pasientrettighetsloven blir minoritetsspråklige personer spesielt nevnt som en pasientgruppe som kan trenge særlig tilpasset informasjon. Det nevnes blant annet at tolk må skaffes i de tilfeller hvor dette er avgjørende for at pasienten skal forstå informasjonen (Kale, 2006). Sosial- og helsedepartementet un-



derstreker at offentlige tjenesteytere og de som organiserer tjenestene, har ansvaret for at den informasjonen som gis til asylsøkere og flyktninger blir forstått, og tilkaller tolketjenester der dette er nødvendig (Larsen, 2003).

I rapporten “National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care”, ble det påpekt følgende:

“Oral communication is a critical part of the exchange of information between a health care organization or provider and patients/consumers” (U.S.Dep., 2001).

Videre viser en forskningsrapport, utgitt av National Health Law Program and The Henry J. Kaiser Family Foundation, at legene tror at språkbarrierer kan forårsake omfattende, kostbare og ofte unødvendige tester, som igjen forårsaker at behandlingen tar 25-50 % lengre tid enn behandling av engelsktalende pasienter (Perkins, 2003).

Tolkebruk for LEP-pasienter⁹ vil øke kvaliteten på informasjonsutveksling mellom en behandler og pasient, og dette bidrar til å redusere sannsynligheten for feilbehandling (Agger-Gupta et al., 2003). Forskningen viser at kulturelt og språklig kompetent helsetjenester bidrar til

- *nedgang i medisinske feil, økt pasienttilfredshet, bedre primær- og forebyggende behandling, redusert medisinsk kostnader,*
- *bedre pasientens forståelse av informert samtykke til behandling, bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter, og*
- *forbedring av tilgjengelighet for en befolkning med bred demografisk spredning*

Ledelsen har imidlertid et spesielt ansvar på dette området. Til tross for at vi har kunnskap om utfordringer knyttet til likeverdige helsetjenester, er det vanskelig å få gjennomslag i “systemene” for å prioritere systematisk utviklingsarbeid i forhold til minoritetsspråklige pasienter i konkurranse med andre presserende formål (Kumar & Viken, 2010).

⁹ Patient with English Limited Proficiency



1.3.1 Tolking i offentlig tjenesteyting

Et kjennetegn ved tolking i offentlig tjenesteyting er alle betegnelsene dette yrket er gitt og alle diskusjonene som følger av navnevalget. I Sverige sier man kontakttolking, i Australia liaison interpreting, i Storbritannia public service interpreting og i USA og Canada brukes community interpreting (Frøili, 2001). Disse begrepene er heller ikke synonyme; det eneste de har felles er at de avgrenser tolking på offentlige arenaer fra konferansetolking. Enkelte hevder at det ikke bør anvendes ulike navn avhengig av hvilken arena tolkingen foregår på, men at alt simpelthen bør kalles "tolking" (Gentile et al., 2001).

Tolkning i offentlig sektor er tolking som er nødvendig for at en tjenestemann eller fagperson, på tross av språkbarrierer, skal kunne etterleve lovens bestemmelser om informasjons- og veiledningsplikt og om personers rett til å uttale seg (Myran & Skaaden, 2003). I tillegg tilrettelegger tolking i offentlig tjenesteyting for at mennesker som ikke snakker det offisielle språket i et land, kan kommunisere med de som yter offentlige tjenester. Dette bidrar til full og likeverdig tilgang til tjenester av rettslig, helsemessig og utdanningsmessig art, samt til statlige og sosiale tjenester (Mikkelsen, 1996).

Med tolking i offentlig sektor refereres det her til situasjoner hvor en representant for norske myndigheter, etater eller institusjoner mangler et felles språk med en part eller deltaker i saken han/hun behandler, slik at tolk må tilkalles for å tolke samtalen mellom dem. Gjennom den generelle veilednings- og informasjonsplikten, jf. Forvaltningsloven (LOV 1967-02-10 nr.00), Helsepersonelloven (LOV 1999-07-02 nr.64) og ulike særlover, er det den offentlige parten som pålegges ansvaret for å sikre forsvarlig kommunikasjon med den han eller hun behandler i sin tjeneste. Implisitt vil dette ansvaret innebære at det av og til må tilkalles tolk (UDI, 2000). I Stortingsmelding nr. 17 (1996-97) «*Om innvandring og det flerkulturelle Norge*» er dessuten bruk av tolketjenester framhevet som et viktig virkemiddel for å sikre like muligheter for alle. Her heter det også (avsnitt 5.6) at sektormyndighetene og kommunene har et selvstendig ansvar for bruk av tolk- og oversettertjenester innenfor sitt ansvarsområde (St. meld. nr.17, 1996-97).

Det er i prinsippet ikke forskjell på tolking innen forskjellige tjenesteområder. Det er ikke grunn til å skille på om tolken er mer profesjonell i retten enn på andre arenaer.



Tolkingens fellestrekk er å tilrettelegge for at mennesker som ikke snakker samme språk kan kommunisere med hverandre. Hovedargumentet for å opprettholde skillet mellom de ulike tolkingsarenaene hevdes til å være status- og lønshierarkiet. (Jarreg & Pettersen, 2006).

1.3.2 Tolkebruk i helsetjenesten

Det har vært gjort noen få studier i Norge om tolkebruk og tolketjenester i det norske helsevesenet, blant annet NAKMIs undersøkelse "Vi tar det vi har" (Kale, 2006), som har dannet grunnlag for det videre arbeidet innen feltet.

På oppdrag av Helse Sør-Øst regionale helseforetak (HSØ RHF) og Oslo kommune har Institutt for helseledelse og helseøkonomi (HELED) ved Universitetet i Oslo gjennomført analyser for å synliggjøre bruken av, behovet for og kostnader knyttet til bruk av tolketjenester i spesialisthelsetjenesten.

Analysen viser at det er grunn til å mistenke et betydelig underforbruk av tolk til tross for at finansieringen synes å være ivaretatt fra 2010. Dette viser i tillegg at kvalitets-sikring av tolker er både komplisert og dyrt. Tolkeformidlerne må balansere mellom kvalitet og tilgjengelighet og mellom kvalitet og økonomi. Formidlerne har derimot lite å vise til av konkrete tall i forhold til sitt kvalitetssikringsprogram (Wattne, 2006).

Analysen viser også at brukerne i liten grad har kunnskap om tolkenes formelle kompetanse, og de kvalitetssikrer ikke sine tjenester og kjenner heller ikke til om tjenesten kvalitetssikres fra formidlers side. Opplæring for brukere av tolketjenester synes å være mer eller mindre tilfeldig i spesialisthelsetjenesten. Selv om helseforetakene angir å ha kurs/innføring for nyansatte som omfatter tolketjenester, tyder mye på at opplæringen fokuserer mest på bestillingsrutiner. Denne undersøkelsen viser at kun 5 % av de spurte svarer at de har kurs i bruk av tolk, 95 % hevder at det ikke tilbys kurs og 52 % hevder at de ikke får noen opplæring i bruk av tolk (Valio, 2009).

Ifølge analysen angir majoriteten av de spurte å ha faste bestillingsrutiner, samt rutiner for hvor de bestiller tolk fra. Derimot er det alarmerende at kun ¼ angir å ha faste rutiner for å sjekke tolkens kvalifikasjoner, samt informere tolken om samtalens innhold på forhånd. Her ville det vært interessant å vite andel som angir å ha faste rutiner for å sjekke pasientens tolkebehov før samtalen finner sted.



Akershus universitetssykehus har i samarbeid med tolkeutdanningen ved Høgskolen i Oslo, med tilskuddsmidler fra IMDi, utviklet tre E-læringsmoduler for ansatte. Den første modulen ble lansert i vår 2011 og den siste sommeren 2013. E-læringsmodulene er tilgjengelige i Læringsportalen for alle ansatte i Helse Sør-Øst RHF, med utvidet tilgang for eksterne brukere (AHUS, 2011).

1.4 BEGREPER OG DEFINISJONER

1.4.1 Tolk

En profesjonell tolk er en person med opplæring i tolking og som er betalt av helse-systemet for å tolke. En "ad hoc"-tolk er en utrent tolk, ofte et familiemedlem, en to-språklig helsearbeider eller andre frivillige (Karlner et al., 2007). Tolkingen kan skje der pasienten befinner seg (fremmøtetolk) eller via telefon (tefontolk).

En studie i USA viser at profesjonelle tolker gjør færre feil som får kliniske konsekvenser enn ad-hoc tolker (Flores et al., 2003 & 2012). Pasienttilfredshet og tilfredshet hos helsearbeidere er knyttet til type tolk som benyttes. Klinikere er mer fornøyde ved bruk av profesjonell tolk enn ved bruk av ad-hoc tolk (Hornberger et al., 1997). Både pasienter og helsearbeidere har høy tilfredshet med tilstedeværende tolk og dårligere tilfredshet med ad-hoc tolk. Ved bruk av tfontolk, er pasienter mindre fornøyde enn helsearbeidere (Kuo & Fagan, 1999).

Jareg (Jareg & Pettersen, 2006) mener at man kan forvente følgende av tolken:

- ✚ *Tolken skal si tolkereglene til begge parter i første samtale.*
- ✚ *Tolken skal kun oversette det som blir sagt.*
- ✚ *Tolken skal oversette alt som blir sagt.*
- ✚ *Tolken skal ikke formulere egne spørsmål eller gå i dialog med klienten.*
- ✚ *Tolkingen skal være i "jeg-form".*
- ✚ *Mobiltelefonen skal være avslått.*
- ✚ *Alle notater som tolken tar under samtalen, skal rives i stykker i klientens påsyn.*
- ✚ *Det er en fordel at tolken ikke har kontakt med klienten på fritiden.*
- ✚ *Tolken bør ikke gjøre egne avtaler med klienten.*

1.4.2 Tolkens rolle

Det er fortsatt noe forvirring og uenighet om hvordan tolkerollen skal praktiseres. Forvirringen skyldes ikke bare manglende kunnskap om tolkens rolle, men reflekterer også en reell uenighet om denne, noe som særlig gjenspeiler seg i diskusjoner på det internasjonale tolkefeltet. Tolkrolleren i norsk sammenheng defineres av Ret-



ningslinjer for god tolkeskikk (yrkesetiske retningslinjer for tolker). De som arbeider som tolk er stort sett mer klar over disse reglene enn tolkebrukere, men det er en økende bevissthet om tolkereglene hos tolkebrukere. Spesielt innenfor rettsvesenet har det vært et økende fokus på tolkens rolle når det gjelder å ivareta rettssikkerheten til minoritetsspråklige (Jareg & Pettersen, 2006).

Når det gjelder tolking i helsetjenesten har psykolog Odd Harald Røkenes undersøkt tolkers arbeidssituasjon og rolle i psykologisk behandling. Han beskriver ulike typer roller som tolken presses inn i, eller selv velger å ta, når han tolker for mennesker som er i krise (Røkenes, 1992). En tolk kan mer eller mindre frivillig få slike roller. Faren for at tolken forlater sin rolle frivillig, øker hvis tolken ikke kjenner tolkebrukerens arbeidsmåter og faglige begrunnelser for det han foretar seg. Faren for at tolken ufrivillig blir presset ut av rollen sin, øker hvis tolkebrukeren på sin side ikke vet hvilke oppgaver som inngår / ikke inngår, i tolkerollen (Jareg & Pettersen, 2006).

1.4.3 Tolkebruker

Hva forventes av en tolkebruker? I denne sammenhengen siktes det til helsepersonell som hovedbruker. I boken "Tolk og Tolkebruker" (Jareg & Pettersen, 2006) anbefales det at tolkebruker i all hovedsak, bør holde seg til følgende for å skape en vellykket tolkesamtale:

- ✚ *Finn ut om tolken har underskrevet taushetsplikterklæring.*
- ✚ *Bruk profesjonelle tolker. Familiemedlemmer og venner av pasienten er ikke tolker.*
- ✚ *Bestill riktig språk.*
- ✚ *Oppgi hvor mange som skal være til stede, og hvilket saksområde det skal tolkes i.*
- ✚ *Tolken skal i forkant vite navnet til tolkebrukeren, samt nøyaktig saksområde det skal tolkes i.*
- ✚ *Sett av tid til en forsamtale med tolken første gang for å bli enige om felles retningslinjer for samarbeidet.*
- ✚ *Gi tilbud om ettersamtale med tolken ved behov.*
- ✚ *Se på pasienten under samtalen, også når tolken snakker. Dette går lettest hvis partene sitter i trekant, eller tolkebrukeren sitter rett overfor pasienten.*
- ✚ *Finn ut hva som kan gjøre pasienten tryggere på tolken, hvis mistillit er et problem.*
- ✚ *Benytt den samme tolken i hver samtale når tillit er etablert.*
- ✚ *Bruk korte setninger, unngå ordtak og vanskelige ord.*
- ✚ *Legg inn pauser i samtaler og avtal dette med tolken.*
- ✚ *Tolken skal kun tolke og skal ikke trekkes inn i samtalen.*
- ✚ *Ikke la tolken vente sammen med pasienten før samtalen.*
- ✚ *Ikke la tolken sitte alene med pasienten hvis du må forlate rommet.*
- ✚ *La tolken ha pause uten pasienten.*
- ✚ *Respekter tolkens tid. Tolken har ofte andre oppdrag som venter.*
- ✚ *Tolken er en fagperson og ikke en hjelpende hånd.*
- ✚ *Ikke be tolken om å oversette skriftlige dokumenter.*

1.5 RASJONALE FOR UNDERSØKELSEN

En viktig bakgrunn for undersøkelsen var at helsepersonell er funnet å oppleve at tolkebruk er upraktisk og tidkrevende. Kale (2006, s.43) stilte følgende spørsmål i sin konklusjon:

- *“Opplever helsepersonell bruk av tolk som upraktisk på grunn av begrensninger dette medfører i konsultasjonen/behandlingen?”*
- *“Handler det om egen manglende erfaring med å bruke tolk, om pasienters uvilje eller om at rutiner for bestilling av tolketjenester er kronglete?”*

For å få svar på disse spørsmål, må det undersøkes hvilke forhold som forklarer underforbruk av tolk. Målet med denne undersøkelsen er derfor å få innsikt i årsaker til at det fortsatt er underforbruk av tolk i helsetjenesten - sett både fra et pasientperspektiv og et helsepersonellperspektiv.

1.5.1 Målsetting

Undersøkelsen har som mål å:

- ✚ *Undersøke hvorfor det fortsatt er underforbruk av tolk i helsetjenesten*
- ✚ *Undersøke hvilke behov og forslag helsepersonell og pasienter har for å styrke tolkebruk*
- ✚ *Foreslå tiltak for å styrke pasientmedvirkning og helsepersonells pliktoppfyllelse når det gjelder tolkebruk når språket er en barriere for god og likeverdig pasientbehandling.*

1.5.2 Problemstillinger

- ✚ *Hvorfor er det fortsatt underforbruk av tolk i helsetjenesten?*
- ✚ *Hvilke forhold kan forårsake at tolk ikke blir benyttet der behovet for tolk er til stede?*
- ✚ *Hvordan kan helsesystemet fange opp disse forholdene?*



2 METODE, MATERIALE OG ETIKK

Undersøkelsens mål var å belyse underforbruk av tolk i helsetjenesten, noe vi ikke vet nok om verken fra et pasientperspektiv eller et helsepersonellperspektiv. Det ble derfor valgt kvalitativ metode med bruk av fokusgruppeintervjuer som studiens datainnsamlingsmetode. Det sees som en styrke ved denne undersøkelsen er at den studerer fenomenet fra både helsepersonell- og pasientperspektivene, ikke minst sammenlignet med tidligere studier i Norge.

Fokusgruppeintervjuer ble valgt for å kunne innhente informasjon gjennom bruk av en dynamisk interaksjonsprosess, i den hensikt å produsere data og innsikt som det ellers kunne være vanskelig å få frem (Morgan, 1998).

2.1 REKRUTTERING OG UTVALG

Rekruttering av informanter ble avgrenset til kun å omfatte Kvinne- og barneklinnikk og Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus. Avgrensningen ble gjort ut fra prosjektsrammen og sannsynligheten for vellykket rekruttering. Dessuten er dette avdelinger der språk- og tolkeproblemer antas å være mer uttalte enn ved andre avdelinger. Informantene skulle dermed kunne være gode informasjonskilde for temaet (Valio, 2009).

Det ville bli vanskelig å gjennomføre intervju med en pasientgruppe som i utgangspunktet har behov for tolk. Det var derfor hensiktsmessig, men også gjennomførbart, å begrense pasientgruppen til ett språk, vietnamesisk, som også er forskers språk.

På grunn av negativ respons på den opprinnelige rekrutteringsstrategien, hvor invitasjonsbrev ble distribuert til pasienter via sykehusets avdelinger, ble pasientinformantene rekruttert fra en vanlig innvandrerpopulasjon via snøballmetoden. Rekrutteringen skjedde via velkjente vietnamesiske samlingsarenaer, miljøer og via bekjentskaper, og det ble dermed ikke mulig å "håndplukke" pasientinformanter for eksempel etter kjønn og alder. Det sees som en svakhet at pasientgruppen ikke inkluderte pasienter i høyere alder. Det ville vært interessant å vite hva eldre pasienter tenker om tolkebruk, hvordan de opplever underforbruk av tolk og hva de oppfatter som årsaker til underforbruket av tolk i helsetjenesten.

Rekruttering av helsepersonell ble forsinket i forhold til planen. Dette skyldtes en komplisert prosess i forbindelse med avklaringer med sykehusets personvernombud. Antall deltakere blant helsepersonell kunne vært høyere dersom prosjektet hadde hatt bedre tidsramme og rammebetingelser for rekrutteringsprosessen. Det sees som en svakhet at helsepersonellgruppen ikke inkluderte fastlege, helsesekretær og institusjonsledere, siden disse antas å ha påvirkende roller og ansvar i forhold til helsepersonells tolkebruk.

Helsepersonellgruppen besto av seks deltakere; en lege, en psykolog, to sykepleiere, en jordmor, og en sosionom. To av disse var menn og fire var kvinner, hvorav to av kvinnene hadde innvandrerbakgrunn. Informantene hadde ulik ansiennitet ved sykehuset. Felles for dem var at de behandlet eller hadde behandlet minoritetspråklige pasienter uten å ha brukt tolk, selv om situasjonen tilsa at tolk burde vært benyttet.

Pasientgruppen besto av fem deltakere; fire kvinner og en mann med botid i Norge fra 4 – 20 år. Aldersfordelingen var mellom 20 – 35 år. Felles for dem var at de var født i Vietnam og var eller hadde vært pasienter ved Oslo universitetssykehus. Et utvalgs-kriterie var at de skulle ha eller har hatt behov for tolk i møte med helsepersonell, men av forskjellige grunner likevel ikke hadde fått tolk.

2.2 DATAINNSAMLING OG -BEARBEIDING

Intervju med fokusgruppene ble gjennomført ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide, som var basert på seks spørsmål med åpning for avklarende og konkretiserende spørsmål underveis (Appendiks 6). Spørsmålenes hensikt var å få belyst fire tematiske kategorier; 1) Begrepsforståelse ved tolking, 2) Kriterier for tolkebruk, 3) Tolkebruk i praksis (situasjonsbeskrivelse) og 4) Forbedringsmuligheter.

Med utgangspunkt i spørsmål i intervjuguiden, fikk deltakerne snakke fritt om sine begreps-/språkforståelser, forståelser av tolking i en konsultasjon/behandling og sine opplevelser og erfaringer i møte med helsepersonell eller pasient uten bruk av tolk i situasjoner der det var behov for tolk. Deltakerne snakket også om forhold som de mente burde være tilrettelagt for at tolkebruk kunne være en integrert del av helse-tjenesten.



I sin rolle som møteleder sørget forskeren for at alle deltakerne kom til orde og at gruppedynamiske prosesser kunne bidra til kunnskapsutvekslingen og til at samtalen fikk mest mulig konkret forankring i det temaet som skulle belyses (Malterud, 2003).

En virkning av at forskeren har samme landbakgrunn var at det ble lett for pasientinformantene å snakke om temaer som berører "oss". Samtalen bar preg av dette både i forhold til språkbruk og dynamikk. Dessuten brukte pasientinformantene en del ordtak og uttrykk for å beskrive en situasjon, som det ville vært vanskelig eller umulig å uttrykke på norsk. Dette viste seg også nyttig i den etterfølgende analyse. Enkelte funn i denne undersøkelsen ville antagelig ikke blitt avdekket dersom forsker ikke hadde hatt sin språkkompetanse og bakgrunnskunnskap.

Tilsvarende var det i helsepersonellgruppen. Forskeren har fagbakgrunn som helsepersonell og er ansatt ved sykehuset. Dette styrket tillitsforholdet mellom forsker og helsepersonellinformantene og undersøkelsen fikk dermed tilgang til en diskusjon som bar preg av "oss helsepersonell imellom". Det styrket også helsepersonellinformanters trygghet i forhold til å snakke om vanskelige situasjoner og utfordringer. Dette kunne ha vært vanskelig å dele med "utenomforstående", og som også kunne ha vært vanskelig for "utenomforstående" å forstå og følge opp diskusjonen.

Det ble gjennomført ett fokusgruppeintervju med hver av informantgruppene. Det var planlagt et to-timers intervju med hver gruppe, men begge intervjuene strakte seg til ca. 2,5 timer for å oppnå datametning. Begge fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert umiddelbart etter at de var gjennomført. Transkriberingen av intervjuet av pasienter skjedde på vietnamesisk, men sitater som brukes i datapresentasjonen, er oversatt til norsk av forsker. Intervjudeltakerne ble anonymisert under transkripsjonen og omkodet slik at deltakerne ikke er gjenkjennbare i datapresentasjonen. Deltakerne ble fortløpende omkodet med et nummer og en betegnelse som skiller mellom helsepersonell og pasienter.

Transkriberingen ble skrevet ordrett for ikke å miste nyanser i materialet. Det ble i tillegg observert og notert kroppsspråk og reaksjoner som kom til uttrykk ved stemmeleie, latter, irritasjon med videre. Transkripsjonen ble linjenummerert for å forenkle bearbeiding av datamaterialet i analysearbeidet.

Det ble brukt programmet Weft QDA til å kategorisere og systematisere teksten etter de fire tematiske kategoriene. I og med at programmet ikke støttet vietnamesisk, ble

datamaterialet fra pasientgruppen gjennomgått "manuelt" og systematisert med fargekoder i et Word dokument.

Selv om det kun ble gjennomført en fokusgruppe med hver av informantgruppene, antas det at funnene har overføringsverdi til andre innvandrergupper og annet helsepersonell.

2.3 ETIKK OG PERSONVERN

Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus ga sin tilrådning til prosjektet. Siden prosjektet omfatter pasienter måtte det også registreres hos NSD¹⁰.

Helsepersonell- og pasientinformasjonsskriv om prosjektet og prosjektdeltakelse både på norsk og vietnamesisk ble utarbeidet etter NSDs standarder og anbefalinger. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra både helsepersonell- og pasientinformantene etter å ha sikret at alle hadde forstått hva de samtykket til.

Intervjuformen i fokusgruppe kan virke nær og personlig, og det er viktig at informantene føler trygghet for at det de sier ikke blir brukt på annen måte enn det som er avtalt. En opplevelse av gjensidig fortrolighet ble tilstrebet og informantene ble tydelige informert om taushetsplikten og deres rett til å trekke seg fra samarbeidet når som helst i prosessen. Taushetsplikten gjaldt både forskeren og mellom fokusgruppens deltakere. I tillegg ble deltakerne informert om at datamaterialet kom til å bli anonymisert ved at navn ikke gjengis i teksten og personer ikke kan gjenkjennes. Materialet (lydopptak) ble slettet da undersøkelsen var gjennomført. Dette var et krav fra NSD.

Før intervjuene startet ble det grundig forklart hva en fokusgruppe er, og at deltakerne kunne uttrykke sine meninger fritt. Dette var særlig viktig i pasientgruppen. Siden forskeren selv har vietnamesisk bakgrunn, var vietnamesisk tilnærming til kommunikasjon godt kjent for ham. Vietnamesere benytter ofte en spesiell høflighet i kommunikasjon med personer med høyere status, som for eksempel ansatte i helse- og utdanningssektoren, for å vise sin ydmykhet og respekt overfor disse. Derfor ble det spesielt nevnt til pasientinformantene at det ikke var nødvendig å holde igjen kontroversielle meninger.

¹⁰ NSD: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste



3 RESULTATER AV UNDERSØKELSEN

Presentasjonen av funn fra undersøkelsen er organisert etter følgende fire tematiske kategorier:

1. Begrepsforståelse ved tolking
2. Kriterier for tolkebruk
3. Tolkebruk i praksis
4. Forbedringsmuligheter

Følgende informantbetegnelser brukes i presentasjon av funnene:

Pn = Pasient og **Hn** = Helsepersonell

3.1 BEGREPSFORSTÅELSE VED TOLKING

3.1.1 Tolk

Helsepersonell ble bedt om å definere hva en tolk er, altså hvordan de forstår begrepet.

Det kom spontant fra informantene at tolk er en nøytral person og et mellomledd mellom personer som kommuniserer. I tillegg skal denne personen kunne begge språkene veldig godt og ikke være til hinder for ting som skal sies eller blir sagt.

"Ja. Jeg tenker at det er riktig det du sier. At det er en nøytral person som ikke hindrer personen eller eventuelt pasienten i å si enkelte ting da. [...]" (H1)

"Jeg tenker at det kan være at den tolken må kunne begge språk veldig bra. At han må oversette på riktig måte."(H3)

Videre i samtalen dukket det opp andre faktorer som kan beskrive en tolk. Det viste seg etter hvert at helsepersonell egentlig ikke tenker over hvordan og hva en tolk skal være, men etter å ha reflektert over hva de hadde behov for hos en tolk, nevnte de at tolken burde ha utdanning:

"Og så var det... tolken må være... ha utdanning. Det må være hvis jeg skal ha ordentlig tolk."(H2)



Pasientgruppen beskrev tolken som en hjelpende person som snakker begge språkene veldig godt, og som videreformidler budskapet, verken mer eller mindre, mellom de kommuniserende.

”Som P1 sier... kan ikke legge til flere ord... har man sagt ti, skal det kun sies ti og ikke elleve, tolv eller noe.” (P4)

For pasientinformantene er det en forutsetning at en tolk har tolkeutdanning, og gjerne er spesialisert innenfor de forskjellige tolkeområdene. De ser det slik at tolken også må være den som forklarer de profesjonelle begrepene, det vil si at tolken er spesialisert i det fagområdet som tolkes. Pasientgruppen, nevnte i tillegg at det bør være mulighet for valg av kjønn hvis samtalen skulle behandle «kjønnslige sykdommer».

Da det er mye som tyder på at familie og venner ofte blir brukt som tolk, ble pasientinformantene spurt om hvem de helst ville foretrukket som tolk dersom de hadde valget. Pasientinformantene mente uten tvil at profesjonell tolk ville vært det beste for dem.

”Fordi det ikke finnes tilbud om tolk, må man bruke familiemedlemmer. Og hvis... hvis det er tilbud om tolk, hvorfor må man ta med familiemedlemmer.” (P1)

3.1.2 Tolkebruk

Helsepersonellgruppen mente at det er viktig at tolken er kvalifisert og har en tolkeutdanning, men ut fra deres erfaring har ikke alle tolker tilstrekkelig formell kompetanse. Dette mente helsepersonellgruppen kan sees i måten tolken snakker på, eller forholder seg til brukernes henvendelser i en samtale. Helsepersonellgruppen mente at tolken av og til får mer plass enn det er tiltenkt. Det beskrives slik:

“[...] hvert fall sånn når jeg snakker med pasienter, ser de kun på tolken. De gir meg nesten aldri øyekontakt. Det synes jeg det gjør det litt vanskelig å formidle mer enn bare ord da, som kan være innmari viktig.” (H1)

Dette kan se ut til å være en risikofaktor for at helsepersonell velger bort å bruke tolk. Helsepersonellinformantene fortalte bekymret følgende:

“Problemet mitt er at det ikke alltid er så lett å løse alt det. [...]”. (H5)



Helsepersonellgruppen ga uttrykk for at de prøver å løse denne problematikken ved å holde fokus på pasienten mens tolken snakker. Dementte at det er viktig å avklare med pasienten på forhånd at kommunikasjonen skal skje mellom helsepersonell og pasienten. Tolken skal kun være til stede for å oversette det som blir formidlet begge veier.

"[...] Det er vi to som kommuniserer og denne personen skal bare høre på fordi den ikke er aktiv [...]." (H2)

Tolkens kjønn ble påpekt som viktig avhengig av hvor og hva som skal snakkes om. Hvis samtalen for eksempel handler om intime kvinnelige situasjoner, vil det være hensiktsmessig å ha en kvinnelig tolk. Det skal utvises kulturforståelse overfor pasienten. I følge helsepersonellgruppen er det vanskelig å snakke høyt om intime forhold i enkelte kulturer.

"[...] Og så er det en del kulturer som ikke skal snakke særlig høyt om ting. Så... det er veldig viktig å avklare, ja." (H2)

På spørsmål om hvor mange kompetansenivåer det finnes for tolker, ble det fort avdekket at det var lite kunnskap om dette i helsepersonellgruppen, til tross for at enkelte var vant til å bruke tolk.

"Det var vel sånn... eh... har ikke noe personlig erfaring... Vet at det er noen som er stats- autorisert. Men det er ikke så mange som er det, tror jeg, i tolketjenesten som vi bruker." (H5)

Pasientgruppen mente at tolk brukes når noen har behov for tjenesten.

"[...] Når det gjelder bruken... bruken av en tjeneste... eller når man bruker tolketjenesten betyr det at noen har et behov." (P2)

Som en oppfølging av helsepersonellgruppens erfaring med at pasienten ofte ser på og forholder seg til tolken og ikke på behandleren, ble det stilt spørsmål om hvem pasienten/legen skal forholde seg til under samtalen dersom tolk er til stede. Pasientgruppen var bevisst på at det er legen som er personen de henvender seg til. De forklarte at tolken ikke er en del av samtalen, men kun er en hjelpende person utenfra og som videreformidler informasjonen som partene ønsker å si til hverandre på riktig språk. Pasientinformantene mente at tolken bør bruke jeg-form i tolkingen, og at innholdet må oversettes nøyaktig slik det ble sagt. Pasientgruppen tok også opp

tolkens taushetsplikt samtidig som de ikke helt kjente til begrepet. Taushetsplikten sees i sammenheng med de sensitive opplysningene som utveksles under samtalen og kulturelt betingede utfordringer blant minoritetene.

" [...] . Som du vet, for eksempel hvis man går litt dypere med tanke på kultur, så er den vietnamesiske kulturen, slik som kultur fra enkelte andre land, ganske... ganske lukket... ikke som... åpen som den norske kulturen. For eksempel er det en del sykdommer pasienten er veldig redd for... for å være helt ærlig... veldig redd for å fortelle om. Fordi det er noen sykdommer som er veldig... ofte veldig... man bruker begrepet som... sensitiv" (P2 og P4)

Pasientinformantene ga samtidig uttrykk for at tolken i tillegg bør fungere som en kultur- og/eller tjenesteforbidler. Samtlige pasientinformanter beskrev en tolk som ikke kun oversetter samtalen mellom helsepersonell og pasient, men i tillegg har en forklarende rolle i forhold til det som partene ikke forstår, for eksempel kulturelle forhold og andre vanskelige områder. Likevel ga pasientgruppen uttrykk for at det er legen selv som har et særskilt ansvar for å forklare nærmere de vanskelige begrepene og forholdene under konsultasjonen.

" [...] . Utenom de generelle spørsmålene, har du andre spørsmål. Eller hva tenker du... da kan han/hun komme med forslag som vi kanskje kan... forstå bedre enn... forstå... eller man kan stille spørsmål til legen for å vite bedre om helsetilstanden eller om... behov for helsetjeneste eller støtteordning." (P2)

3.1.3 Tolkebruker

Helsepersonellinformantene hadde ikke oversikt over hvem som er tolkebruker. De tenkte umiddelbart på fagpersoner som tolkebrukere med behov for å formidle informasjon oversatt til et språk som pasienten forstår.

Under diskusjonen ble de seg mer og mer bevisst at både helsepersonell og pasienter med behov for tolk er tolkebrukere.

"Ja. Jeg er for så vidt enig. Det er et behov som vi begge vil ha." (H1)

Pasientinformantene viste en klar oppfatning av at det både er helsepersonell/helseinstitusjoner og pasienter som er brukere av tolketjenesten.

"Det er sykehuset og pasienten også." (P5)

Det var imidlertid full forvirring om hvem som hadde ansvaret for å bestille en slik tjeneste. Pasientinformantene var usikre på om de selv måtte sørge for bestillingen,



om fastlegen skulle sørge for det eller om helseinstitusjonene selv hadde egen tolketjeneste og sørge-for-ansvar for tolkebruk. I tillegg var det usikkerhet rundt hvem som har myndighet til å bestemme om en samtale med legen kunne ha tolk eller ikke. Etter diskusjoner rundt dette kom de frem til at det muligens var sykehuset som hadde det ansvaret, og at fastlegen kunne videreformidle behovet. Pasientgruppen mente at pasienter ikke kan medvirke i avgjørelsen om det kan bestilles tolk eller ikke i møte med legen. De mente imidlertid at pasienter kan uttrykke sitt ønske til fastlegen, som igjen kan hjelpe dem med å videreformidle behovet for tolk til sykehuset.

"Fastlegen har ikke myndighet til å bestemme, men kan... kan skrive en beskjed til sykehuset, at denne personen trenger tolk. De kan gjøre det." (P1)

3.1.4 Begrepet «litt norsk»

Helsepersonellinformantene sa at de kvier seg for å benytte tolk når de aner muligheten for å kunne snakke direkte med pasienten. Dette bygger på myten om hvor tungvint det er å bruke tolk under samtalen med pasienter.

"Ja. Kan jeg unngå tolk så ville jeg gjøre det. Sånn tenker jeg fordi det er lettere å snakke direkte hvis man kan det, men det er nok kanskje en av de fellene man kan gå i da." (H1)

Helsepersonellgruppen mente at "litt norsk" er nok til å kunne føre en innkomstsamtale med pasienten, blant annet for å avtale videre behandling, og nok til å føre samtaler om hverdagslige ting. Dette til tross for at "litt norsk" ble oppfattet som veldig diffust og ikke er definerbart. Helsepersonell mente ellers at «litt norsk» ikke er tilstrekkelig dersom det søkes mer forståelse i samtalen.

"... mange fastleger skriver ingenting om... og da må du gjette deg fram... men hvis de hadde skrevet "litt norsk" så ville de kunne ha tenkt at man kanskje prøver litt den første tiden uten tolk, og ser hvordan det gikk liksom. Kanskje å gå den veien istedenfor å begynne med tolk. Det er en del som kvier seg å bruke tolk, så det..." (H5)

"Jeg er enig i det. Det er sånn at du kan gjøre en avtale, eller... Men det er ikke nok til å føre en hel samtale som er, som du trenger å føre. For å få gjort det du skal. Det blir noe sånn grenser, tenker jeg. At "kan en del norsk"... da kunne man kanskje hatt en samtale uten tolk." (H1)

De hadde ofte opplevd at når det ble sagt at pasienten kunne «litt norsk», viste det seg gjerne at vedkommende likevel kunne mye mindre enn det man legger i uttryk-

ket "litt norsk". Likevel nøyer helsepersonell seg med "litt norsk", og vil gjerne prøve uten tolk først for å se behovet an.

"Det er gjerne å snakke litt norsk, og så oppdager vi ofte at de snakker mindre norsk enn det man ofte tror. [...]. Går det en dag så har de på en måte ikke fått med seg, så. Men litt norsk, vi nøyer oss gjerne med det da." (H4)

Det er en gjenganger at helsepersonellinformantene først prøver uten tolk for å bekrefte eller avkrefte om det er behov for tolk. Dette til tross for at de vet at pasienten ikke snakker godt nok norsk til å kunne gjennomføre konsultasjonen/samtalen med helsepersonell.

"Jeg kjenner meg igjen det hun sier. Jeg gjør det. Litt spesielt når folk kan si ja. Du kan si ganske mye, og så kan du få "ja". Da tenker du at... DET er lett å tenke at den andre forstår hva du sier, men det er ikke... antagelig galt i det... i det tilfellet da." (H1)

Helsepersonellinformantene er på sett og vis klar over at det kan oppstå misforståelser dersom samtalen gjennomføres uten tolk i tilfeller der pasienten snakker litt norsk.

"[...]... at man misoppfatter fordi at det kanskje kom... det har noe med at de ofte liksom ikke har mye avanserte ord da, på følelser eller abstrakte ting eller forskjellige... fortid, skiller fortid og nåtid. Språk er jo ganske vanskelig, tenker jeg. Sånn at det er veldig mange sånne misforståelser det kan bli... uten... hvis man skal la være å bruke tolk. Når det er litt..." (H5)

"[...] Det er det som er utfordringen. Forstår de ikke i det hele tatt så er det bare å bruke tolk. Det er de gråsonene hvor problemene er... antagelig." (H1)

På spørsmål til helsepersonellgruppen om det er forskjell mellom "litt norsk" og "lite norsk", ble det kontant konstatert at det å snakke lite norsk betyr "nesten ingenting".

"Lite kan nesten være ingenting." (H1)

De diskuterte også forskjellen på betydningen av "litt norsk" kontra "en del norsk". Her går en grense som helsepersonellgruppen ikke kunne definere, men likevel bruker for å unngå tolkebruk. Samtidig gir de uttrykk for at manglende tolkebruk kan få alvorlige konsekvenser;

"Så kan det være litt sånn... kanskje det blir feil fordi vi tenker på vårt behov for å få svar på våre spørsmål, men det kan være... altså det hender det er noe de trenger å si. Det blir nesten litt sånn reklame på TV med forsikringssselskap, når det liksom... opererer feil bein,



fordi du er i et land du ikke får sagt ifra... hvor problemet er. Det blir ikke fullt så dramatisk, men det har noe med å få sagt det.” (H1)

Det kom også frem i helsepersonellgruppen at ved vurdering av hvorvidt det skal bestilles tolk, vurderer de først dette etter at en samtale ikke har ført frem. Helsepersonellgruppen presiserte at tolk benyttes først når de ikke når fram med det de ønsker å formidle, eller at de ikke får svar på sine spørsmål.

I motsetning til helsepersonellgruppen, hadde pasientinformantene en helt klar oppfatning på hva ”litt norsk” står for.

”Når det er litt norsk, betyr det at man nesten ikke forstår norsk selv når det brukes på vanlig måte. Betyr at man heller ikke forstår. Når, som oss, vi går på norsk kurs og bruker det uttrykket, betyr det at man nesten ikke kan kommunisere, og ikke snakk om å komme på sykehuset.” (P5)

På kontrollspørsmål til pasientgruppen om forskjellen mellom ”litt norsk” og ”lite norsk”, kom det frem at ”litt norsk” kan forstås som ”ingenting”, men ”lite norsk” kan bety at man praktiserer norsken sjeldent, men ikke nødvendigvis at man ikke forstår norsk. Pasientgruppen kom likevel tilbake til viktigheten av at det å snakke «litt norsk», må forstås som «nesten ingenting».

Dette illustrerer pasientgruppens klare holdning til begrepet og til vurdering av behovet for tolk.

”Nei. Hvis ”litt”, da er det ikke mulig å sitte og snakke med legen.” (P1)

3.2 KRITERIER FOR TOLKEBRUK

Under denne tematiske kategorien ble det forsøkt å få fram informantenes erfaring med og synspunkter på hva som bør ligge til grunn for tolkebruk. Her kom det frem hvilke metoder helsepersonellgruppen bruker for å avgjøre om tolk skal brukes eller ikke. Helsepersonellinformantene oppga tre hovedkriterier for å vurdere bruk av tolk: 1) skjønnsvurdering, 2) pasientens vilje og 3) informasjon fra henvisende instanser og informasjon i pasientjournalen.

Pasientgruppen hadde imidlertid andre synspunkter på hvordan systemet bør være for å ”fange” opp tolkebehovet. Pasientinformantene mente at det er avgjørende at det er samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ut-

over dette så de for seg en systematisk vurdering med synliggjøring av behov for tolk i helsetjenesten.

3.2.1 Skjønnsvurdering

Helsepersonellgruppen opplyste at det ikke finnes rutiner eller klare vurderingskriterier for tolkebruk. Mye går på skjønn: når samtalen med pasienten stopper opp på grunn av språk, når pasienten ønsker det (eller ikke ønsker) eller når tolkebehovet er tydelig anført på henvisningen eller andre innkomstdokumenter.

”På avdelingen så er det vår egen vurdering tror jeg. Ofte at det er sånn når vi føler at språket er manglende. Kommunikasjonen blir så dårlig at det kommer i veien for behandlingen på en måte, så bruker man tolk. Men det er jo, det er ikke noe så veldig sånn... virkelig ordentlig regel for det. Det er vel siste utvei er det ikke det?” (H5)

Helsepersonellinformantene ga uttrykk for motstridende oppfatninger når det gjelder viktigheten av tolkebruk, helt uavhengig av hvor de jobber. På den ene siden er det viktig at kritisk informasjon uhindret skal nå fram og på den annen side er det en ”se an”-holdning som råder. Av og til vurderes det at tolk kun behøves ved enkelte temaer, som medisinerer.

”Altså, hvis det er for eksempel medisinerer eller noe som er veldig sånn viktig å vite absolutt nøyaktig så kan det nok kanskje vurderes tolk i enkelte timer hos oss også da, selv med de pasientene vi vanligvis ikke bruker tolk.” (H5)

Fra et likeverdighets perspektiv er det interessant at helsepersonellinformantene beskriver sine valg av tolkebruk slik:

”Vi prøver i hvert fall, men det hender vi går utenom. Store samtalen går gjerne gjennom tolk. Der er ting man ikke, hva skal jeg si, ting man ikke gjør uten å snakke med... nøye... med de pårørende hvis vi skal avslutte for eksempel behandlingen. Så er det veldig viktig å ha alle med seg, og da må man forstå hva man sier. Sånn sett så...” (H6)

Videre sies det:

”Hvis vi ser en situasjon til folk som ikke snakker norsk kontra en norsk pårørende når det er kritisk med barn, så vil ingen gå fra barnet sitt. Sånn er det jo bare. Men de norske pårørende... de får tettere legesamtale... gjerne mer enn en gang om dagen når det er kritisk for barnet. Men det har vi ikke mulighet til så det blir oppsamling, snitt en gang i uka, to ganger i uka istedenfor en gang om dagen.” (H6)



På spørsmål om hvordan pasientens språkkompetanse skjønnsmessig vurderes, kom det derimot frem lite konkrete beskrivelser.

”Det kan også være det at du får lite utfyllende svar så kan det være et tegn da... hvis du får mye ja eller lite utfyllende. Det kan bli en sånn opplevelse og ikke få... føle seg forstått da... av pasienten. Eller at pasienten ikke forstår deg. Det er lite definerbart altså. Det er vanskelig å definere det. Når er det... hvor er grensa.” (H1)

I tillegg mente en helsepersonellinformant at det er:

”Sånn at hvis det går noenlunde bra så har man lett for å si at det går fint, og så er det hvis pasientens syns det er deilig å slippe å ha tolk så er det vel alle fornøyde.” (H5)

Helsepersonellgruppens skjønnsvurdering av tolkebehov er imidlertid ikke i overensstemmelse med pasientgruppens vurdering. Pasientinformantene har en gjennomsnittlig relativt lang botid i Norge, samtidig som disse ga tydelig uttrykk for at deres norskkunnskaper ikke er tilstrekkelig for å gjennomføre en samtale med legen. Det ble påpekt at det er viktig å være oppmerksom på at botid ikke er ensbetydende med god språkferdighet i norsk. De mente at det ofte kan gå i motsatt retning på grunn av språklig stagnasjon, altså at morsmålet stagnerer mens nytt språk ikke nødvendigvis blir bedre. Følgende kom spontant fra en pasientinformant:

”Det er ofte slik at man ikke forstår bedre norsk selv om man har bosatt seg i Norge over lengre tid, samtidig som vietnamesisken går i glemmeboken. Fordi man ikke bruker...” (P2)

Pasientene uttrykte en enorm frustrasjon i møte med helsetjenesten fordi de ikke får uttrykt det de egentlig tenker og føler på grunn av manglende språklig kompetanse.

”Eller hvis vi ønsker å formidle hvordan vi føler oss... for eksempel... syk... syk er for eksempel... når legen spør... hvordan føler du deg. Vi klarer omsider ikke å forklare følelsen... vondt eller ubehagelig eller hva foregår... hvordan sykdommens tilstand utvikler seg. Bedre... men ”bedre” her omfatter kun det generelle. Men hva er egentlig bedre og hvordan bedre, eller hvordan tilstanden utvikler seg, eller hvordan man kjemper mot utmattelsen, får man ikke uttrykke alt.” (P2)

3.2.2 Pasientens vilje

I følge helsepersonellgruppen er pasientens vilje et ofte brukt kriterie for tolkebruk. De fryktet at mange lar være å bruke tolk av bekvemmelighetshensyn, og gjerne dropper tolk dersom pasienten gir uttrykk for det samme. Dette kriteriet blir brukt for

å slippe tolkebruk, når pasienten nekter å ha tolk med i samtalen. Det virker som om det i slike tilfeller er en lettelse for helsepersonellet.

"Jeg er redd for at en del helsepersonell synes det er ubehagelig eller mer tungvint å bruke tolk, og så er det hvis pasienten synes det er deilig å slippe å ha tolk så er det vel alle fornøyd... og det er ikke sikkert at det er alltid den beste løsningen." (H5)

Samtidig som "pasientens vilje" ses som et av hovedkriteriene for tolkebruk, er det andre uklare premisser som begrenser tolkebruk. Det er uklart om dette skyldes tilgangen til tolk eller økonomiske insentiver.

"Altså, vi får ikke tolk med en gang vi heller, så vi må samle opp altså. Men de norske pårørende, de får tettere legesamtale, gjerne mer enn en gang om dagen når det er kritisk for barnet. Men det har vi ikke mulighet til med tolk, så det blir oppsamling, snitt en gang i uka, to ganger i uka istedenfor en gang om dagen." (H6)

Det ble spurt om hvordan helsepersonell bør handle dersom pasienten ikke ønsker å benytte tolk, men høres ut til å trenge det for ivaretagelse av informasjonsplikten. Helsepersonellgruppen ga uttrykk for at en slik situasjon kunne bli utfordrende, i hvert fall hvis pasientens norskkunnskap ut fra en skjønnsvurdering ligger på grenseland mellom "litt norsk" og "en del norsk". Det blir en vanskelig avveining. Gruppen antydte at det å avstå fra bruk av tolk anses som det mest foretrukne når "muligheten" byr seg.

"Det er en utfordring også. I hvert fall når det er en pasient, nå, som er litt på grenseland mellom litt norsk og en del... det blir en avveining når han ikke ønsker å bruke tolk. Han mener miljøet er så lite og." (H1)

Pasientgruppen ble spurt om helsepersonell noensinne hadde spurt dem om de ville ha tolk. Følgende kom spontant fra alle:

"Aldri noensinne." (samtlige pasienter)

Pasientgruppen ga uttrykk for at helsepersonell tar lite initiativ for å tilby tolk til pasienter som kan "litt norsk" eller "en del norsk". Pasientinformantene blir fortvilt i slike situasjoner, men tør likevel ikke uttrykke ønske om tolk, blant annet fordi de er redd for at ønsket om tolk er overflødig, fordi de ikke har rett til det eller at de kan bli sett på som kravstore pasienter.

"Ofte tenker man om det var riktig å gjøre dette. Har man rett til dette? Eller det man sier, eller det man ønsker er bare overflødig? De kan jo si at vi krever altfor mye." (P2)



"Ja, spør jo ikke om du trenger tolk. Hvis du føler at... hadde de spurt om jeg trengte tolk, ville jeg helt klart sagt ja. Hvorfor det, fordi man ikke forstår hva de sier og hva de gjør med en. De snakker om alt mellom himmel og jord. Hvem kunne vite?" (P1)

Pasientgruppen var klare på alternative løsninger hvis det viser seg vanskelig å skaffe fremmøtetolk. De mente at den beste løsningen da ville være å benytte telefontolk. De mente at telefontolk er å foretrekke i de fleste tilfellene som ved akutte innleggelser, vanskelige temaer og andre temaer med behov for anonymitet.

"Ofte er det til og med flaut å snakke direkte med legen, enda er det en tolk til stede. Blir enda mer flaut skjønner du. De ser oss ikke hvis det er en telefonsamtale. Det blir lettere å snakke." (P3)

3.2.3 Henvisning og pasientjournal

Helsepersonellgruppen mente at det er viktig at fastlegene helt konkret opplyser om pasienten har behov for tolk i sin henvisning til spesialisthelsetjenesten. En slik opplysning i henvisningen ville forenkle vurderingsarbeidet slik at man ikke hele tiden måtte sitte og gjøre skjønnsvurdering før eller under samtalen. De mente videre at fastlegen kjenner den henviste pasienten best og over lengre tid. Dette gjør fastlegen til den beste instansen for å vurdere hvorvidt pasienten har behov for tolk eller ikke. Helsepersonellgruppen hevdet videre at det er minst like viktig at fastlegen opplyser om alternative kommunikasjonsmuligheter, for eksempel hvis pasienten snakker engelsk.

Helsepersonellinformantene uttrykte oppgitthet og mente at ikke alle fastleger er opptatt av temaet til tross for at det gis tilbakemeldinger om dette.

"Ja, det er vel sånn tilbakemelding man prøver å gi til fastlegene da. Det er de som søker mest til oss, altså de må si fra om det trengs tolk. Men det er ikke alle som er opptatt av det likevel. Man prøver da. Men..." (H5)

De kom derfor frem til et klart ønske om at tolkebehov burde være et fast punkt på henvisningen fra henvisende leger. Det ble videre nevnt at systemet kunne legges bedre til rette for en slik rutine, for eksempel ved obligatorisk informasjon om tolkebehov fra henvisende lege og som notat i journalsystemet med eget felt for tolk. De mente at temaet burde bli en fast del av journalføringen. Nå er det ingen rutiner for å rapportere tolkebruk, og praksisen er forskjellig og tilfeldig. Helsepersonellinformantene mente at det er mulig å bruke feltet for kritisk informasjon til å notere en slik

melding for å sikre at informasjonen blir fanget opp. Det må imidlertid komme som krav eller føringer fra ledelsen at tolk skal vurderes og behovet rapporteres, og at dette må bli en del av rutinen for journalføring.

"Kunne hatt fast punkt på en henvisning. Det er stort sett den henvisningen vi går ut fra. Eventuelt hvis det er noe i journalsystemet fra tidligere. Hvis det har noe informasjon som vi kan gå inn og sjekke. Det bør være et eller annet punkt som vi kan se." (H1)

Det kom også fram frustrasjon i forhold til brukervennlighet og dårlig søkefunksjon i pasientjournalsystemet. Man må gjennomføre lange journaler for å finne en viktig detalj som tolkebehov. Samtlige i helsepersonellgruppen uttrykte sterkt ønske om en slik rutine eller et vurderingssett på linje med alle andre inntaksvurderingene. Dette er særlig viktig ved inntaksten, blant annet for å kartlegge videre behandlingsforløp.

Det ble videre sagt at temaet ikke vil bli prioritert hvis det var snakk om frivillighet.

"Det er hvis jeg tipper med meg selv. Hvis det er noe jeg må gjøre, da gjør jeg det. Men om det kan vurderes selv om jeg gidder å gjøre det, da gjør jeg det ikke." (H4)

3.3 TOLKEBRUK I PRAKSIS

Under denne tematiske kategorien, fokuseres det på informasjonsarbeid om opplæringsrutiner, rutiner for avviksregistrering samt kunnskap om og erfaring med tolkebruk, eventuelt ikke-tolkebruk.

3.3.1 Informasjon og tilgjengelighet

På spørsmål om hvordan helsepersonell opplever rutine for og informasjonsarbeid knyttet til tolkebruk, viste gruppen gjennomgående manglende kjennskap til lov- og regelverket som regulerer rett og plikt til tolk i henhold til både Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven. Helsepersonellinformantene opplevde også at det ikke finnes klare retningslinjer for når tolk bør benyttes.

"Jeg er ikke kjent med rutine eller lovverket i forhold til tolk. Finnes det, eller?" (H3)

"Nei, ikke jeg heller..." (flere helsepersonell)

De uttrykte videre at det ikke er mye å utsette på informasjonen om hvordan tolk bestilles. Dette ble opplevd som en grei og enkel rutine. Det ble imidlertid utvist frustra-



sjon når det gjelder retningslinjer for når tolk skal brukes. Helsepersonellinformantene ga uttrykk for at de ikke er kjent med retningslinjer for når tolk skal benyttes eller hvordan dette skal noteres og rapporteres videre. Dette kunne vært nyttig, konstaterer de.

Helsepersonellgruppen uttrykte også behov for informasjon til pasientene for å øke deres kunnskaper om retten til tolk. For eksempel kunne slik informasjon innarbeides i en informasjonsbrosjyre om avdelingen.

”Å ha en informasjonsbrosjyre kunne vært aktuelt da. Men for så vidt ikke til oss men til pasienter, som er der hvor de kommer, på ulike språk for eksempel. Vi kunne kombinere informasjon om tolk og informasjon om avdelingen for eksempel.” (H1)

Pasientgruppen ble spurt om hvordan de opplever informasjonen om for eksempel retten til tolk. Gruppen viste total mangel på kunnskap på området. Pasientinformantene ble videre spurt om de hadde mottatt informasjon om retten til tolk i forkant eller etterkant av innleggelse. Svaret var kontant NEI fra samtlige informanter.

Selv om pasientinformantene var usikre på hvor og hvordan de kunne finne informasjon om for eksempel pasientrettigheter, ga de uttrykk for at behandlende lege må gi tilstrekkelig informasjon dersom man spør om det. Paradoksalt nok forutsetter dette likevel at man forstår hverandre, la en pasientinformant til.

På spørsmål om hva pasientinformantene tenkte om tilgjengeligheten til tolk i helse-tjenesten, kom det enstemmig frem at tolkebruk er en mangelvare.

”Eksisterer ikke.” (P5)

3.3.2 Tilrettelegging og avviksmelding

Det kom flere forslag til hvordan praksisen kan tilrettelegges i hverdagen for utvikling av rutiner for tolkebruk, vurderingsmetode og opplæring av helsepersonell samt for hensiktsmessig distribusjon og publisering av informasjon om tiltakene.

For at rettighet og plikt til bruk av tolk skal kunne etterleves, mente helsepersonellinformantene som nevnt at praksisen må innarbeides i en slags rutine, en obligatorisk sjekklister eller et vurderingsskjema. Det ble spesielt nevnt at det også må settes en tidsfrist for gjennomføring av en slik vurdering.

”Du skal krysse av hvem vurdering du har gjort. Og der bør kanskje den her med tolk inn. Det er en masse vurdering som du skal gjøre. Det er ikke noe tvil om at det skal du gjøre. Har du ikke gjort det så får du kjeft.” (H4)

Det ble videre sagt at det er hensiktsmessig å ha egen vurderingsrutine for tolk, på lik linje med de andre vurderingsrutinene på avdelingen, og som gjøres tilgjengelig i e-håndbok. I tillegg mente helsepersonellinformantene at det er like viktig at pasientinformasjon om tolk tydeliggjøres og innarbeides som en del av avdelingsinformasjonen. Det kan være forvirrende og tungvint for pasientene å fange opp all relevant informasjon fra flere forskjellige kilder.

Det å ha tilgang til nødvendig utstyr er også avgjørende for tolkebruk i flere situasjoner som ved telefontolking. Da vil man kunne bestille tolk på kort varsel uten at konsultasjonstimene nødvendigvis må utsettes på grunn av språkbarrieren. Dette, mente helsepersonellinformantene, vil være tidsbesparende og eventuelt også bidra til pasientenes vilje til å bruke tolk.

”Da tenker jeg litt også om det går an å tilrettelegge for telefontolking bedre kanskje enn det noen ganger er. Det er sånn forskjell på telefoner du kan bruke. Tror jeg det er høyttalertelefon du må ha ikke sant. At man liksom har en rutine så det er enkelt, noe å benytte seg av. Så tror jeg det ville hjelpe fordi det ofte er lettere å få tak i akutt på kort varsel.” (H5)

Det ble tidligere nevnt at konsultasjonen til tider kan avsluttes og utsettes hvis samtalen ikke fører til noe konstruktivt på grunn av manglende kommunikasjon som skyldes språk. På bakgrunn av dette ble det stilt spørsmål til gruppen om det foreligger rapportering eller måling av utsatte timer som skyldes språk. Helsepersonellinformantene mente at det kan være vanskelig å gjennomføre den typen rapportering. For det første finnes det ikke en hensiktsmessig måte å rapportere om slike situasjoner, blant annet fordi det ikke eksisterer særskilt rutine for avviksregistrering med hensyn til tolkebruk. For det andre, slik praksisen er i dag, vil det å avviksregistrere manglende bruk av tolk, være det samme som å kritisere seg selv for dårlig vurderingsevne, i og med at mye av grunnlaget for tolkebruk er helsepersonells selvstendige skjønnsvurdering. Slik sett kan dette forhindre de fleste i å rapportere om slike avvik, mente helsepersonellinformantene.

”Det kan hende det at det kan sitte litt langt inne for det er ens egen vurdering det går på da.” (H1)



Det ble i tillegg meddelt at pasientjournalssystemet heller ikke er tilpasset eller egnet for en slik rapportering. Pasientjournalssystemet oppfattes som en slags fortellerjournal, hvor det ikke er faste punkter der man kan krysse av for tolkebruk, behov for tolk eller manglende bruk av tolk. Derfor vil det bli svært vanskelig for mottakende behandler å følge opp i det videre behandlingsforløp.

Pasientgruppen så ut til å sitte med mye usagt når det gjelder språklige problemer i helserelaterte situasjoner. Pasientinformantene mente at språk er avgjørende for om de mottar god eller mindre god helsetjeneste, ikke minst ved kritiske situasjoner. Selv om den yngre befolkningen ofte kan trenge hjelp med norsk språk, mente pasientinformantene at de likevel vil klare seg bedre. Yngre mennesker er uansett bedre oppdatert, spesielt ved hjelp av "jungeltelegrafene".

Pasientinformantene mente at det kunne være hensiktsmessig å ha en slags hotline som ble viderekoblet til en tolketjeneste i akutte situasjoner. Dette er særdeles viktig siden det kan handle om liv og død hvis det oppstår språklige misforståelser, så en av pasientinformantene.

"Jeg tenker spesielt på den gruppen eldre mennesker. De har ikke, de kan ikke snakke norsk, sånn er det i det vietnamesiske fellesskapet, og når deres barn ikke er hjemme. De opplever noe kritisk og ringer 113, men de klarer ikke å beskrive. Og i telefonen spør de hele tiden "hva føler du, kan du beskrive...". De kan jo ikke snakke... og man ringer jo kun i en kritisk situasjon. Vi må jo ha... i det minste må helsevesenet skaffe en hot-line, at hvis du snakker vietnamesisk trykk her, og så blir direkte viderekoblet til... så de får sagt alt om helsetilstanden, norske helsetjenesten blir på den måten mye bedre." (P2)

Utover dette ønsket pasientgruppen at helsepersonellet kunne være mer oppmerksom på og uoppfordret spørre om de har behov for tolk. Pasientinformantene erfarte at dette er helt fraværende. De opplyste i tillegg at enkelte vegrer seg for å "kreve" for mye. Det er derfor meget viktig å opplyse om at tolk er et offentlig tilbud og en rettighet inkludert i den helsetjenesten en hvilken som helst pasient mottar.

3.3.3 Kunnskap og erfaring

Helsepersonellgruppen mente at deres fravær av kunnskap om lov- og regelverk om pasientrettigheter og helsepersonells plikter angående tolkebruk er et problem på et høyere nivå. Denne kunnskapen bør forankres allerede i utdanningen, og nyansatte må orienteres om temaet på nybegynnerkurs.



Helsepersonellinformantene ga uttrykk for at det er manglende fokus på tolkebehov fra henvisende leger, spesielt fastleger.

”Ja, det er vel sånn tilbakemelding man prøver å gi til fastlegene da. Det er de som søker mest til oss, og så de må si fra om det trengs tolk. Men det er ikke alle som er opptatt av det likevel. Man prøver da. Men...” (H5)

Helsepersonellgruppen opplevde samtidig en forbedring ved at det har blitt enklere å bestille tolk, både teknisk og praktisk. De konstaterte at det ikke er noe å utsette på bestillingsrutinen.

”Virker som det er blitt liksom litt lettere både den tekniske delen å bestille det, og man trenger det da.” (H5)

Man kommer likevel ikke unna temaet om skjønnsvurdering, sa en helsepersonellinformant. På den ene siden vurderer helsepersonell hvorvidt pasienten forstår norsk, men på den annen side må det også tas hensyn til hvorvidt en norsk dialekt er forståelig, til og med for norske.

”Det er en vurdering uansett tror jeg. Hva tror du pasienten får med seg hvis du ikke føler at pasienten eller pårørende får med seg det du sier, så har man behov for tolk. Det er bare det at jeg snakker bokmål. Kan godt være at noen forstår meg men nå er ikke det issue men jeg tenker på noen andre som har behandling, og så er det en som snakker sognemålet så... selv om du forstår meg, så forstår da den personen? Så, det er individuelt på, altså, hva forstår vedkommende uansett?” (H6)

Pasientinformantene uttrykte fortvilelse og skuffelse når det gjaldt tolkebruk i sykehus. De mente at manglende kommunikasjon på felles språk kan ha medført at en del informasjon under konsultasjonen har gått tapt.

”Selvfølgelig. På bakgrunn av det har jeg sagt til legen at jeg forstår litt norsk, men ikke alt. Jeg skjønnte ikke bæret av mange ord som ble sagt og hva de innebar.” (P1)

På spørsmål om hvordan pasientinformantene trodde det ville være dersom tolk benyttes i møte med helsepersonell, mente de at situasjonen ville vært helt annerledes og absolutt bedre for dem. Med tolk kan de beskrive sine følelser og bekymringer, noe som var meget viktig for pasientinformantene at legene fikk med seg.

”Det blir helt sikkert mye bedre. Da får jeg sagt alt om hva jeg har gått gjennom og hva jeg følte. Jeg sa til dem at jeg hadde feber. De sa ”det går bra”. Hva blir det på norsk... ”det går bra” betyr vel at det er ingenting, ikke sant? Når det er ingenting, hva mer kan man si? Så da sier man ikke noe mer.” (P1)



Videre ble det spurt om hvorvidt tolkebruk praktiseres hos fastlegene. Det kom umiddelbart og samstemt frem at tjenesten heller ikke eksisterer hos fastlegene. Dette er grunnen til at mange har valgt leger med samme språk som sin fastlege. Da får de uttrykt og beskrevet sine problemer og bekymringer. Det tilføyes at mange unnlatte å gå til periodekontroll nettopp fordi de er bekymret for ikke å kunne forklare alt under undersøkelsen. Det ble påpekt at dette begrenser deres mulighet til å benytte seg av slike offentlige tilbud.

Pasientinformantene uttrykte i tillegg at de føler frykt, stress, usikkerhet, het, "overlatt sin skjebne til behandleren", mindreverdige og ydmyket når de er i en behandlingssituasjon uten tolk.

"Mindreverd, redd, føler mye forskjellig, usikkerhet. Generelt er det ikke, man har liksom ikke begrep på noen ting." (P1),

"De som ikke kan snakke norsk, de er helt, på en måte bekymret og redd. Så da vet de ikke hvordan de forklarer eller vil, må beskrive så legen forstår." (P5)

3.4 FORBEDRINGSMULIGHETER

3.4.1 Organisatorisk

Helsepersonellgruppen mente at det vil være hensiktsmessig å informere om tolketilbudet før pasienten møter opp. Det kan gjøres ved å integrere informasjonen i innkallingsbrevet hvor det gis mulighet for pasienten til å bekrefte sitt tolkebehov. De påpekte at det er viktig med et systematisk kartleggingsverktøy for å identifisere tolkebehov. Dette må benyttes allerede fra innkommst og følge pasienten gjennom hele behandlingsforløpet. Denne informasjonen må også være en del av pasientjournalen og blir synliggjort i egne rubrikker i journalen. De mente også at det er nødvendig å innskjerpe rutiner i forbindelse med henvisning.

"Men det, når vi snakker om kriterier, så vi skulle ønske at det var en sånn rutine mens jeg i første instans, kartlegge denne personen, ikke sant, før man går videre." (H2)

"Kunne hatt fast punkt på en henvisning. Kunne kanskje vært noe som lå i journalsystemet på et vis, at det står behov for tolk eller ikke. Når du slår opp på det så kan du se, hvis det noe som har vært i systemet fra før selvfølgelig." (H1)

Helsepersonellgruppen påpekte at arbeidsplassen er ikke tilrettelagt godt nok til å kunne arbeide effektivt med tolk. De fokuserte spesielt på tilrettelegging av nødvendig utstyr, som egnede telefoner for telefontolking.

"Da tenker jeg litt også om det går an å tilrettelegge for telefontolking bedre kanskje enn det noen ganger er. Det er sånn forskjell på telefoner du kan bruke." (H5)

Helsepersonellgruppen etterlyste bedre informasjon til pasienter. De foreslo blant annet å innarbeide informasjon om tolk som en del av avdelingsinformasjonen. Pasienten vil på denne måten slippe å forholde seg til ulike informasjonskilder, noe som kan øke sjansen for at pasienten får med seg viktig informasjon, sa en helsepersonellinformant.

"Å ha en informasjonsbrosjyre kunne vært aktuelt da. Men for så vidt ikke til oss men til pasienter, som er der hvor de kommer, på ulike språk for eksempel. Vi kunne kombinere informasjon om tolk og informasjon om avdelingen for eksempel." (H1)

Pasientinformantene, på sin side, mente at det vil være hensiktsmessig hvis informasjon og tilbud om tolk gis når de innkalles til legetimen.

"I den prosessen hvor den første instansen man møter. Og de sier da "du har time i dag?" og da sier jeg at "jeg er vietnamesisk". For eksempel, trenger du tolk? Kjempefint." (P2)

I tillegg mente pasientinformantene at det kunne være praktisk om sykehusene utdannet sine egne tolker. Dette ville kunne bidra til bedre tilgjengelighet og kvalitet på tolketjenesten, inkludert måten tolken behersker den faglige terminologien.

"Hvis sykehuset har en avdeling som utdanner tolk for eksempel... kjempebra... for når utenlandske pasienter kommer for konsultasjon eller behandling, kan man når som helst og uansett snakke med vedkommende. Men jeg tenker, slik som P2 sa... Telefon. Det er veldig bra, og veldig tilgjengelig og egnet." (P1)

Sykehuset kunne for eksempel innføre en slags vaktordning, hjemmevakt eller lignende. På denne måten ville sykehuset kunne ha tilgang til tolk uansett når på døgnet, eksempelvis via telefon. Om nødvendig kan tolken møte opp innenfor en viss responstid.

"Det beste er sykehuset utdanner en gruppe som alltid er i beredskap, kan tolke 24/24. Men selvfølgelig må disse gjennom en opplæring som sykehuset har, for å forstå det sykehusfaglige. Og da har vi en gruppe profesjonstolk. Da blir det enda bedre. Det må være utdannet av sykehuset. Det er det beste." (P4)



Utover dette påpekte pasientgruppen svakheter ved helsesystemet i forhold til eldre pasienter, særlig de som ikke behersker det norske språket. Det kunne dessuten utvikles en integrert telefontolketjeneste i forbindelse med akutte situasjoner, for eksempel for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, AMK. Pasientgruppen mente at en slik tjeneste ville berge liv i en kritisk situasjon.

"Vi må jo ha, i det minste må helsevesenet skaffe en hotline, at hvis du snakker vietnamsk trykk her, og så blir direkte viderekoblet til... Så de får sagt alt om helsetilstanden, norske helsetjenesten blir på den måten mye bedre." (P2)

3.4.2 Kompetanseheving

Helsepersonellinformantene virket frustrert når de snakket om kunnskap om lovverk som regulerer tolkebruk. De etterlyste undervisning om rettigheter og plikter i forbindelse med tolkebruk. De mente at dette ville bidra til en bedre holdning og gi grunnlag for å kunne hevde sin rett til å bruke tolk når det er behov for det.

"Kan ingenting om de reglene. Kanskje man da må ha en undervisning da. Dette er reglene. Altså, man skal kunne forsvare det på en eller annen vis hvis det er økonomi som man har latt presset på alle kanter for tida dessverre." (H6)

Helsepersonellgruppen mente også at de har behov for kursing i tolkebruk. Kurs kan bidra til at helsepersonell blir bevisst både på rett og plikt og på at tolkebruk er viktig for å levere likeverdig helsetjeneste.

"Det er en vurdering uansett tror jeg. Hva tror du pasienten får med seg hvis du ikke føler at pasienten eller pårørende får med seg det du sier, så har man behov for tolk. Det er bare det at jeg snakker bokmål. Kan godt være at noen forstår meg men nå er ikke det issue men jeg tenker på noen andre som har behandling, og så er det en som snakker sognemålet så. Selv om du forstår meg, så forstår da den personen? Så, det er individuelt på, altså, hva forstår vedkommende uansett." (H6)

Helsepersonellinformantene uttrykte i tillegg behov for å øke kompetansen blant helsepersonell i selve metodikken for gjennomføring av en pasientsamtale med tolk. Dette vil bidra til å eliminere oppfattelsen av at det er tungvint å bruke tolk.

"Å lære seg å snakke om tolk altså. Hvis man ikke har gjort det så er det klart at det er... det er også tungvint. Men er man vant til å snakke til personen, jo flere ganger du snakker gjennom tolk, jo vanligere er det. Sånn er det bare." (H6)

Internundervisning ble nevnt som et viktig forum for å spre kunnskap om rett og plikt til tolk. Helsepersonellgruppen konkretiserte at det å få en e-post med slik informasjon

ikke ville hjelpe da det lett vil gå i glemmeboken. Det å kunne diskutere og snakke sammen om temaet er en viktig og riktig måte å spre budskapet på i fagmiljøet. Man blir mer bevisst på problematikken hvis temaet blir tatt opp ofte nok, i form av jevnlig informasjon, diskusjon og undervisning.

”Terper og terper i internundervisning og nyansatte undervisning, alle undervisninger, altså, at det her går på likeverdig helsetjeneste, ikke sant? Vi skal, vi må faktisk ha det. Vi er pålagt det, og da må vi blant annet ha tolk.” (H5)

”Informasjon, undervisning. Det er bare at det er opptatt, det er et tema hele tiden. At vi snakker sammen. Bare gjennom det her så har jeg blitt mye mer bevisst på, bare å ha sittet her i to timer liksom. Ja, men det må liksom opp, man må snakke sammen.” (H4)

Helsepersonell mente også at det er viktig å tydeliggjøre konsekvensene ved ikke å bruke tolk. De mente at problemet ligger i de såkalte gråsonene mellom det å forstå norsk, i den forstand at pasienten forstår samtalen og evner å forklare sine følelser på en detaljert og utfyllende måte, og det å forstå «litt norsk».

”Kanskje å ta i bruk av ikke-eksemplene, men på en måte fremstille at du kan gå glipp av mye verdifulle informasjon da til tross for at pasienten tilsynelatende kan eller forstå, hva skal jeg si. Det er det som er utfordringen. Forstår de ikke i det hele tatt så er det bare å bruke tolk. Det er de gråsonene hvor problemene er, antagelig.” (H1)



4 DRØFTING OG TILTAK

Målsettingen for denne undersøkelsen var å få innsikt i hvorfor det fortsatt er underforbruk av tolk i helsetjenesten, undersøke hvilke behov og forslag helsepersonell og pasienter har og foreslå tiltak for å styrke tolkebruk. Funn fra undersøkelsen drøftes utfra et likeverdighetsperspektiv, og vil i det følgende bli organisert ut fra årsaker til underforbruk av tolk og forslag til å styrke tolkebruk. Til slutt foreslås tiltak for å styrke tolkebruk og bidra til likeverdige helsetjenester, og dermed styrke pasientmedvirkning og helsepersonells pliktoppfyllelse i forhold til bruk av tolk.

4.1 ÅRSAKER TIL UNDERFORBRUK AV TOLK

Tolkebruk i Oslo universitetssykehus er regulert i "Retningslinjer for tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter". Retningslinjene er basert på forslag til "Felles overordnede retningslinjer for bruk av tolk i offentlig sektor" utarbeidet av arbeidsgruppe nedsatt av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) våren 2008, og Helse Sør-Øst RHF sin "Retningslinjer for bruk av tolk og tolketjenester i møte med flerspråklige"(2006). I tillegg har Helsedirektoratet høsten 2011 gitt ut en ny veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2011).

Likevel er det funnet underforbruk av tolk ved Oslo universitetssykehus. Funn fra fokusgruppeintervjuene med helsepersonell og pasienter gir flere forklaringer på hvorfor tolk ikke brukes til tross for språklige barrierer og klare retningslinjer. Undersøkelsen har avdekket et mangelfullt system for å fange opp, håndtere og følge opp tolkebehovet, særlig hos pasienter som snakker «litt norsk». Både helsepersonell- og pasientinformanter ønsker at det iverksettes tiltak for å kvalitetssikre kommunikasjonen mellom de ulike helseinstansene angående vurdering av tolkebehov og tolkebruk. Det etterlyses rutiner for å sikre vurdering av tolkebehov, samt rapportering og oppfølging av tolkebruk i helse- og omsorgstjenester.

4.1.1 Forståelse av begreper ved tolking

En tolket samtale kan lett bli vanskelig når pasient og helsepersonell har ulik forståelse av tolkens rolle, av hensikten med å ha tolk og av behov for tolk når pasienten snakker "litt norsk".



Tolken forstås i begge grupper som en nøytral, velkvalifisert person og et mellomledd mellom personer som kommuniserer med forskjellige språk. Tolkens rolle, derimot ble oppfattet ulikt i informantgruppene. Pasientgruppen mente at tolken må være spesialisert i medisinske termer som de utdyper i den videre formidling. Helsepersonellinformantene opplevde det som vanskelig at tolken ofte tar mer plass enn tiltent og at pasienten dermed ofte ser på tolken under samtalen. Dette var en grunn til at de opplevde en tolket samtale som tungvint i konsultasjonen.

Helsepersonellinformantenes forståelse av begrepet tolkebruker var preget av egne behov for å gi og motta informasjon og mindre fokus på pasientens rett til medvirkning og til å få informasjon på en forståelig måte. Pasientinformantene på sin side mente at begge parter er tolkebrukere og de var bekymret og frustrert over at deres språkkunnskaper blir overvurdert, og tolkebehovet undervurdert, fordi de snakker «litt norsk». Samlet kan dette bidra til underforbruket av tolk.

4.1.2 Overvurdering av språkkompetanse når pasienten kan «litt norsk»

Det er lett å undervurdere behovet for tolk i betydningen å overvurdere pasientens norskkunnskaper. Det er stor forskjell på norsk som redskap i dagligtale og norsk i møte med helsetjenester (Sajjad, 2011).

Helsepersonell- og pasientinformantene hadde ulike oppfatninger av om tolk bør benyttes hvis pasienten snakker «litt norsk». Helsepersonellinformantene brukte ofte kategoriene «lite norsk», «litt norsk» og «en del norsk» for å vurdere om en konsultasjon skulle gjennomføres med eller uten tolk. Dersom pasienten snakker «en del norsk», er det ikke behov for tolk. Dersom pasienten snakker «lite norsk», må tolk benyttes. Kategorien «litt norsk» derimot beskriver en mellomposisjon der alle helsepersonellinformantene mente at tolkebehovet ikke er stort nok til å bestille tolk, til tross for at helsepersonell ikke kan definere ferdighetsnivå for «litt norsk» og «lite norsk».

Når vi hører at de snakker «litt norsk», nøyer vi oss med det.

Flere opplevde imidlertid grenseoppgangen når pasienten snakker «litt norsk» som en utfordrende gråsone ved vurdering av tolkebehovet. Dette må ses i lys av at helsepersonell tar det for gitt at det er mye enklere å gjennomføre konsultasjonen selv der tolketjenesten er tilrettelagt og tilgjengelig (Diamond et al., 2008).



Helsepersonells skjønnsmessige vurdering av norskferdigheter i slike situasjoner kan tilsløre behov for tolk og kan i seg selv være en viktig årsak til underforbruk av tolk. Dette må ses i sammenheng med at ansvaret for å vurdere behov for tolk er tillagt behandlingsansvarlige alene ifølge sykehusets retningslinjer. Dermed er helsepersonell tillagt en oppgave som de ikke har kompetanse i, nemlig å vurdere personers norskkunnskaper. Dette funnet understøtter også funn fra en tidligere studie ved NAKMI, hvor 30 % av helsepersonell svarte at det ofte oppstår situasjoner hvor de ikke bruker tolk selv om pasientens norskferdigheter er mangelfulle (Kale, 2006; Kale & Syed, 2010).

Helsepersonellinformanter mente at i tillegg til språkmessig vurdering av norskkompetanse, er temaet for konsultasjonen avgjørende for om det er nødvendig å bruke tolk. Samtaler som handler direkte om behandling og medisinerer vurderes som viktig. Dette tyder på at vurdering av tolkebehov er først aktuell når helsepersonell har vurdert at samtaleemnet er viktig. Det er grunn til å tro at helsepersonells skjønnsmessige gradering av samtaleens viktighet kan være til hinder for tolkebruk selv der det er språklig nødvendig.

Pasientinformantene vurderte tolkebehovet på en helt annen måte. De opplevde at «litt norsk» er helt utilstrekkelig for å gjennomføre samtaler med helsepersonell. Dette indikerer at det er et mørketall når det gjelder tolkebehov og underforbruk av tolk. Pasientinformantene opplevde at det er lett å undervurdere deres behov for tolk i helsetjenesten, fordi helsepersonell overvurderer deres norskferdigheter. Dette støttes av tidligere forskning, både fra Norge og internasjonalt (Baker et al., 1996; Djuve & Pettersen, 1998; Magelssen, 1999; Perkins, 2003; Sajjad, 2011).

“ Nei. Hvis “litt norsk”?
Da er det ikke mulig
å sitte og snakke
med legen

Sykehusets egne ”Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter” støtter pasientinformantenes vurdering ved å slå fast at tolk er nødvendig også der pasienten snakker «litt norsk»:

«Språkproblemer skal ikke undervurderes. Allerede ved første møte med sykehuset skal minoritetsspråklige pasienters behov for tolk avklares og journalføres.

Ferdighet i et fremmedspråk er ofte situasjonsbestemt. Evnen til å snakke et fremmedspråk kan svekkes ved sykdom og stress, dvs. at selv om pasientene kan snakke/forstå noe norsk

kan det være behov for tolk. Tolk skal derfor vurderes og eventuelle behov skal journalføres.» (Retningslinjer, 2010)

Til tross for dette velger helsepersonell å prøve uten tolk først og ifølge pasientinformantene protesterer ikke pasienten for ikke å virke kravstor og uhøflig. De vet heller ikke at tolk er en rettighet. Dette bidrar til underforbruk av tolk.

4.1.3 Når pasienten ikke vil ha tolk

Hvis pasienten synes det er deilig å slippe tolk, så er det vel alle fornøyde.

Helsepersonellgruppen mente at pasientens vilje er ett av vurderingskriteriene for tolkebruk. Dette er funnet å være den tredje hyppigste årsak til at tolkebruk ikke blir benyttet der behovet for tolk er til stede (Valio, 2009). Funn fra

fokusgruppene understøtter dette og avdekker samtidig at helsepersonell gjerne bruker «pasienten ønsker ikke tolk» for å unngå tolkebruk. Det er et paradoks når helsepersonellinformantene mente at "pasientens vilje" er et av kriteriene for tolkebruk, mens pasientinformantene opplyste at de aldri fikk tilbud om tolk.

Oslo universitetssykehusets "Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter"(Retningslinjer, 2010) sier følgende:

«I de tilfeller der pasienten ikke ønsker å benytte den tolken eller tolketjenesten som sykehuset har innhentet, skal dette respekteres og journalføres.»

Dette kan lett misoppfattes som en oppfordring til å «imøtekomme» «pasientens vilje».

4.1.4 Manglende informasjon om retten til tolk

Ingen av pasientinformantene hadde fått informasjon om retten til tolk, verken fra fastlegene eller sykehusets helsepersonell. De hadde heller ikke fått tilbud eller orientering om tolk. Pasientinformantene var helt uvitende om sine rettigheter. De visste heller ikke hvem som har ansvar for å bestille en tolk ved behov. Det er et viktig funn at pasientinformantene trodde at de måtte bruke venner eller familiemedlemmer som tolk fordi helsetjenesten ikke ga dem informasjon om retten til å bruke en profesjonell tolk. Selv der en pasientinformant hadde opplyst om at hun ikke forsto alt, fikk hun ikke informasjon om retten til tolk.



Pasientgruppen uttrykte fortvilelse og skuffelse når det gjelder tolkebruk i sykehus. De mente at manglende kommunikasjon på felles språk kan medføre at viktig informasjon under konsultasjonen går tapt.

Denne pasientinformanten var tydelig på at hun ville takket ja til å ha tolk dersom hun ble gjort kjent med retten til tolk. Dette tyder på at overvurdering av pasientens norskkunnskap og mangel på informasjon om retten til tolk fører til lavere forespørsel etter tolk.

“ Fordi man ikke får tilbud om tolk må man bruke familiemedlemmer

Også en gjennomgang av samtlige standardbrev¹¹ som sendes til pasienter ved Oslo universitetssykehus viser at informasjon om retten til tolk er helt fraværende. Dette kan forklare hvorfor mange pasienter ikke eksplisitt uttrykker sitt behov for tolk. Samlet kan dette bidra til underforbruk av tolk.

Pasientinformantene fortalte i tillegg at de ikke blir spurt om behov for tolk og de krever ikke tolk selv. De mente at de kan bli oppfattet som uhøflige og kravstore pasienter hvis de selv ber om tolk. Som tidligere omtalt er det vanlig folkeskikk at vietnamesere utviser respekt for personer de oppfatter har høyere status, som eldre eller høyt utdannede (Eriksen & Sørheim, 2006). En lege eller annet helsepersonell vil vanligvis tilskrives en slik høy status. Dette vil bidra til at en vietnamesisk pasient ikke tør å be om tolk, særlig ikke når de ikke kjenner sine rettigheter.

4.1.5 Samhandling om informasjon mellom helsetjenestene

Både helsepersonell- og pasientinformantene mente at samhandlingen mellom primærhelsetjeneste (særlig fastlegene) og spesialisthelsetjeneste (sykehuset) er mangelfull på en måte som bidrar til underforbruk av tolk.

Ett av kriteriene for vurdering av tolkebruk er informasjon om tolkebehov fra henvisende lege. Helsepersonellinformanter mente at det er en utfordring å få fastleger til å oppgi slik informasjon i sin henvisning. Dette er i samsvar med IMDis rapport om fastleger og tolketjenester. Rapporten viser at én av fire fastleger mente at ansvaret for oppheving av språkbarrierne først og fremst er pasientens ansvar og at dette ble

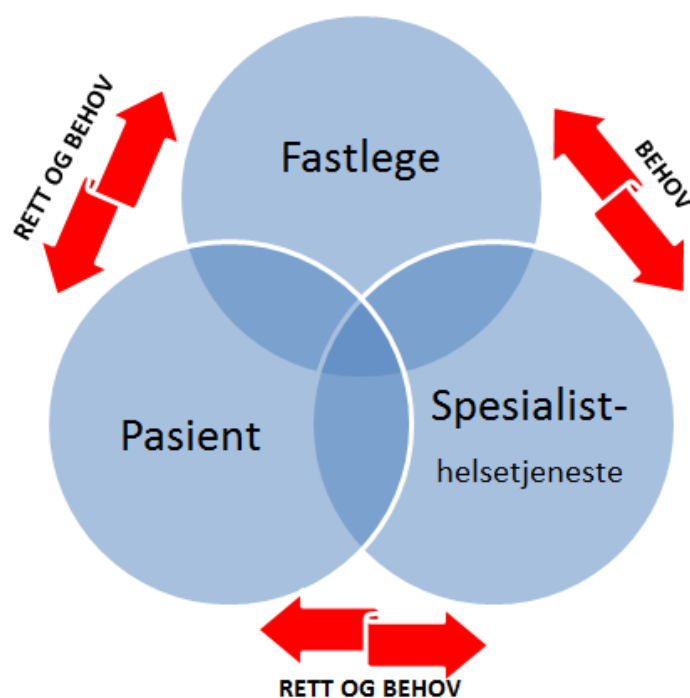
¹¹ Brev som sendes til pasienter enten for å bekrefte at pasienten har rett til behandling, har ikke rett til behandling, innkalling til innleggelse, innkalling til legetime, endring av tidligere nevnte tidspunkter m.m. Det ble rettet henvendelse til sykehusets kvalitetsavdeling for innsyn i standardbrevene uten lykke. Brevene det vises til her er utkast til brevene som planlegges implementert, tilsendt fra seksjonen for likeverdig helsetjeneste.

sett i sammenheng med botid i Norge. Enkelte leger var dessuten usikre på om retten til dekning av tolkekostnadene bortfaller etter en viss botid i landet (IMDi, 2007). Pasientinformantene mente at deres norskkunnskaper ikke er tilstrekkelig for å samtale uten tolk med legen tross lang botid. NOU nr. 7 (2011) slår også fast at botid i et land ikke kan sees i sammenheng med språkkompetanse. Det må i tillegg tas hensyn til at når man er syk og bekymret, forstår man enda mindre (Le et al., 2013).

I helsepersonellgruppen hadde de ofte opplevd at henvisende fastleger ignorerer språklige barrierer, også når sykehuset ga tilbakemeldinger om det. Informasjonsflyt mellom primærhelsetjenestene og sykehuset er dermed ufullstendig i begge retninger og dette bidrar til underforbruk av tolk på begge nivåer i helsetjenesten.

Figur 4: Samhandling om pasienten: Informasjon og kommunikasjon om retten til og behov for tolk.

Hvordan sikre tolkebruk i helsetjenesten?



Samhandling om pasienten:
Informasjon og kommunikasjon om retten til og behov for tolk



4.2 FORSLAG TIL FORBEDRINGER

I diskusjonen om samhandlingen mellom instansene i helsetjenestene kom særlig helsepersonell med flere forslag til hvordan man kunne bedre samhandlingsrutinene for å sikre tolkebruk i samsvar med faktiske behov.

Diskusjonene i fokusgruppene hadde avdekket at det ikke finnes faste rutiner eller objektive kriterier for å kartlegge og vurdere tolkebehov i forkant av en innleggelse eller en poliklinisk konsultasjon. Helsepersonellinformantene ga uttrykk for at slike rutiner er etterlengtet samtidig som de uttrykte motstridende oppfatninger om når det er aktuelt å vurdere et tolkebehov. På den ene side er det viktig at kritisk informasjon uhindret når frem til pasienten, men på den annen side råder en "se an" holdning. Dette indikerer usystematisk og tilfeldig tolkebruk uavhengig av behov og viser også at kriterier og rutiner kan være en støtte for helsepersonellet.

4.2.1 Rutiner som sikrer tolkebruk

Både helsepersonell- og pasientinformantene mente at sykehusene må innføre nye henvisningsrutiner som inkluderer obligatorisk vurdering av tolkebehov. De mente at dette vil forenkle kartlegging av tolkebehov ved innkomst. Dessuten vil det kunne bevisstgjøre henvisende leger og forplikte dem til å etterleve lovens bestemmelser om informasjonsplikt. Helsepersonellinformantene var likevel tydelige på at en slik henvisning ikke vil erstatte øvrige nødvendige rutiner i sykehuset for å vurdere tolkebehov og sikre tolkebruk.

Det de etterlyste var en rutine, en vurderingsmetode eller en slags sjekklister som kan kvalitetssikre vurderingen for å unngå at tolkebehov undervurderes og pasientens norskkunnskaper overvurderes. Et slikt verktøy kan bidra til bedre rapportering, og danne grunnlag for dokumentasjon både av tolkebehov og faktisk tolkebruk. Helsepersonellgruppen mente også at implementering av en slik rutine vil ansvarliggjøre tjenesteyteren og bedre deres profesjonelle vurdering av situasjonen.

Andre rutiner som ble forslått var at informasjon om tolkebehov blir tydeliggjort i epikriser som sendes fra sykehus til fastlegekontor. En slik ordning mente de i tillegg vil kunne ivareta behovet for rutiner for registrering, rapportering og oppfølging av både tolkebehov og tolkebruk.



Rutiner ved henvisning, epikriser og registrering i journal er imidlertid et ansvar som ligger hos sykehusledelsene og ledelsene i primærhelsetjenesten.

4.2.2 Metoder og utstyr som kan lette tolkebruk

Helse Sør-Øst RHF fraråder bruk av telefontolking i "Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med flerspråklige pasienter" (Retningslinjer, 2006). Skaaden (2007) hevder at telefontolking ikke er et fullgodt alternativ på grunn av tolketekniske og sikkerhetsmessige aspekter. Oslo universitetssykehus anbefaler telefontolking der annen tolk ikke er mulig å anskaffes. Helsepersonellinformantene mente at det bør i større grad benyttes telefontolking. Dette anbefales også i rapporten om "Integrering av tolk i helsetjenesten" (Valio, 2009). Telefontolking er både praktisk i konsultasjoner og for samtaler ved en akutt innleggelse. Helsepersonellgruppen mente at rutinemessig bruk av tolk, inkludert telefontolking, vil styrke deres trygghet i tolkebruk - øvelser gjør mester. En forutsetning for god telefontolking er godt og tilrettelagt utstyr, hevdet helsepersonellgruppen. Dette vil forenkle både beslutning om tolkebruk og bestilling av tolk på kortvarsel. Helsepersonellinformantene mente også at dette vil forebygge at konsultasjonstimer blir utsatt fordi tolkebehovet ikke var blitt avdekket i forkant. De mente at dette vil være tidsbesparende og samtidig bidra positivt til pasientens vilje til å bruke tolk. Helsepersonellgruppen var imidlertid opptatt av at tolkenes fysiske arbeidsplass må være tilrettelagt under telefontolking for å sikre at samtalen gjennomføres med god kvalitet og skjer på en hensiktsmessig måte.

Pasientinformantene påpekte at telefontolking er særlig viktig i akutte situasjoner. De mente at Akuttmedisinsk kommunikasjonssentralen (AMK-sentralen) bør tilrettelegges for telefontolking med umiddelbar respons. En studie utført i London konkluderte at konsultasjonen blir bedre ved bruk av tolk i en akutt situasjon utenfor sykehuset (Leman, 1997). Pasientinformantene var tydelig på at liv kan berges dersom innringer får forståelig livredningsinstruksjon. Denne metoden ble vurdert som en hensiktsmessig måte å tilrettelegge for en effektiv kommunikasjon med minoritetsspråklige innringere (Gerwing & Indseth, 2010).

4.2.3 Rapportering, oppfølging og avviksregistrering av tolkebruk

Diskusjonen i helsepersonellgruppen viste mangelfull tilrettelegging for rapportering og oppfølging av tolkebruk. Det finnes ikke rutiner for å vurdere eller følge opp tolkebehov. En studie gjennomført på Gynekologisk poliklinikk ved Oslo universitetssyke-



hus Ullevål fant det samme (Tangnes et al., 2010). Denne studien har resultert i en sjekkliste for å sikre tolkebruk der det er behov for det og/eller der pasienten selv ønsker det (Appendiks 7). Denne sjekklisten kan avdekke både behov for og bruk av tolk etter den første samtalen. Det vil si at den første samtalen ofte foregår uten tolk. Slikt kunne vært unngått dersom tolkebehovet var blitt avdekket før pasienten møter opp til konsultasjonen.

Helsepersonellinformantene uttrykte frustrasjon over brukervennligheten av dagens pasientjournalssystem. Systemet ble beskrevet som en forteller-journal som ikke eger seg til kvantitativ rapportering av tolkebehov og tolkebruk. De opplyste videre at det heller ikke finnes retningslinjer eller prosedyre for hvordan man journalfører tolkebehov og tolkebruk, men man kan benytte feltet for kritisk informasjon til å registrere opplysning om tolk. På denne måten vil meldingen bli lest av neste behandlingsansvarlige. I følge sykehusets "Prosedyre for bruk av pasientjournal – kritisk informasjon", omhandler kritisk informasjon opplysninger om legemiddelallergier, andre allergier, smitte og implantater eller andre forhold som er av medisinsk betydning. Dersom en slik registreringsrutine skal etterleves, må sykehuset definere informasjonen om tolkebehov og tolkebruk som kritisk informasjon. Alternativt må krav om registrering av tolkebehov og tolkebruk nevnes eksplisitt i denne prosedyren.

Helsepersonellgruppen uttrykte likevel et sterkt ønske om egne rubrikker i pasientjournalen for rapportering om tolkebehov og tolkebruk. De mente at dette vil forenkle arbeidet både ved synliggjøring, kartlegging og oppfølging av tolkebehov.

Diskusjonen i helsepersonellgruppen dreide seg også om rutiner for «avviksregistrering» dersom tolk ikke ble benyttet ved behov. Helsepersonellinformantene var usikre på hvordan dette kan gjennomføres. En avviksregistrering på feilet behovsvurdering vil naturlig bli oppfattet som «selvkritikk». Dette forklares med at tolkebehov ofte vurderes utfra helsepersonells eget skjønn. Helsepersonellgruppen var tydelig på at de ikke registrerer avvik for situasjoner der tolk burde ha blitt benyttet uavhengig av årsaker. Rutiner for avviksregistrering viste helsepersonell dermed et ambivalent forhold til.

4.2.4 Opplæring i lovverk, tolkebruk og kommunikasjon

Undersøkelsen avdekket at helsepersonell mangler kunnskap om lov- og regelverk som regulerer tolkebruk i helsetjenestene, tolkens yrkesetiske retningslinjer og kompetanse i tolkebruk.

I sykehusets "Retningslinjer for tolk og tolketjeneste i møte med minoritetsspråklige pasienter", presiseres det at tolken skal utføre sitt verv samvittighetsfullt og i samsvar med "Retningslinjer for god tolkeskikk" (jf. IMDi). I tillegg nevnes det at helsepersonell bør gjennom internopplæring sørge for at tolk i kommunikasjon med pasienter/pårørende er innforstått med hva dette innebærer (Retningslinjer, 2010). Det finnes derimot ingen etablert prosedyre i sykehuset/avdelingene som beskriver hvordan helsepersonell bruker tolk. Helsepersonellinformantene fortalte at de ikke kjenner til rutiner/regler for tolkebruk, samtidig som de etterlyste en slags prosedyre som veileder dem gjennom hele prosessen fram til en beslutning om tolkebruk blir tatt.

Helsedirektorat har høsten 2011 lansert en ny veileder om tolk og tolkebruk. Veilederen forsøker å gi veiledning i hvordan en tolk brukes og hvilke momenter kan være viktig å være oppmerksom på i en tolket samtale. Likevel bør denne veilederen kun brukes som et supplement til en internopplæring. Den skal altså ikke erstatte en grunnleggende opplæring i tolkebruk i virksomheten. En undersøkelse utført av NOVA¹² på helsestasjoner i bydel Alna viser at tolkebruk er problematisk på grunn av manglende opplæring. Rapporten konkluderte med at opplæring i tolkebruk er nødvendig og kan redusere mye av det ubehaget mange føler ved å bruke tolk (Danielsen et al., 2011). Vår undersøkelse avdekket en generell mangel på kommunikasjonsferdighet hos helsepersonellgruppen. God kommunikasjon er en forutsetning for at det lykkes i en tolket samtale. Opplæring i tolkebruk bør derfor inkludere tema om generell kommunikasjon med pasienter. Dette understøttes av andre funn om at det er viktig å gi opplæring i generell kommunikasjon i møte med minoritetsspråklige pasienter (Valio, 2009).

Oslo universitetssykehus har gitt ut en statusrapport om tolkebruk i helsetjenesten: *Ikke lenger «en tjeneste av ukjent kvalitet»* (Linnestad & Buzungu, 2012). Rapporten viser at 88 % av brukte tolker er ukvalifiserte tolker. Vår undersøkelse avdekket at helsepersonellgruppen mangler kunnskap om tolkenes kvalifikasjonsordning, og

¹² NOVA: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.



hvordan de kan velge ønskede kvalifikasjoner hos tolken. Dette tyder på at det er behov for kompetanseheving hos helsepersonell, også i forhold til vurdering av tolkers kvalifikasjoner. Helsepersonellinformantene mente at det kan være effektivt å inkludere tematikken i internundervisninger hvor det også kan diskuteres. Dette vil kunne bevisstgjøre helsepersonells ansvar både ved vurdering av tolkebehov og ved valg av tolkens kvalifikasjon.

Diskusjonen i helsepersonellgruppen tyder på at sykehusets interne informasjonsformidling om tolkebruk ikke er godt forankret i fagmiljøene. Sykehuset har en egen seksjon for likeverdige helsetjenester. På seksjonens hjemmeside finnes det forholdsvis god informasjon om tolk og tolkebruk. Helsepersonellgruppen mente imidlertid at slik informasjon ikke når de som virkelig har behov for slik kunnskap. Informasjonen kan enkelt formidles i forbindelse med opplæring ved nyansettelse, og også gis som en repetisjon for de som har behov for det.

Diskusjon med pasientgruppen viste at de har forståelse for "spillereglene under en tolket samtale". De har imidlertid ingen kjennskap til tolkens yrkesetiske retningslinjer. Pasientinformantene sa dessuten at de forventer at tolken bistår i kulturelle, faglige og andre vanskelige spørsmål. Samtidig mente pasientinformantene at legen har et særlig ansvar for å forklare betydningen av de vanskelige begrepene og forholdene. Pasientgruppen sa videre at de ofte ikke evner å stille de "riktige" spørsmålene. De snur seg i stedet til tolken og forventer at vedkommende påtar seg en forklarende rolle. Pasientgruppens erfaringer bygger herved oppunder behovet for opplæring av helsepersonell i kommunikasjonsstrategi og -ferdighet.

4.3 ANBEFALTE TILTAK

På bakgrunn av funn fra undersøkelsen anbefales det åtte tiltak for forbedring av tolkebruk i helsetjenesten. Tiltakene grupperes under tre kategorier: 1) Tiltak for å bedre tolkebruk i helsetjenesten og for å avdekke gap mellom tolkebehov og tolkebruk, 2) Tiltak for å kunne sikre god kommunikasjon og likeverdig tilgang til nødvendig helsehjelp overfor minoritetsspråklige pasienter og 3) Tiltak for å evaluere kvalitet av tolkebruk.

For en helhetlig forbedring av tolkebruk i helsetjenesten inkludert kvalitetssikring av tolketjenesten og sikring av likeverdig tilgang til nødvendig helsehjelp for minoritetsspråklige pasienter, bør samtlige tiltak implementeres.

Kategori 1

Tiltak 1-4 bør være obligatoriske.

1. **Tilføye en egen rubrikk på henvisningsskjema fra fastleger hvor det er obligatorisk å oppgi status om tolkebehov.** Helseinstitusjoner vil med dette tiltaket kunne sikre data som dokumenterer tolkebehov hos henviste pasienter.
2. **Tilføye et eget punkt med informasjon om retten til tolk i innkallingsbrev inkludert svarslipp ved behov for tolk.** Helseinstitusjoner vil med dette tiltaket kunne sikre data om tolkebehov hos innkalte pasienter før møtet. Dette forenkler tilrettelegging for tolkebruk i forkant av en innleggelse/poliklinisk konsultasjon.
3. **Innføre en egen sjekkliste på avdelingene som kvalitetssikrer tolkebehov før, under og etter pasientsamtalen.** Sjekklisten journalføres i henhold til punkt 4, eller følger pasientjournalen gjennom hele behandlingsforløpet. Helseinstitusjoner vil med dette tiltaket kunne dokumentere og eliminere usett tolkebehov i forhold til punkt 1 og 2.
4. **Tilføye en egen rubrikk eller et eget notatfelt om både tolkebehov og tolkebruk i elektronisk pasientjournal¹³.** Det er også hensiktsmessig å registrere og rapportere om type tolk som benyttes. Helseinstitusjoner vil med dette tiltaket kunne sikre data som muliggjør kartlegging og synliggjøring av tolkebehov, tolkebruk, tolkens kvalifikasjon og tolkesamtalens kvalitet.

¹³ Dette tiltaket kan innføres midlertidig ved bruk av manuelle registreringsskjema dersom endring i det elektroniske pasientjournalssystemet tar tid. Registreringsskjemaet må imidlertid følge pasientjournalen gjennom hele behandlingsforløpet.



Kategori 2

Tiltak 5-6 er viktige for å kunne oppnå god kommunikasjon, redusere reelt underforbruk av tolk og sikre likeverdig tilgang til helsehjelp for minoritetsspråklige pasienter.

5. **Institusjonen gir opplæring ved nyansettelse inkludert studenter, i lovverket om rett og plikt til tolk og i tolkebruk inkludert generell kommunikasjonsferdighet og kvalifikasjoner hos tolk.** Det er hensiktsmessig å undersøke behovet og tilby samme opplæring til øvrige ansatte i institusjonen. Helseinstitusjoner vil med dette tiltaket kunne sikre ansattes kunnskap om rett og plikt til tolkebruk og kommunikasjonsferdighet i møte med minoritetsspråklige pasienter, samt deres evne til å sikre korrekt kvalifikasjon hos tolken som benyttes.
6. **Innføre en 24-timers telefontolketjeneste for AMK-sentralen.** Helseinstitusjoner vil med dette tiltaket kunne sikre likeverdige tilgang til nødvendig helsehjelp for minoritetsspråklige pasienter, også ved akuttmottak og akutt innleggelse.

Kategori 3

Tiltak 7-8 er hensiktsmessige og bør implementeres for å sikre data om kvalitet både hos tolken og i tolkesamtalen.

7. **Registrering av pasientens morsmål, botid og eventuelt pasientens landbakgrunn i pasientjournalen.** Helseinstitusjoner vil med dette tiltaket kunne sikre data som er viktig i arbeidet med å kvalitetssikre bestilling og bruk av riktig språk ved behov for tolkebruk. Dette vil samtidig gi data om sammenheng mellom tolkebehov, tolkebruk, landbakgrunn, språk, alder og botid. Dette vil også være nyttig for fremtidige tolkeundersøkelser, for eksempel tolketjenestens kvalitet pr. språk og tolkens kvalifikasjon pr. språk m.m.
8. **Tilføye et eget punkt om tolkebehov og tolkebruk i avdelingens rutinemessig evaluering av sykehusopphold/sykehusbesøk.** Helseinstitusjoner vil med dette tiltaket kunne sikre data for å kunne dokumentere gap mellom tolkebehov og tolkebruk, samsvar mellom pasients og helsepersonells opplevelse av tolkens og tolkesamtalens kvalitet og samsvar mellom tolkens kvalifikasjon og kvalitet.



5 IMPLIKASJONER

Undersøkelsen av tolkebruk i Oslo universitetssykehus har bidratt med erfaringsbasert kunnskap om underforbruk av tolk. Med utgangspunkt i funnene fra undersøkelsen og de anbefalte tiltak kan helseinstitusjoner planlegge mer effektiv pasientbehandling av minoritetsspråklige pasienter og regne ut langsiktig kostnadseffektivitet per minoritetsspråklig pasient. Dette er i tråd med helsepolitiske målsetninger om effektiv og likeverdig helsetjeneste.

Formidlingen av undersøkelsens resultater har, noe ensidig, vektlagt de forhold som fungerer dårlig / ikke fungerer i forhold til tolkebruk i helsetjeneste. Et sentralt funn i den forbindelse var at manglende rutiner for helsepersonells skjønnsvurdering av tolkebehov når pasienten snakker «litt norsk», innebærer en overvurdering av helsepersonells kompetanse i et ukjent fagfelt. Dette undergraver pasientens rett til medvirkning og er ikke forsvarlig i henhold til helselovgivningen.

Selv om det er grunn til å anta at resultater fra undersøkelsen har overføringsverdi til andre innvandrergupper og annet helsepersonell, er det hensiktsmessig og viktig å gjennomføre flere tilsvarende undersøkelser. Pasientperspektivet bør utvides til å omfatte flere migrantpasienter med andre landbakgrunner og helsepersonellperspektivet bør utvides til også å omfatte fastleger, helse- og legesekretærer og ledere i helseinstitusjoner.

Undersøkelsen av underforbruk av tolk bekrefter antagelser i tidligere studier innen tolkefeltet og styrker derved funn fra disse studier, også der pasientperspektivet ikke var inkludert. Undersøkelsens funn gir derfor ikke bare grunnlag for å gjennomføre nye tiltak, men også for å utvikle nye hypoteser og gjennomføre nye studier. Det vil være behov for nye undersøkelser som kan være utgangspunkt for å kunne evaluere og kostnadsberegne faktisk tolkebehov i helsetjenesten samt få frem måleindikatorer for likeverdige helsetjenester (ratio mellom tolkebruk og tolkebehov). Nye undersøkelser som kan danne grunnlag for etablering og organisering av fremtidig tolketjeneste og tolkebruk med høy behandlingskvalitet og kostnadseffektivitet ville også være svært nyttig. Slike fremtidige studier avhenger imidlertid av at helseledere, helseinstitusjoner og helsemyndigheter innfører rutinebaserte samhandlingstiltak, for eksempel som foreslått her.



REFERANSER

- Aambø, A. (2005). "Bruk av tolker og naturlige hjelpere i helsetjenesten - erfaringer og utfordringer". "Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter - Tilbakeblikk og erfaringer". NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse, 102-111.
- Ahlberg, N. (2005) "Legekofferten". En verktøykasse for helsepersonell til bruk i den krysskulturelle konsultasjonen. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse.
- Agger-Gupta, N., M. Iwataki & K. Wang (2003). *Cultural and linguistic competency standards*. County of Los Angeles: Department of Health Services.
- Bischoff, A. (2003). *Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions*, Swiss Forum for Migration and Population Studies. A study commissioned by the Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, Vienna. MFH - Migrant Friendly Hospitals, WHO.
- Bischoff, A. & P. Hudelson (2010). "Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go?" *International journal of environmental research and public health*, 7(7), 2838-2844.
- Blom, S. & J. Ramm (1998). "Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke...". *Samfunnsspeilet nr.3*.
- Chan, A. & R.K. Woodruff (1999). "Comparison of palliative care needs of English-and non-English-speaking patients". *Journal of Palliative Care*, 15(1), 26-30.
- Danielsen, K., A.I. Engebrigtsen & J.E. Finnvold (2011). "For å jobbe her må en være interessert i folka som bor her. Helsesøstre og brukere på tre helsestasjoner i Alna bydel". *NOVA Rapport*, 22. ISBN: 978-82-7894-401-1
- Diamond, L.C., Y. Schenker, L. Curry, E. Bradley & A. Fernandez (2008). "Getting by: Underuse of interpreters by resident physicians". *J Gen Intern Med*, 24(2), 256-62.
- Djuve, A.B. & H.C. Pettersen (1998). *Syk og misforstått?: en kartlegging av erfaringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål sykehus (2.ed.)*. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.
- DNLF (2008) *En helsepolitisk rapport. Likeverdig helsetjeneste? - Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. Oslo: Den norske legeförening.
- Eriksen, T. H. & T.A. Sørheim (2006). *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Flores, G., M.B. Laws, S.J. Mayo, B. Zuckerman, M. Abreu, L. Medina, & E.J. Hardt (2003). "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters". *Pediatrics*, 111(1), 6-14
- Flores, G., M. Abreu, C.P. Barone, R. Bachur & H. Lin (2012). Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553.
- Frøili, J. (2001). "Fra Nordstrand til Sørstranda: Om en reise, om tolking og om Annes bidrag på tolkefeltet". I: A. Hvenekilde et al.: *Andrespråk, tospråklighet, norsk*. Oslo: Unipub, 151-159.



- Gabrielsen, E. & B. O. Lagerstrøm (2005). Mange innvandrere er dårlige til å lese norsk. *Samfunnspeilet*, 19(2), 2-10.
- Gentile, A., U. Ozolins & M. Vasilakakos (2001). *Liaison interpreting: A handbook (2.ed.)*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Gerwing, J. & T. Indseth (2010). *Kommunikasjon med fremmedspråklige innringere i medisinske nødhjelpssamtaler*. Oslo: NAKMI.
- Green, A.R., Q. Ngo Metzger, A.T.R. Legedza, M.P. Massagli, R.S. Phillips, & L.I. Iezzoni (2005). "Interpreter services, language concordance, and health care quality". *Journal of general internal medicine*, 20(11), 1050-1056.
- Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1924.
- Hornberger, J., H. Itakura & S.R. Wilson (1997). "Bridging language and cultural barriers between physicians and patients". *Public Health Reports*, 112(5), 410-417
- IMDi (2007). *"Fastleger og tolketjenester"*. IMDi rapport 6. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- IMDi (2008). *Når du trenger tolk, veileder for kjøp av tolketjenester til offentlige virksomheter*. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
- Jareg, K. & Z. Pettersen (2006). *Tolk og tolkebruker - to sider av samme sak (1.ed.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kale, E. (2006). *"Vi tar det vi har"- om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse*. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse.
- Kale, E. & H.R. Syed (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling*, 81(2), 187-191.
- Karliner, L.S., E.A. Jacobs, A.H. Chen & S. Mutha (2007). "Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature". *Health Services Research*, 42(2), 727-54.
- Kumar, B.N. & B. Viken (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kuo, D. & M.J. Fagan (1999). "Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic". *Journal of general internal medicine*, 14(9), 547-550.
- Larsen, B.I. (2003). *Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Le, C. (2013). Hvordan sikre likeverdige helsetjenester? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(1), 49-51.
- Le, C., E. Kale, K. Jareg & B.N. Kumar (2013). Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(10), 999-1005.
- Linnestad, H. & H. F. Buzungu (2012). *Ikke lenger «en tjeneste av ukjent kvalitet»*. Statusrapport om tolkefeltet i helsevesenet i hovedstadsområdet. Oslo: Helse Sør-Øst og Oslo kommune.



-
- Leman, P. (1997). "Interpreter use in an inner city accident and emergency department". *J Accid Emerg Med*, 14, 98-100.
- LOV 1967-02-10 nr.00: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (Forvaltningsloven).
- LOV 1999-05-21 nr.30: Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (Menneskerettsloven).
- LOV 1999-07-02 nr.63: Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven).
- LOV 1999-07-02 nr.64: Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven).
- LOV 1982-11-19 nr.66: Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven).
- LOV 2001-06-15 nr.93: Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven).
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring (2.ed.)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mikkelsen, H. (1996). "Community interpreting: An emerging profession". *International journal of research and practice in interpreting*, 1(1), 125-129.
- Morgan, D.L. (1998). *Focus groups as qualitative research (16.ed.)*. Newbury Park: Sage Publications.
- Myran, M. & H. Skaaden (2003). *"Tospråklig sjekk for potensielle tolker (ToSPoT)". En evalueringsrapport UDI*. Oslo: Utlendingsdirektoratet.
- Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 (2013). *Likeverdig helse- og omsorgstjeneste - god helse for alle*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU nr. 7 (2011). *Velferd og migrasjon: Den norske modellens framtid*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Oppdragsdokument (2009). *Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Oppdragsdokument (2010). *Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Perkins, J. (2003). *Ensuring linguistic access in health care settings: An Overview of Current Legal Rights and Responsibilities*. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.
- Prosjektbeskrivelse (2009). *"Likeverdig helsetjeneste for en flerkulturell befolkning"*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF.
- Prosjektbeskrivelse (2010). *Samhandlingsprosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet"*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF.
- Retningslinjer (2006). *Retningslinje for bruk av tolk og tolketjenester i møte med flerspråklige*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF.
- Retningslinjer (2010). *Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter*. Oslo: Oslo universitetssykehus.

-
- Røkenes, O. H. (1992). *Når terapeuten trenger tolk - hva trenger tolken?: Tolkens rolle og reaksjoner ved tolking i psykologisk behandling*, 2(2), 3-7.
- Sajjad, T. A. (2011). *Hvis det fødes et sykt barn, hva tror du det skyldes?*. Doktoravhandling, Det medisinske fakultetet, Institutt for helse og samfunn. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Skaaden, H. (2007). *Tolkeformidling i offentlig sektor, Etterspørsel og tilbud*. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- SSB (2013). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2013*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Publisert: 25. april 2013. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef> [03.10.13]
- St. meld. nr.17 (1996-97). *Om innvandring og det flerkulturelle Norge*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet
- St. meld. nr. 47 (2008-09). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tangnes, L. M. M., C. N. Golden, H. L. E. B. Figenschow, L. A. Nguyen, S. E. E. Moe & T. M. K. Normann (2010). *En sjekkliste for sikring av tolkebruk*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- The Amsterdam Declaration (2004). *Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe*. http://www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm [26.8.11]
- UDI (1997). *Yrkesetiske regler for tolker*. Kommunal- og Arbeidsdepartementet: Utlendingsdirektoratet.
- UDI (2000). *Tolkevirkosomhet i offentlig sektor. En statusrapport*. Oslo: Utlendingsdirektoratet.
- U.S.Dep. (2001). *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care. Final report*. U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health. Tilgjengelig elektronisk: <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/executive.pdf> [8.10.11]
- Valio, T. (2009). *Integrering av tolk i helsetjenesten: Analyse av bruk av tolk ved helsetjenester drevet av Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune*, Universitetet i Oslo.
- Wattne, M. (2006). *Utredning av grunnlag for fastsettelse av kvalitetskriterier ved kjøp og salg av tolketjenester i offentlig sektor*. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- Whitehead, M. (2000). *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. Tilgjengelig elektronisk: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf [1.10.11]
- WHO (1985). *"Targets for health for all". I. European Health for All Series, 1*. World Health Organization: Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Østby, L. (2006). "Innvandrerne i det norske samfunnet". *Samfunnspeilet*, 20(4), 2-5.



APPENDIKS



APPENDIKS 1: Følgebrev til klinikkledere ved OUS

Oslo universitetssykehus
Att: Klinikkleder

6. juni 2011

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet
"Tolkebruk i helsetjenesten.
Ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning."

Mitt navn er Christopher Le. Jeg er ansatt som rådgiver i seksjon for personal- og ressursstyring, avdeling personalforvaltning ved Oslo universitetssykehus.

I forbindelse med mitt mastergradsstudium i helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, ønsker jeg, i samarbeid med NAKMI og seksjon for likeverdig helsetjeneste, å undersøke nærmere forhold som kan forårsake at tolk ikke blir benyttet, der behov for tolk er tilstede. Mine forskningsspørsmål er; *"I hvilken grad og på hvilken måte kan systemet fange opp disse forholdene?"*, og *"Hva må til (kan gjøres) for at tolkebruk blir en integrert del av helsetjenesten?"*.

Formålet med denne studien er å kunne utvikle måleparametere som kan benyttes til å rapportere om og følge opp avvik i tolkebruk i helsetjenesten.

I den forbindelse ber jeg om tillatelse til å benytte enkelte medarbeidere i din klinikk som deltakere i et fokusgruppeintervju (5-8 personer). Av hensyn til personvernet, ber jeg i tillegg om tillatelse til å benytte enkelte medarbeidere i din klinikk (som behandler eller har behandlet pasienter fra Vietnam) som distributører av rekrutterings-/invitasjonsbrev til aktuelle pasientene, som deltakere i det andre fokusgruppeintervjuet.

Vedlagt finner du prosjektbeskrivelsen, rekrutteringsbrev med pasientinformasjon på begge språk, helsepersonellinformasjon og skjema for samtykke, informasjonsbrev til distributører og registreringsskjema for forskning og kvalitetsstudier.

Prosjektbeskrivelsen redegjør blant annet for behovet for denne studien, samtidig begrunner min utvelgelse av fokusgruppene.

Ber om snarlig respons med hensyn til tidsrammen for gjennomføring av prosjektet.

På forhånd tusen takk for velviljen og hjelpen!

Med vennlig hilsen

Christopher Le
E-mail: uxhrle@ous-hf.no
Tlf.: 47 64 72 65



APPENDIKS 2: Forespørsel om rekruttering

Oslo universitetssykehus
Att:

6. juni 2011

Forespørsel om hjelp til rekruttering av pasienter som deltakere i fokusgruppeintervju i forbindelse med forskningsprosjektet

"Tolkebruk i helsetjenesten.

Et skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning."

Mitt navn er Christopher Le. Jeg er ansatt som rådgiver i seksjon for personal- og ressursstyring, avdeling personalforvaltning ved Oslo universitetssykehus.

I forbindelse med mitt mastergradsstudium i helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, ønsker jeg, i samarbeid med NAKMI og seksjon for likeverdig helsetjeneste, å undersøke nærmere forhold som kan forårsake at tolk ikke blir benyttet, der behov for tolk er tilstede. Mine forskningsspørsmål er, "I hvilken grad og på hvilken måte kan systemet fange opp disse forholdene?", og "Hva må til (kan gjøres) for at tolkebruk blir en integrert del av helsetjenesten?".

Målet er å kunne utvikle måleparametere som benyttes til å rapportere om og følge opp avvik i tolkebruk i helsetjenesten.

Jeg ber i den forbindelse om hjelp til å rekruttere pasienter som deltakere i fokusgruppeintervjuet. En av målgruppene er pasienter fra Vietnam. Disse pasientene skal ha eller ha hatt behov for tolk i deres møte med helsepersonellet, men av forskjellige grunner ikke har fått tolk.

Vedlagt er godkjenning fra klinikkleder, hvor det er gitt tillatelse til å benytte klinikkens medarbeidere som distributører av rekrutteringsbrev til aktuelle pasientene, av hensyn til personvernet.

Jeg håper at du har mulighet til å avsette litt tid og distribuerer vedlagte invitasjonsbrev til aktuelle pasientene.

På forhånd tusen takk for velviljen og hjelpen!

Med vennlig hilsen

Christopher Le
E-mail: uxhrle@ous-hf.no
Tlf.: 47 64 72 65

Vedlegg:

1. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet
2. Thư mời tham gia dự án nghiên cứu.

Side 1 av 1



APPENDIKS 3: Informasjonsbrev til helsepersonell

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Tolkebruk i helsetjenesten.

”Ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning.”

Jeg er masterstudent ved universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er tolkebruk i helsetjenesten, og jeg skal undersøke nærmere forhold som kan forårsake at tolk ikke blir benyttet, der behov for tolk er tilstede. Jeg er interessert i å finne ut i hvilken grad og på hvilken måte systemet kan fange opp disse forholdene. Målet er å kunne utvikle måleparametere som kan benyttes til å rapportere om og følge opp avvik i tolkebruk i helsetjenesten.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 2 fokusgrupper; en pasientgruppe og en helsepersonellgruppe på 5-8 personer. I den forbindelse ønsker jeg å komme i kontakt med helsepersonell som behandler eller har behandlet flerkulturelle pasienter uten å ha brukt tolk, selv om situasjonen tilsier at tolk er eller kan være nødvendig. Din deltakelse vil være et bidrag til arbeidet for å videreutvikle en bedre og likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkningen i Norge/Oslo. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en til halvannen time.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2011.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, undertegner du samtykkeerklæringen ved oppmøte. Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 47 64 72 65, eller sende en e-post til christle78@gmail.com. Du kan også kontakte min interne veileder Geir Bukholm ved universitetet i Oslo, avdeling for helseledelse og helseøkonomi på telefonnummer 99 29 10 18.

Studien er for øvrig meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Fokusgruppeintervjuet vil bli arrangert på:

NAKMI's lokale, bygg 37 i Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Torsdag 30. Juni 2011, kl. 16:30 – 18:00. Det blir enkel servering fra kl. 16.00.

Påmelding skjer snarest og helst innen tirsdag, 28. juni 2011 til:

E-post: christle78@gmail.com eller Telefon: 47 64 72 65.

På forhånd takk for din deltakelse og ditt bidrag!

Med vennlig hilsen
Christopher Le

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av tolkebruk i helsetjenesten og ønsker å stille på intervju.

Signatur.....Telefonnummer.....

Side 1 av 1



APPENDIKS 4: Informasjonsbrev til pasientinformanter - norsk

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Tolkebruk i helsetjenesten.

”Ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning.”

Jeg er masterstudent ved universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er tolkebruk i helsetjenesten, og jeg skal undersøke nærmere forhold som kan forårsake at tolk ikke blir benyttet, der behov for tolk er tilstede. Jeg er interessert i å finne ut hvilken grad og på hvilken måte systemet kan fange opp disse forholdene. Målet er å kunne utvikle måleparametere som kan benyttes til å rapportere om og følge opp avvik i tolkebruk i helsetjenesten.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervjuer 2 fokusgrupper, en pasientgruppe og en helsepersonellgruppe på 5-8 personer. I den forbindelse ønsker jeg å komme i kontakt med deg fra Vietnam som mottar eller har mottatt behandling ved Oslo universitetssykehus. Du skal ha eller ha hatt behov for tolk i ditt møte med helsepersonellet, men av forskjellige grunner ikke har fått tolk.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en til halvannen time.

Jeg håper at du har mulighet til å delta i fokusgruppeintervjuet. Din deltakelse vil være et bidrag til arbeidet for å videreutvikle en bedre og likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkningen i Norge/Oslo.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2011. Dersom du har lyst å være med på intervjuet, undertegner du samtykkeerklæringen ved oppmøte. Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 47 64 72 65, eller sende en e-post til christle78@gmail.com. Du kan også kontakte min interne veileder Geir Bukholm ved universitetet i Oslo, avdeling for helseledelse og helseøkonomi på telefonnummer 99 29 10 18.

Studien er for øvrig meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Fokusgruppeintervjuet vil bli arrangert på:

NAKMI's lokale, bygg 37 i Oslo universitetssykehus, Ullevål.
Torsdag, 07. Juli 2011, kl. 16:30 – 18:00. Det blir enkel servering fra kl. 16.00.

Påmelding skjer snarest, og helst innen tirsdag 05. juli 2011 til:
E-post: christle78@gmail.com eller Telefon: 47 64 72 65.

På forhånd takk for din deltakelse og ditt bidrag!

Med vennlig hilsen
Christopher Le

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av tolkebruk i helsetjenesten og ønsker å stille på intervju.

Signatur.....Telefonnummer.....

APPENDIKS 5: Informasjonsbrev til pasientinformanter - vietnamesisk

Thư mời tham gia dự án nghiên cứu

"Tolkebruk i helsetjenesten.

Ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning."

Tôi tên Christopher Le, sinh viên Thạc sĩ tại trường Đại học Oslo. Tôi đang làm một dự án kết thúc và đề tài dự án này có liên quan đến sự sử dụng thông dịch trong dịch vụ Y tế. Tôi rất mong muốn được tìm hiểu thêm về các yếu tố gây ra sự thiếu sử dụng thông dịch trong những trường hợp cần thiết đến thông dịch viên. Làm thế nào và đến mức độ nào một hệ thống có thể nắm bắt được những yếu tố này? Mục đích của dự án này là để phát triển các thông số để được sử dụng trong báo cáo và theo dõi sự sai lệch trong sự sử dụng thông dịch trong dịch vụ Y tế.

Để có thể tìm ra câu trả lời, tôi cần phải phỏng vấn 2 nhóm tập trung: một nhóm bệnh nhân và một nhóm nhân viên Y tế. Vì vậy tôi rất mong muốn được liên lạc với quý vị đến từ Việt Nam. Quý vị đang hoặc đã được điều trị tại bệnh viện Oslo universitetssykehus. Quý vị có nhu cầu sử dụng thông dịch trong lúc điều trị, nhưng vì lý do nào đó quý vị đã không được nhận thông dịch.

Cuộc phỏng vấn sẽ được tiến hành bằng tiếng Việt và ghi lại trên băng. Cuộc phỏng vấn được kéo dài khoảng 1 – 1,5 tiếng. Tất cả thông tin và dữ liệu sẽ hoàn toàn được vô danh hóa trong lúc nghiên cứu.

Tôi rất hy vọng quý vị có thể dành chút thời gian để tham gia cuộc phỏng vấn này. Sự tham gia của quý vị cũng là sự đóng góp trong việc phát triển một dịch vụ Y tế có tính chất bình đẳng và tốt hơn dành cho dân ngoại kiều (thiếu số) tại Naug/Oslo.

Tham gia dự án nghiên cứu này là sự tự nguyện. Quý vị không cần nêu lý do nếu quý vị không muốn tham gia dự án nghiên cứu này, và sự quyết định đó sẽ không gây ra một hậu quả nào trong sự điều trị tại bệnh viện. Mặc dù quý vị hiện tại đồng ý tham gia, quý vị có thể rút lui bất cứ lúc nào và tất cả dữ liệu sẽ hoàn toàn được vô danh hóa. Tất cả thông tin và dữ liệu sẽ hoàn toàn được vô danh hóa và xóa bỏ sau khi dự án được kết thúc, trong vòng năm 2011.

Nếu quý vị muốn tham gia, quý vị cần ký tên xác nhận sự đồng ý tham gia trước khi cuộc phỏng vấn được bắt đầu. Nếu quý vị có thắc mắc, xin hãy liên lạc với Christopher Le qua số điện thoại 47 64 72 65, hoặc qua e-mail christle78@gmail.com. Quý vị cũng có thể liên lạc giám sát viên, Geir Bukholm, của trường Đại học Oslo qua số điện thoại 99 29 10 18 nếu quý vị có điều thắc mắc khác.

Dự án nghiên cứu này đã được sự phê chuẩn của Personvernombud for forskning (Thanh Tra Bảo mật trong Nghiên cứu), Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/5.

Cuộc phỏng vấn sẽ được tổ chức tại:

Văn phòng NAKMI, bệnh viện Ullevål, tòa nhà số 37.

Thứ năm, ngày 7 tháng 7 năm 2011, thời gian 16:30 - 18:00. Âm thực đơn giản từ 16:00.

Để ghi danh tham gia, xin liên lạc ngay với Christopher Le và trước thứ ba ngày 5 tháng 7 năm 2011, qua: E-mail: christle78@gmail.com hoặc qua điện thoại: 47 64 72 65

Tôi chân thành cảm ơn sự tham gia và đóng góp của quý vị!

Trân trọng kính chào quý vị
Christopher Le

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av tolkebruk i helsetjenesten og ønsker å stille på intervju.

Signatur.....Telefonnummer.....



APPENDIKS 6: Intervjuguide for fokusgruppeintervjuer

Intervjuet baseres på 6 spørsmål som belyser de 4 tematiske kategoriene:

1. *Begrepsforståelse*
2. *Kriterier for tolkebruk*
3. *Situasjonsbeskrivelse*
4. *Forbedringsmuligheter*

Tema/Spørsmålsstilling	Helsepersonell	Pasient
Hvordan forstår dere begrepet Tolk, Tolkebruk, Tolkebruker og «litt norsk»?	X	X
Hvilke faktorer og vurderingskriterier erfarer dere at det legges til grunn for tolkebruk ved innkomst? Eventuelt under sykehusopphold? (bruk av profesjonell tolk)	X	X
Kan dere beskrive dagens situasjon med hensyn til tolkebruk på deres arbeidsplass?	X	
Fortell om deres egne kunnskaper/erfaringer med tolkebruk og ikke-tolkebruk i en behandling/konsultasjon	X	X
Hva gjør dere ved mistanke om «avvik» som skyldes språklige misforståelser fordi tolk ikke var brukt?	X	X
Hvordan ser dere for dere en organisasjonsstruktur, organisering og rutine hvis tolkebruk er en integrert del av helsetjenesten?	X	X

Avklarende og konkretiserende spørsmål stilles fortløpende under intervjuet.



APPENDIKS 7: Sjekkliste for sikring av tolkebruk

Tolkebruk ved Gynekologisk poliklinikk OUS

Sett kryss ved passende alternativ:

Har kvinnen norsk som morsmål? Ja Nei

Hvis nei,

Snakker og forstår kvinnen norsk Ja Nei

Hvilket språk (evt. dialekt) vil kvinnen foretrekke å motta informasjon på?

Språk: _____ Dialekt: _____

Har kvinnen blitt tilbudt tolk? Ja Nei

Ønsket tolkemodalitet:

- Profesjonell tilstedeværende tolk
- Telefontolk
- Familie/venn
- Ønsker ikke tolk

Tolk er bestilt: Ja Nei

Signatur: _____



APPENDIKS 8: Tilråding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Bernadette Nirmal Kumar
Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)
Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
Kirkeveien 166 - Bygg 37 A
0407 OSLO

Vår dato: 30.05.2011

Vår ref: 27185 / 3 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.05.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27185	<i>Tolkebruk i helsetjenesten. Ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Bernadette Nirmal Kumar</i>
Student	<i>Christopher Le</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

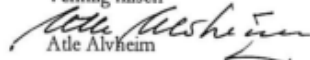
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Atle Alvhøim


Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 33 48
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Christopher Le, Alnagata 16, 0192 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjette.svarva@ovt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 35. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 27185

Formålet med prosjektet er å kunne utvikle måleparametere som kan benyttes til å rapportere om og følge opp avvik i tolkbruk i helsetjenesten.

Studien gjennomføres som en kvalitativ studie og i form av fokusgruppeintervjuer av to fokusgrupper. Fokusgruppene skal være i størrelsen mellom 5-8 deltakere per gruppe. Den ene gruppen består av helsepersonell, mens den andre gruppen består av pasienter. Pasientgruppen skal bestå av pasienter fra Vietnam.

Student vil rekruttere informanter via Oslo Universitetssykehus. Sykehuset vil på vegne av student videreformidle informasjonsskriv til aktuelle informanter (både helsepersonell og pasienter). De som ønsker å delta i prosjektet tar så direkte kontakt med student.

Reviderte informasjonsskriv som skal benyttes i prosjektet, mottatt av ombudet 26.05.2011, finnes tilfredsstillende.

Det vil i intervjuene ikke fremkomme opplysninger om 3. person (konkrete pasienter, helsepersonell).

Personvernombudet tar høyde for at det under intervjuene vil kunne fremkomme sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. pol.§ 2. nr. 8 c).

Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven.

Prosjektsslutt er 31.12.2011. Ved prosjektsslutt skal lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres.





Nasjonal Kompetanseenhet for Minoritetshelse

Oslo Universitetssykehus HF, avd. Ullevål

Postboks 4956 Nydalen

N-0424 Oslo

post@nakmi.no

www.nakmi.no

