

TOLKEBRUK I HELSETJENESTEN

ETT SKRITT NÆRMERE LIKEVERDIG HELSETJENESTE FOR
MINORITETSBEFOLKNING

CHRISTOPHER LE

Det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon
Institutt for helse og samfunn
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Hovedveileder: Dr. Bernadette Nirmal Kumar

Internveileder: Prof. Geir Bukholm



UNIVERSITETET I OSLO

November 2011

© Christopher Le

År: 2011

Tittel: Tolkebruk i helsetjenesten

Ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning

Forfatter: Christopher Le

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Oslo universitetssykehus, Ullevål (NAKMI)

Forord

Denne oppgaven avslutter det erfaringsbaserte masterstudiet i Helseadministrasjon ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo.

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

Jeg takker spesielt min hovedveileder, Dr. Bernadette Nirmal Kumar, direktør ved NAKMI, for hennes solid faglige støtte, positivitet og drivkraft i sin veiledning. Jeg takker min internveileder, Prof. Geir Bukholm ved Universitetet i Oslo for å ha lest og gitt tilbakemelding på mitt arbeid. Det rettes også en takk til Hege Linnestad og min kollega Sara Kahsay for deres samarbeidsvilje og deltakelse i prosjektets forarbeid. En takk til min kollega Emine Kale for hennes verdifulle kommentarer til rapporten, og Thor Indseth for at han korrekturleste deler av mitt siste utkast til rapporten.

I want to thank my dearest friend Dr. Socheat Cheng, my colleague at NAKMI Dr. Jennifer Gerwing and the internship master student Olena Ponarina for giving me feedback and proofreading the English part of this paper. I'm grateful!

Jeg ønsker til sist å rette en stor takk til NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, for deres finansielle bidrag i form av frikjøpt arbeidstid (4 uker), samt deres velvillighet til å stille med arbeidsplass, kontortekniske og andre nødvendige utstyr og fasiliteter i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet.

Oslo, november 2011

Christopher Le

Innhold

Forord	3
Innhold.....	4
Abstract.....	6
Sammendrag.....	8
1 Bakgrunn	10
1.1 Likeverd	10
1.1.1 Likeverdig helsetjeneste	10
1.1.2 Europeisk innsats for Likeverdig helsetjeneste	12
1.1.3 Lovregulering.....	14
1.2 Innvandrere i Norge	15
1.2.1 Mangfold og helse.....	17
1.3 Kommunikasjon	19
1.3.1 Tolking i offentlig tjenesteyting.....	21
1.3.2 Kunnskap om tolkebruk i Norge	23
1.4 Begrep og definisjoner	24
1.4.1 Tolk	24
1.4.2 Tolkens rolle.....	25
1.4.3 Tolkebruker.....	25
2 Problemstilling og mål.....	27
2.1 Rasjonale	27
2.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	29
3 Metode.....	30
3.1 Valg av metode.....	30
3.1.1 Kvalitativ metode	31
3.2 Gjennomføring	32
3.2.1 Etikk/personvern	32
3.2.2 Forarbeid.....	33
3.2.3 Utvalg og rekruttering	34
3.2.4 Bearbeiding av data.....	35
3.2.5 Analyse og tolkning.....	35
4 Presentasjon av funn.....	38
4.1 Begrepsforståelse	38
4.1.1 Tolk	38

4.1.2	<i>Tolkebruk</i>	39
4.1.3	<i>Tolkebruker</i>	42
4.1.4	<i>Pasienten snakker litt norsk – en såkalt “gråsoner”</i>	43
4.2	Kriterier for tolkebruk	45
4.2.1	<i>Skjønnsvurdering</i>	46
4.2.2	<i>Pasientens vilje</i>	48
4.2.3	<i>Henvvisning og pasientjournal</i>	50
4.3	Tolkebruk i praksis	51
4.3.1	<i>Informasjon og tilgjengelighet</i>	51
4.3.2	<i>Tilrettelegging og avviksmelding</i>	52
4.3.3	<i>Kunnskap og erfaring</i>	55
4.4	Forbedringspotensialer	56
4.4.1	<i>Organisatorisk</i>	56
4.4.2	<i>Kompetanseheving</i>	58
5	Diskusjon	61
5.1	Diskusjon av metode	61
5.1.1	<i>Gjennomføring</i>	61
5.1.2	<i>Forskerposisjoner</i>	64
5.2	Diskusjon av funn	66
5.2.1	<i>Begrepsforståelse og rutine for kvalitetssikring</i>	67
5.2.2	<i>Informasjon om rett til tolk</i>	72
5.2.3	<i>Samhandling og kommunikasjon</i>	75
5.2.4	<i>Rutiner som sikrer tolkebruk</i>	76
5.2.5	<i>Formidling av tolkebehov og rapportering om tolkebruk</i>	80
5.2.6	<i>Tolkebruk i akutte situasjoner</i>	81
5.2.7	<i>Kunnskap om tolkebruk og lovverk som regulerer dette</i>	82
6	Konklusjon	87
	Litteraturliste	91
	Figurer	98
	Appendix	98
	Appendix 1: Følgelbrev	99
	Appendix 2: Forespørsel om rekruttering	100
	Appendix 3: Helsepersonellinformasjon	101
	Appendix 4: Pasientinformasjon – norsk	102
	Appendix 5: Pasientinformasjon – vietnamesisk	103
	Appendix 6: Intervjuguide for fokusgruppeintervjuer	104
	Appendix 7: Sjekkliste for sikring av tolkebruk	105
	Appendix 8: Tilrådning fra NSD	106

Abstract

Title: Use of Interpreters in Health Care Service: One Step closer Equity in Health Care Service for Minority Population.

Researcher: Christopher Le

Supervisor: Dr. Bernadette Nirmal Kumar; NAKMI

Internal supervisor: Prof. Geir Bukholm; University of Oslo

Background: 30 years ago, Oslo was virtually a linguistically homogenous city. However, in the last 2 decades it has become a multi-ethnic, multicultural and multi-linguistic city. It is therefore essential that the health care system is capable of being prepared for treating patients with varying knowledge of the Norwegian language. An American report emphasized that *because culture and language are vital factors in how health care services are delivered and received, it is important that health care organizations and their staff understand and respond with sensitivity to the needs and preferences that culturally and linguistically diverse patients/consumers bring to the health encounter*. Equitable healthcare schemes aim to emphasize legislations and pursue requirements assigned by the Ministry of Health and Care. A case in point is the assignment to the South-Eastern Regional Health Authority in 2010 declaring that *the services have to be accessible and adapted to the patients/consumers' needs. This means both physical accessibility and accessibility related to cultural and linguistic comprehension*. However, it is essential to gain evidence-based knowledge associated with the field, which enables the improvement of the treatment quality for minority patients.

Objective: This study aims to understand why interpreters are still underused in health care services, taking into account both the patients' and the health care workers' perspective.

Method: A qualitative study of using interpreters in health care services was conducted in summer 2011 at Oslo university hospital, NAKMI. Two focus groups were conducted and analyzed. The first focus group consisted of health care workers from Oslo university hospital including a doctor, a psychologist, two nurses, a midwife, and a hospital social worker. The second focus group included five adult patients coming from Vietnam, recruited from a normal population (not from a patient register), who have received treatment at Oslo university hospital. Recruited patients had need for an interpreter, but for some reasons they never got one. The focus group interview with patients was conducted in Vietnamese. The transcription of the focus group interview with patients was also done in Vietnamese. However, the citations in the presentation of data have been translated into Norwegian.

Results: 1) The linguistically different comprehension of several keywords was a significant cause of interpreter underuse. The health care workers' overestimation of patients' language skills was due to different linguistic comprehension and the lack of quality control; this led to underuse of interpreters. 2) The lack of direct information to

patients about their right to have an interpreter seemed to have a major impact on the underuse of interpreters, particularly if the patient were considered to be in the so-called "gray-zone", despite the fact that the patient believes that he has need for an interpreter. 3) The lack of collaboration and communication between hospitals and general practitioners, as well as between hospitals and patients resulted in understating the patients' need for and right to an interpreter, as well as the health care workers' duty and obligation to use interpreters. Understatement and the lack of information to patients led to potentially significant underuse of interpreters when they should have been used. 4) There is a lack of procedures to ensure the use of interpreters if needed. 5) There is no adapted procedure and system to facilitate communication of the need for interpreters and reporting the use of interpreters. 6) This study also revealed that there is a lack of training with the staff to use interpreters, as well as the knowledge of the regulations concerning the use of interpreters. Both findings would have a major impact on the awareness of the use of interpreters and the confidence to use them.

Conclusion: When there is a lack of standardized routines and practices in order to control the health care workers' assessment concerning the patients' need for interpreters, the health care workers' competence on an unknown field is overestimated and the patients' right to empowerment is undermined. Therefore, information about the right to use an interpreter should be integrated into all written communication with patients. Procedures that aim for quality control as well as obligations to document in the form of compulsory assessing of needs for interpreters should be implemented. Referrals from general practitioners should contain a mandatory clause about the patient's need for interpreter. Correspondingly, because patient recording is likely the most effective means to reflect and track the underuse of interpreters in health care services, the system of patient record has to facilitate appropriate reporting of interpreter use and needs. In addition, it would be appropriate to clarify the usefulness of telephone interpreting in emergency situations, as it would contribute to resolve the problem due to interpreter underuse in this setting.

Sammendrag

Tittel:	Tolkebruk i helsetjenesten: Ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning.
Forsker:	Christopher Le
Veileder:	Dr. Bernadette Nirmal Kumar; NAKMI
Internveileder:	Prof. Geir Bukholm; Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Oslo har de siste tiårene gått fra å være en tilnærmet språklig homogen by, til i 2011 å være en multietnisk, multikulturell og multispråklig hovedstad. Det er essensielt at helsevesenet er i stand til å legge til rette for å kunne behandle pasienter med varierende kunnskap i det norske språk. I en amerikansk rapport heter det at: *“Because culture and language are vital factors in how health care services are delivered and received, it is important that health care organizations and their staff understand and respond with sensitivity to the needs and preferences that culturally and linguistically diverse patients/consumers bring to the health encounter”*. Arbeidet med likeverdige helsetjenester rettes mot å presisere lovkrav og videreføre krav i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet. I oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst 2010 (fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2010) heter det blant annet at: *“Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse”*. Imidlertid er det viktig å produsere erfaringsbasert kunnskap innen feltet som et ledd i arbeidet med å bedre kvaliteten i behandling av minoritetsspråklige pasienter.

Mål: Hensikten med denne studien er å forstå hvorfor det fortsatt er underforbruk av tolk i helsetjenesten, sett både fra pasientens og helsepersonellens perspektiv.

Metode: Det ble sommeren 2011 gjennomført en kvalitativ studie om tolkebruk i helsetjenesten i NAKMIs lokale, Oslo universitetssykehus. To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført og analysert. Den første fokusgruppen besto av helsepersonell fra Oslo universitetssykehus, sammensatt av en lege, en psykolog, to sykepleiere, en jordmor og en sosionom. Den andre fokusgruppen besto av fem voksne pasienter fra Vietnam, rekruttert fra en normal populasjon (ikke fra pasientregisteret), men har fått behandling ved Oslo universitetssykehus. Pasientene hadde behov for tolk, men av en eller annen grunn ikke har fått en. Fokusgruppeintervjuet med pasientene ble gjennomført på vietnamesisk. Transkripsjonen skjedde på vietnamesisk, men sitater som brukes i datapresentasjonen er oversatt til norsk.

Resultater: 1) Studien viser at helsepersonells og pasienters ulike begrepsforståelser synes å være av større betydning for underforbruk av tolk. Helsepersonells overvurdering av pasientens norskkunnskaper skyldes ulike begrepsforståelser og mangel på rutine for kvalitetssikring som mer eller mindre fører til underforbruk av tolk. 2) Mangel på direkte informasjon til pasienten om rett til tolk synes å være av stor betydning for underforbruk av tolk, spesielt i de tilfellene hvor helsepersonell plasserer pasienten i den såkalte “gråsonen”, til tross for at pasientene selv mener de har behov for tolk. 3) Mangel på samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene, og mellom spesialisthelsetjenesten og pasientene fører til underkommunikasjon av

pasientens behov for og rett til tolk, og helsepersonells plikt til å bruke tolk. Underkommunikasjon og mangel på informasjon til pasienten medfører potensielt vesentlig underforbruk av tolk der behovet er til stede. 4) Det er mangel på innarbeidet rutiner som sikrer tolkebruk der det er behov for tolk. 5) Videre er det mangel på tilpasset rutiner og system som tilrettelegger for formidling av tolkebehov og rapportering om tolkebruk. 6) Studien viser også at opplæring i både bruk av tolk og kunnskap om lovverk som regulerer tolkebruk synes å være mangelfull. Dette har stor betydning for bevisstheten rundt og tryggheten med tolkebruk.

Konklusjon: Manglende standardiserte rutiner og praksis med hensyn til kvalitetssikring av helsepersonells skjønnsvurdering vedrørende pasientens tolkebehov, overvurderer helsepersonells kompetanse i et ukjent fagfelt og undergraver pasientens rett til medvirkning. All skriftlig kommunikasjon med pasienten bør således inneholde direkte informasjon om rett til tolk. Det bør innføre standardiserte rutiner for kvalitetssikring og dokumentasjonsplikt i form av obligatorisk vurdering av tolkebehovet. Det bør innarbeides henvisningsrutine som obligatorisk oppgir tolkebehov. Da journalføring ansees til å være den mest effektive løsningen for å rapportere om og følge opp underforbruk av tolk i helsetjenesten, må pasientjournalssystemet tilrettelegges for hensiktsmessig rapportering om tolkebruk og tolkebehov. På toppen av dette er det hensiktsmessig å vurdere nytten av telefontolking i nødsamtalsituasjoner, som kan bidra til å løse problemet med underforbruk av tolk i akutte situasjoner.

1 Bakgrunn

I internasjonale sammenligninger vurderes den norske helsetjenesten som god, og blant de fremste i verden. På tross av dette har sektoren en rekke uløste problemer.

Globalisering og verdensomfattende migrasjon er et faktum, og utløser behov for tilrettelegging innen offentlig forvaltning og helsesektoren. Dette arbeidet er viktig for å møte de internasjonale konvensjonene, blant annet menneskerettigheter, som er selve fundamentet i det demokratiske samfunnet.

Studier viser at det er fellesforståelse om at arbeidet mot likeverdige tjenester for innvandrerbefolkningen og etniske minoriteter forutsetter at man tar innover seg det mangfoldet som har blitt i landene hvor migrasjonen har kommet for å bli. Mangfoldet gjelder både helse, risikofaktor og sykdomsforståelser, som man må ta hensyn til ved levering av helsetjenesten; 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. Samtidig må helsepolitikken og helsemyndighetene 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 arbeidsprosessen for Likeverdig helsetjeneste.

1.1 Likeverd

1.1.1 Likeverdig helsetjeneste

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 (HOD 2008). Plikten om å yte likeverdige helsetjenester er blant annet forankret i Kommunehelsetjenesteloven § 1 (LOV-1982-11-19 nr.66) og Helseforetaksloven § 1 (LOV-2001-06-15 nr.93). Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til

Helseregioner RHF for 2009 tydeliggjør lovens formål gjennom krav om kvalitet, tilgjengelighet og brukermedvirkning for alle pasienter.

Arbeidet med likeverdige helsetjenester rettes mot å presisere lovkrav og videreføre krav i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet. I oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst 2010 (HOD 2010) heter det blant annet at:

*”Det regionale helseforetaket har ansvaret for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder **innvandrergupper**. Pasienter og brukere må ha trygghet for at **tjenestene er tilgjengelige**, og at de blir møtt med omsorg og respekt” (Pkt.1 Innledning).*

*”Pasienter skal sikres et **likeverdig tilbud av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn**. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp” (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**. De regionale helseforetakene skal innenfor sine økonomiske rammer iverksette tiltak for å redusere ventetidene til behandling, herunder gjøre bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetider på en kostnadseffektiv måte. Avtaler mellom helseforetak og private kommersielle sykehus skal ikke ha et omfang som undergraver pasientgrunnlaget for de små offentlige sykehusene.*

*Brukere skal sikres **medvirkning** i egen helsehjelp, og **medvirke i utviklingen av helsetjenester på systemnivå**” (Pkt. 4.4 Tilgjengelighet og brukermedvirkning).*

Det ble, jf. bevilgning under kap. 732, post 70 for 2009, tildelt midler fra Helse- og omsorgsdepartementet til pilot-sykehusprosjektet ”Likeverdige helsetjenester for en flerkulturell befolkning” (HSØ RHF 2009a).

Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune ønsket å styrke helsetilbudet til innvandrerguppen på grunn av innvandrerettheten (figur 1) i forhold til sykehusområdene i Oslo, Akershus og Vestre Viken. Det ble derfor besluttet en felles satsning for å tilrettelegge helsetjenestene for denne befolkningsgruppen gjennom samhandlingsprosjektet ”Styrking

Figur 1. Antall ikke-vestlige innvandrere, etter utvalgte kommuner. Rangert etter størrelse, 2006



Kilde: Befolkningsstatistikk, Statistisk sentralbyrå

Figur 1: Innvandreretthet i Oslo i forhold til andre store byer.

av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet”(HSØ RHF 2010).

Tre strategiske innsatsområder (tiltaksområdene) for styrket likeverdig helsetjeneste er skissert i rapporten Likeverdig helsetjeneste (HSØ RHF 2009b):

1. *Kommunikasjon og brukermedvirkning*
2. **Tolk**
3. *Forskning- og erfaringsbasert kunnskap (i rapporten omtalt som ”kunnskapsbasert tjenesteyting”)*

I samhandlingsprosjektet ”Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet”, ble det valgt å bygge videre på disse 3 tiltaksområdene, men delt inn i ytterligere kategorier: Strategi og forankring; **Måleindikatorer og rapportering**; Oppfølging av pågående/igangsatte tiltak; **Tolk og tolketjenester**; Kommunikasjon og brukermedvirkning (medarbeidere); Forskning og innovasjon (IKT); Helsefremmende arbeid; Tro og livssyn.

På oppdrag fra Ligestillings- og diskrimineringsombudet har NOVA¹ gjennomført en undersøkelse på helsestasjoner i Alnabydelen om hvilke likeverdighetsutfordringer tjenesteutøvere på helsestasjonene står overfor. Underforbruk av tolk ble oppgitt som et element som kan forhindre at det tilbys likeverdig tjeneste (Danielsen, Engebrigtsen og Finnvold 2011). Det finnes imidlertid en rekke internasjonale studier som omhandler tolkebruk som en viktig del i pasientbehandlingen; en viktig faktor for å oppnå god pasientbehandling i møte med pasienter som ikke behersker norsk. I dag finnes det foreløpig ingen nasjonale retningslinjer² og kvalitetssikret lokale prosedyrer for tolkebruk i spesialisthelsetjenesten³ i Norge.

1.1.2 Europeisk innsats for Likeverdig helsetjeneste

Alle 32 medlemsstater i World Health Organization European Region ble enige om en felles helsepolitikk i 1980, som førte til en enstemmig avtale om de 38 regionale mål i 1984 (Whitehead 2000). Det første målet handler om likeverdighet:

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

² Helsedirektoratet lanserer høsten 2011 en veileder for kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene.

³ 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).

“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 i senere tid gått sammen som pilotsykehus for å delta i prosjektet *Innvandrervennlige 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 England. 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 kulturelle forskjeller (The Amsterdam Declaration 2004).

Prosjektet mottok finansiell støtte fra den europeiske kommisjonen og den Østerrikske regjeringen. Europeiske og internasjonale organisasjoner inngikk i initiativet som støttende partnere. Prosjektets deltakere ble enige om noen grunnleggende prinsipper som skal fungere som kjernen i en oppdrags-/formålserklæring for innvandrervennlige 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 helsesystemer og lokale situasjoner i europeiske sykehus, var prosjektet ut fra behovsvurderinger i stand til å identifisere mange generelle problemer for innvandrere/etniske minoriteter og helsepersonell. Innenfor utvalgte områder; **tolkning**, utdanning i kulturell kompetanse hos personalet samt styrking av mor-barn pleie, ble erfaringsbaserte løsninger vellykket implementert og evaluert. Pilotsykehusene siktet også etter generelt å forbedre deres håndtering av kulturelle forskjeller ved å utvikle deres organisatoriske strukturer og kulturer for således å bli innvandrervennlige og kulturell kompetente organisasjoner.

Ut fra erfaringer fra MFH's prosjektdeltakerne, internasjonale diskusjoner og den vitenskapelige litteratur, vil følgende overordnede punkter danne utgangspunkt for en vellykket utvikling av tjenestetilbudene og 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 interessenter.*
- *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)*

1.1.3 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).

Statens 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).

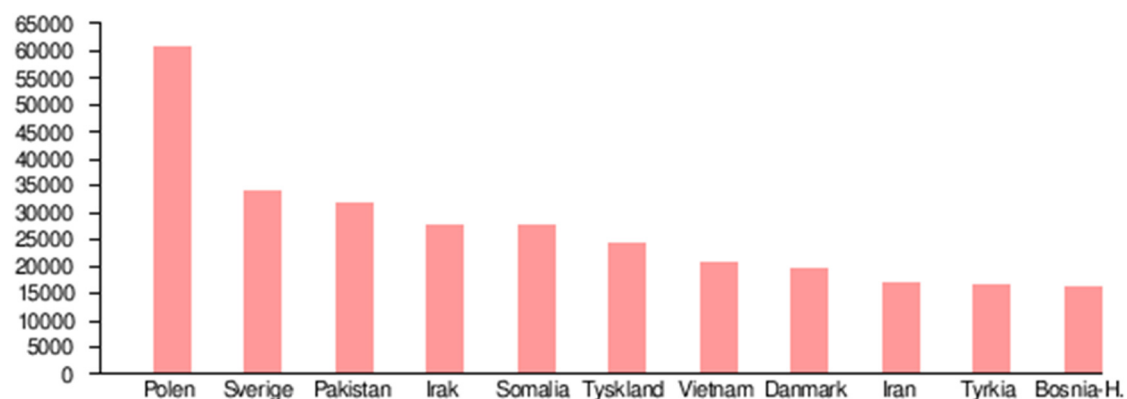
Behovet for tolking følger av informasjons- og veiledningsplikten og plikten til å høre partene i en sak, jf. Forvaltningsloven § 11, § 16 og § 17 (LOV 1967-02-10 nr.00). Alle offentlige ansatte i stat og kommune er underlagt forvaltningsloven. Dersom ikke informasjonen blir tilrettelagt ved hjelp av 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)⁴.

⁴ 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.

Pasientrettighetsloven berører helsepersonellens plikt til å sikre kommunikasjon, om nødvendighet 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, samt sikre at helsepersonell tar beslutninger vedrørende pasientbehandling på riktig grunnlag. Samtidig skal det sikre pasienter nødvendig informasjon og dermed muligheten 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).

1.2 Innvandrere i Norge

Innvandrerne i Norge utgjør etter SSBs definisjon 600 922 innbyggere. Det finnes innvandrere fra 213 forskjellige land i Norge (Henriksen 2007). Fra 54 av disse landene er det likevel 20 eller færre innvandrere, slik at hovedtyngden av innvandrerbefolkningen kommer fra et mindre antall land⁵ (Østby 2006). Den største innvandrergruppen er fra Polen, og står for omtrent 10 % av den totale innvandrerbefolkningen. Av de øvrige store gruppene innvandrere, som de med svensk eller pakistansk bakgrunn, så utgjør de hver ca. 5 % av innvandrerbefolkningen, slik at totalbildet av innvandrerbefolkningen er sammensatt. Nær halvparten av innvandrerne har bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika.



Figur 2: Antall personer i de største innvandrergruppene i Norge pr. 1. januar 2011. Kilde: [SSB](#)

⁵ 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>

Innvandrerne fordeles i åtte hovedkategorier	Antall ^[8]	% av innvandrerbefolkningen	% av totalbefolkningen
Norden	67 201	11,2 %	1,4 %
Vest-Europa utenom Norden	60 325	10 %	1,2 %
Øst-Europa	159 907	26,6 %	3,2 %
Asia med Tyrkia	209 467	34,9 %	4,3 %
Afrika	73 480	12,2 %	1,5 %
Sør- og Mellom-Amerika	19 193	3,2 %	0,4 %
Nord-Amerika	9 533	1,6 %	0,2 %
Oseania	1 816	0,3 %	0,04 %

Figur 3: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landbakgrunn. Tall fra SSB, 1. januar 2011.

Det bor innvandrere i alle kommunene i Norge⁶. I fjorten kommuner utgjør innvandrerne mer enn 10 % av befolkningen. I Oslo utgjør innvandrere 27 % av innbyggerne, tilsammen 160 500 personer. De neste kommunene er Drammen og Lørenskog. En tredjedel av alle innvandrere bor i Oslo. Bydelen Sentrum har størst andel innvandrere, i alt 54,4 %, mens bydelen Søndre Nordstrand har størst andel ikke-vestlige innvandrere, i alt 41,6 %⁷.

Nord-Norge har 9,5 % av den norske befolkningen, men bare 5,1 % av den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen⁸. Innvandrere fra Norden og Russland er overrepresentert i Nord-Norge. Innvandrere fra Vest-Europa, Nord-Amerika, Afrika (særlig Somalia og Kongo), Øst-Europa og Latin-Amerika (særlig Chile) er overrepresentert på Vestlandet, og de fleste av disse bor i de største byene Bergen og Stavanger (Stavanger og Rogaland har en stor andel vestlige innvandrere i motsetning til andre deler av landet, blant annet fra Nord-Amerika). Vestlandet og Sørlandet har en lav andel asiatiske innvandrere i forhold til Østlandet, selv om en del mennesker fra Thailand og Vietnam er bosatt her. Innvandrere fra Asia og Afrika er overrepresentert i Oslo og Akershus: Over halvparten

⁶Og bare to kommuner ([Beiarn](#) og [Osen](#)) har ingen ikke-vestlige innvandrere.

⁷Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn og alder. Bydeler i Oslo. 1.januar 2011. [SSB](#).

⁸Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn. Fylke. 1.januar 2011. [SSB](#).

av alle innvandrere fra disse landene bor i hovedstadsområdet. Innvandrere fra Pakistan og Marokko er i spesielt stor grad bosatt i Oslo, med henholdsvis 71 % og 75 % av alle innvandrere fra disse landene.

1.2.1 Mangfold og helse

Migrasjonen skaper mangfold, og mangfold utløser behov for tilrettelegging. Dette tilsier at man må i planlegging og utbygging av helsetjenesten, ta innover seg det mangfoldet som har blitt i landene hvor migrasjonen har kommet for å bli. Mangfoldet gjelder både helse, risikofaktor og sykdomsforståelser, som man må ta hensyn til ved levering av helsetjenesten. Eksempel er at noen migrantgrupper systematisk har større forekomst av noen helseproblemer, krever det særskilt prioritering av oppmerksomhet og ressurser for at tjenestene skal være likeverdige. Målet med likeverdig helsetjeneste er ikke å tilby like tjenester, men likeverdige tjenester som tar hensyn til at borgerne har ulike forutsetninger og behov.

Migrasjon, etnisitet, kultur, mangfold, helse og helsetjeneste er begreper som på mange måter har tett tilknytning til hverandre. På grunn av verdensomfattende migrasjon, globalisering og likeledes utvidelse av Europa, blir europeiske samfunnet mer og mer preget av kulturelt mangfoldige befolkningsgrupper, også på lokalt nivå.

Studier viser at helsetilstanden hos innvandrere og etniske minoritetsgrupper er ofte dårligere enn hos den gjennomsnittlige befolkningen. Disse gruppene er mer sårbare. Dette grunnet deres lavere sosialøkonomiske posisjon og samtidig også på grunn av traumatiske migrasjonsopplevelser og mangel på adekvat sosial støtte. Hvert individ har en rett til likebehandling og service, og en del av det som gjør det personlig er hans eller hennes etnisitet. *“Alle har rett til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet ... og i det offentlige eller i det private å gi uttrykk for sin religion eller tro gjennom undervisning, utøvelse, tilbedelse og ritualer”* (WHO 1948). Derfor virker det naturlig at menneskerettighetsaktivister argumenterer for at adgangen til helsetjenesten må betraktes som en grunnleggende rettighet for alle, og at internasjonale konvensjoner støtter aktivistene i dette argumentet, for eksempel Den internasjonale konvensjonen for eliminering av alle former for rasediskriminering og Den internasjonale konvensjonen for beskyttelse av rettighetene for alle arbeidende migranter og deres familier (The International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination and

the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families).

Selv utover dette menneskerettighetsaspektet er mangfoldet en betydelig utfordring for hele helsesektoren (WHO 2003). Minoritetsgrupper risikerer å motta et lavere nivå av ytelse innenfor diagnostisering, pleie og behandling samt forebygging enn den gjennomsnittlige befolkningen (Chan og Woodruff 1999). Helsetilbudene kan ikke på tilfredsstillende vis imøtekomme minoritetsgruppens spesifikke behov, og både tjenestemottakere og tjenesteytere står overfor mange utfordringer. Disse inkluderer ikke bare språkbarrierer og kulturelle forskjeller men også mangel på sykehusressurser samt minoritetsgruppens lave kjøpekraft og rettigheter (Bischoff 2003). Alt dette skaper nye utfordringer for kvalitetssikring og forbedringer av helsetilbudene, spesielt for sykehusene hvor det spiller en vesentlig rolle med hensyn til denne befolkningsgruppen.

Forståelse av helse blant innvandrere og andre etniske minoriteter er et relevant og problematisk punkt, spesielt når det gjelder bruk av helsevesenet. Innvandrere og andre etniske minoriteter i Europa mangler ofte informasjon vedrørende ledige sykehus og ambulante tilbud eller om generelle helseanliggender innenfor den spesifikke kontekst som kjennetegner europeiske samfunn. Dette er en av innvandrernes egne forklaringer på at de ikke anvender helsetilbudet effektivt, og ikke selv agerer for å unngå sykdom (WHO 2003). Denne situasjonen skaper utfordringer for sykehusene og deres ansatte, som i høyere grad også avspeiler dette kulturelle mangfoldet og således representerer en mulighet, en ressurs og en ytterligere utfordring for helseinstitusjonene.

Innvandrerpasienter kan ofte ha sammensatte problemer, hvor fortid som flyktning eller andre belastende erfaringer gir ekstra utfordringer når man skal finne seg til rette som minoritet i et nytt land (Aambø og Ahlberg 2005). Sykdomskurven stiger brattere med alderen hos innvandrere enn hos majoritetsbefolkningen, og det synes å gå dårligere med dem når de først er blitt syke (Blom og Ramm 1998).

Forskning om erfaringer fra asiatiske-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, eller 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 og Woodruff 1999). En studie utført i London konkluderte også at konsultasjonen blir bedre ved bruk av tolk i en akutt situasjon utenfor sykehuset, og at telefontolking kan muligens være løsningen på grunn av tjenestens øyeblikkelige tilgjengelighet (Leman 1997).

I den amerikanske 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 forskningsrapporten, utført av National Health Law Program and the Henry J. Kaiser Family Foundation, at legene tror at språkbarriere 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).

Levering av språktjenester til begrenset engelsk-talende pasienter kan hjelpe til å redusere medisinske feil ved å øke kvaliteten på informasjonen en behandler får om pasientenes tilstand. Forskningen har også vist 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 forbedret markedsføring til et stort demografisk forbrukersegment (Agger-Gupta et al. 2003).

1.3 Kommunikasjon

Det offentlige norske helsevesenet er bygget opp på prinsippet om at alle innbyggere har lik rett til behandling. 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.

Informasjon er grunnlaget for kommunikasjon. 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).

Det er svært viktig å tydeliggjøre problemstillinger som er knyttet til kommunikasjon med pasienter gjennom å benytte tolk. 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 yrkesetiske retningslinjer for tolker (UDI 1997).

Språkproblemer, ulik sykdomsforståelse, kulturelle og religiøse forskjeller krever at helsevesenet må sette i verk spesielle tiltak for å møte de ekstra utfordringene dette medfører, for å sikre kvaliteten i tjenestene overfor pasienter og pårørende med innvandrerbakgrunn. Effektiv kommunikasjon mellom leger og pasienter er essensielt for å kunne tilby høy kvalitet og pasientsentrert helsetjeneste (Institute of Medicine 2001). Pasienter med begrensende kunnskap i det offisielle språket 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. 2009).

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 og 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.

I en tverrsnittundersøkelse gjennomført av NAKMI⁹, viser det 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*

⁹ NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse

løsningsen, 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, 43). Selv om tolketjenesten gjøres tilgjengelig for helsepersonell, vil dette ikke automatisk redusere *ad hoc* bruk av tolk, viser rapporten (Kale 2006). Det er imidlertid behov for å synliggjøre for helsepersonellet risiko og nytte av de forskjellige strategiene i tolkebruk, og legge forholdene til rette for bruk av profesjonelle tolker gjennom informasjon og opplæring (Bischoff og Hudelson 2010).

Mye tyder på at det vil være en økende etterspørsel etter kunnskap omkring tolkefeltet i tiden fremover. En økning i pasientgrupper som ikke har felles språk med helsepersonellet vil, naturlig nok, gi en økende etterspørsel etter tolker som kan bygge bro mellom pasient og helsepersonell. Det norske lovverket spesifiserer gjennom Pasientrettighetsloven at pasienten har rett til informasjon om egen helse (LOV 1999-07-02 nr.63). I Helsepersonelloven stadfestes ansvaret for å gi pasienten denne informasjonen til den som yter helsehjelp (LOV 1999-07-02 nr.64). Det er helsepersonells plikt, og pasientens rett, at forholdene blir lagt til rette slik at pasienten har forutsetninger for å forstå den informasjon som blir gitt.

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 understreker 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).

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

1.3.1 Tolking i offentlig tjenesteyting

Et kjennetegn på tolking i offentlig tjenesteyting er alle navnene dette yrket har, 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 synonymer; 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, Ozolins og Vasilakakos 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 og 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 (Mikkelson 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) 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 (Kommunal- og arbeidsdepartementet 1996).

Det er i prinsippet ikke forskjell på tolking innen forskjellige områder. 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 tolkingarenaene hevdes til å være status- og lønshierarkiet. (Jareg og Pettersen 2006).

1.3.2 Kunnskap om tolkebruk i Norge

Det har vært gjort noen få studier i Norge som omfatter tolkebruk og tolketjenester i norske helsevesenet, blant annet NAKMIs undersøkelse i 2006 "Vi tar det vi har", som 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. Oppdraget kom som en følge av oppdragsdokumentet for 2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet som pålegger HSØ RHF å etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette:

"Målet er et likeverdig tilbud av helsetjenester, uavhengig av egen økonomi, sosial status, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Det legges vekt på likeverdig helsetjenester for å redusere sosiale forskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. HSØ RHF skal tilby befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet fra livets begynnelse til livets slutt. HSØ RHF skal i henhold til målsettingen i den nasjonale kvalitetsstrategien (2005-2015), tilby tjenester som er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet. Det skal også være tilgjengelig og rettferdig fordelt og utnytte ressursene på en god måte." (HOD 2009)

Analysen viste at det er grunn til å mistenke et betydelig underforbruk av tolk til tross for at finansieringen synes å være ivarettatt fra 2010. Det viser i tillegg at kvalitetssikring av tolker er både komplisert og dyrt. Formidlerne 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).

Det kom også fram av analysen at brukerne har i liten grad 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 det her fokuseres 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).

Det viste også at majoriteten av de spurte angir å ha faste bestillingsrutiner, samt rutiner for hvor de bestiller tolk fra. Derimot er det alarmerende at kun ¼ angir å ha faste rutiner på 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 på å sjekke pasientens tolkebehov før samtalen i det hele tatt finner sted.

Akershus universitetssykehus har i samarbeid med tolkeutdanningen ved Høgskolen i Oslo, med IMDis tilskuddsmidler, utviklet et E-læringskurs "*Kommunikasjon via tolk i helsetjenesten*" for ansatte. Kurset ble lansert i vår 2011, og skal være tilgjengelig i Læringsportalen for alle ansatte i Helse Sør-Øst RHF (AHUS 2011).

1.4 Begrep og definisjoner

1.4.1 Tolk

En profesjonell tolk er en person som er betalt av helsesystemet for å tolke. En "ad hoc"-tolk er en utrent tolk; et familiemedlem, en tospråklig helsearbeider eller andre frivillige (Karlner et al. 2007). Tolkesamtalen kan skje der pasienten befinner seg (fremmøte tolk) 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). 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, Itakura og Wilson 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 og Fagan 1999).

Jareg i sin bok 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. (Jareg og Pettersen 2006)*

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 gjenspeiler seg i diskusjoner på det internasjonale tolkefeltet. Tolkerollen i norsk sammenheng defineres til dels av *yrkesetiske regler for tolker*. De som kaller seg tolker, er stort sett mer klar over disse reglene enn tolkebrukere, men det har også vært en økende grad av bevisstgjøring om tolkereglene hos tolkebrukere. Spesielt innenfor rettsvesenet har det skjedd mye positivt de siste årene. Der har det vært et økende fokus på hvilken viktig rolle tolken har når det gjelder å ivareta rettssikkerheten til minoritetspråklig (Jareg og Pettersen 2006).

Psykolog Odd Harald Røkenes har 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 ulike roller, for eksempel vikarierende "jeg", lærerrollen, trøsterollen, identifisering med klienten, distansering fra klienten, advokatrollen, terapeutrollen/behandlerrollen og diplomatrollen. 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, og ikke inngår, i tolkerollen (Jareg og Pettersen 2006).

1.4.3 Tolkebruker

Hva forventes av en tolkebruker? I denne sammenhengen sikter man til helsepersonell som hovedbruker. I boken *"Tolk og Tolkebruker"* anbefales det at tolkebruker, i en vellykket tolkesamtale, bør i all hovedsak holde seg til følgende:

- *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. (Jareg og Pettersen 2006).*

2 Problemstilling og mål

2.1 Rasjonale

Oslo har de siste tiårene gått fra å være en tilnærmet språklig homogen by, til i 2011 å være en multietnisk, multikulturell og multispråklig hovedstad. I dag er det oppunder 601 000 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør disse gruppene 12,2 % av befolkningen (SSB 2011). Det er essensielt at helsevesenet er i stand til å legge til rette for å kunne behandle pasienter med varierende norskkunnskaper. I en amerikansk rapport "*National standards for culturally and linguistically appropriate services in health care*" heter det at:

"Because culture and language are vital factors in how health care services are delivered and received, it is important that health care organizations and their staff understand and respond with sensitivity to the needs and preferences that culturally and linguistically diverse patients/consumers bring to the health encounter" (U.S.Dep. 2001).

Pasientgruppen i helsetjenesten er sammensatt, har ulike behov og reflekterer mangfoldet i samfunnet for øvrig. Helsetjenesten må fange opp og forholde seg til dette. Selv om prinsippene for behandling er like, vil kravene til tid og kommunikasjonsferdigheter avhenge av språkferdigheter, pasientens sykdomsforståelse, forventninger til og kunnskaper om helsetjenesten.

På bestilling fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID), har Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) gjennomført en rapport med forslag til hvordan det offentlige raskest mulig kan møte felles utfordringer med kvalitetssikring av tolking og bruk av tolk. I denne rapporten ble det blant annet beskrevet at det per i dag ikke finnes krav om rapportering på bruk av tolk i tjenesteyting, med ett unntak¹⁰.

Videre beskriver utvalget at krav om rapportering er en form for styringsvirkemiddel. Kvantitative og kvalitative indikatorer knyttet til tolking vil sannsynligvis medføre økt oppmerksomhet omkring bruk av tolk (IMDi 2009a).

¹⁰ I sitt oppdragsdokument til de regionale helseforetakene stiller Helse- og omsorgsdepartementet krav om at de skal etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette. De regionale helseforetakene skal i 2009/2010 rapportere på kravene i sin årlige melding til departementet.

For helsesektoren spesielt ligger utfordringen i hvordan en kan måle behovet for tolketjenester og samtidig sikre tilstrekkelig bruk av tjenesten, slik at målet om likeverdige helsetjenester uavhengig av språk og etnisitet kan oppfylles. Det er imidlertid mange og til dels store utfordringer som ligger i å bedre tilgjengelighet av tolketjenester og ikke minst tolketjenester av god kvalitet. Selv om eller når man klarer å oppfylle målsettingen vil det kreves systematisk oppfølging av bruken (Valio 2009).

Studien tar utgangspunkt i resultatet fra NAKMIs tolkerapport ”*Vi tar det vi har*” (Kale 2006), som viser et tydelig underforbruk av tolk, og at tolkebruk som en arbeidsmetode, er ikke i tilstrekkelig grad en integrert del av helsetjenesten. Det bygges også videre på funnene fra rapporten ”*Integrering av tolk i helsetjenesten*”, en analyse av bruk av tolk ved helsetjenester drevet av Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune (Valio 2009).

En viktig grunn til dette, slik NAKMIs rapport har kommet fram til, var at helsepersonell opplever at det å bruke tolk er upraktisk og tidkrevende. Kale i sin konklusjon etterlyste følgende:

- *“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?”* (Kale 2006, 43)

For å få bukt med denne trenden, må det utvikles et verktøy, basert på brukernes erfaringer, til å synliggjøre forhold som forklarer underforbruk av tolk og dokumentere underforbruket/bruken av tolk, slik at det kan utvikles tiltak for å legge forholdet til rette for tolkebruk og rapportering av denne.

Målet med denne studien er derfor å få en forståelse av hvorfor det fortsatt er underforbruk av tolk i helsetjenesten, sett både fra pasientperspektivet og helsepersonellperspektivet.

2.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hovedproblemstilling lyder som følger:

- Hvorfor er det fortsatt underforbruk av tolk i helsetjenesten?

Følgende forskningsspørsmål skal besvares:

- Hvilke forhold kan forårsake at tolkebruk ikke blir benyttet der behovet for tolk er til stede?
- I hvilken grad og på hvilken måte kan systemet fange opp disse forholdene?

3 Metode

Dette kapittelet gjør rede for studiens valgte metode og gir en overgripende beskrivelse av hele gjennomføringsprosessen, fra forskningsetiske syn, forarbeid, utvalg og rekruttering, bearbeiding av data til selve arbeidet med dataanalyse og -tolkning.

3.1 Valg av metode

Vitenskapelig kunnskap skal være en frukt av systematisk og kritisk refleksjon. Man kan velge ulike forskningsstrategier for å nå målet. Kvantitative metoder bygger på numeriske data som man blant annet kan fremskaffe ved hjelp av spørreundersøkelser fra et representativt utvalg fra en gitt populasjon. Før man gjør en kvantitativ undersøkelse utarbeider man en hypotese og mulige årsakssammenhenger og søker å få svar på om disse er sannsynlige eller ikke.

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Materialet består av tekst, som kan representere samtaler eller observasjoner, mens de kvantitative metoder bygger på numeriske data i form av tallmaterialer. De kvalitative metodene kan bidra til å presentere mangfold og nyanser. En og samme virkelighet kan alltid beskrives ut fra ulike perspektiver, selv om ikke alle perspektiver er like relevante for den problemstillingen det ønskes belyst (Malterud 2003).

Ordet kvalitativ henviser til kvaliteten, det vil si karaktertrekkene og egenskapene ved fenomenene. Den kvalitative metoden har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet, samt å formidle forståelse (Dalland 2007).

Kvalitative metoder kan brukes til å vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Gjennom samtale kan man spørre etter meningen, betydning og nyanser av hendelser og atferd, og derigjennom oppnå en større forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør.

”Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem?” (Kvale og Brinkmann 2009).

3.1.1 Kvalitativ metode

Studiens formål er å belyse et fenomen som ikke er nok belyst, fra et populasjonsperspektiv; herav pasientperspektiv og helsepersonellperspektiv. Det ble derfor valgt kvalitativ metode med bruk av fokusgruppeintervjuer som studiens datainnsamlingsmetode.

Innen kvalitativ metode kan man velge ulike forskningsstrategier, fra observasjon til intervju med enkeltindivider eller grupper. Gjennom intervjusituasjonen søker intervjueren å få deltakerne til å beskrive opplevelse, tanker og vurderinger av en spesifikk situasjon (Merton, Lowenthal og Kendall 1990).

Intervjuer med individuelle informanter kalles dybdeintervju eller semistrukturert intervju, der man har en intervjuguide i stikkordsform. I kvalitative studier er det ikke ønskelig å standardisere intervjusituasjonene, men må samtidig sikre at temaet blir tilstrekkelig beskrevet. Fordelen med individuelle intervjuer er at man kan holde en relativt god struktur slik at man får tak i dybde og nyanser i den enkelte informants personlige opplevelse og holdning. Til forskjell fra individuelle intervjuer, får gruppeintervjuer frem informasjon gjennom en dynamisk interaksjonsprosess. Gruppeinteraksjonen kan brukes bevisst, i den hensikt å produsere data og innsikt som det ville være vanskelig å få frembrakt uten denne gruppedynamikken (Morgan 1998).

En bestemt måte å innhente kvalitativ data fra gruppesamtaler på kalles *fokusgrupper*. Denne tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis en vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. Fokusgrupper er også hensiktsmessige dersom en populasjons perspektiv på et fenomen ikke er nok belyst, og befolkningsgruppens forventninger, opplevelse og meninger om fenomenet tjener til å belyse forskningens problemstilling. Metoden er beskrevet som særlig egnet til: evaluering av programmer, for å få mer kunnskap om sosialpsykologiske faktorer, for å få kunnskap om handlemåter, kunnskap og verdier som kulturelle grupper har til felles.

Fokusgruppene består vanligvis av 5-8 informanter som snakker sammen i en til to timer under ledelse av en møteleder. Møteleders rolle er å sørge for at alle deltakere kommer til orde, følge med på om det er gruppedynamiske prosesser som kan medvirke til å styre kunnskapsutvekslingen, og bidra til at samtalen får en mest mulig konkret forankring til det temaet som skal belyses (Malterud 2003).

3.2 Gjennomføring

Gjennomføringen av studien foregikk i flere faser fra valg av tema og problemstilling, via teoretisk fordypning i temaet, prosjektorganisering, metodevalg, rekrutteringsarbeid, utvelgelse av informanter og forberedelse og gjennomføring av intervjuer, til transkribering, tolkning og analyse av funn.

3.2.1 Etikk/personvern

Da dette prosjektet ble planlagt gjennomført i form av innhenting av informasjon fra fokusgruppeintervjuer og avgrenset til Oslo universitetssykehus, var det nødvendig å få tilrådning til å gjennomføre prosjektet fra institusjonens personvernombud. Sykehusets personvernombud har gitt sin tilrådning til å gjennomføre prosjektet under visse forutsetninger¹¹. Prosjektet omfattet pasientundersøkelse slik at det var nødvendig å registreres hos NSD¹². Prosjektet ble registrert med prosjektnummer 27185 og har fått tilrådning fra NSD til gjennomføring (Appendix 8).

Denne studien omfattet ikke for eksempel utprøvende pasientbehandling, kunnskap om helse og sykdom, bruk av helseregistre, bruk av personidentifiserbart humant biologisk materiale eller bruk av personidentifiserbare opplysninger og vurderinger om helseforhold. Det ble på bakgrunn av dette ikke henvendt til REK¹³.

Den kvalitative metode og fokusgruppe som form reiser viktige etiske problemstillinger. Intervjuformen er nær og personlig, og det er viktig at intervjuobjektene føler trygghet for at det de sier ikke blir brukt på annen måte enn det som er avtalt. En opplevelse av gjensidig fortrolighet skal være til stede og opplysninger om taushetsplikt skal kommuniseres og bli forstått. I forkant av intervjuene ble informantene derfor tydelig informert om taushetsplikten og deres rett til å trekke seg fra samarbeidet når som helst i prosessen. Taushetsplikten gjaldt både forskeren og mellom fokusgruppenes deltakere. I tillegg ble deltakerne informert om at datamaterialet kom til å bli anonymisert ved at navn ikke gjengis i teksten. Samtidig skal materialet (lydopptak) slettes når studien er gjennomført, anslagsvis innen 2011, som også er et krav fra NSD.

¹¹ Forutsetninger fra sykehusets personvernombud blir nærmere diskutert under punkt 5.1.1

¹² NSD: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

¹³ REK: Regionale Komitéer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk

Det ble før intervjuene startet presisert at intervjuene ikke var en terapisaftale, men deltakerne skulle få uttrykke sine meninger fritt. I og med at jeg selv har vietnamesisk bakgrunn, var det ikke fremmed for meg hvordan man kommuniserer på vietnamesisk vis (gjelder pasientgruppen). Det er normalt at vietnameserne ofte benytter en høflighetsform i kommunikasjon med andre personer med høyere status¹⁴ for å vise sin ydmykhet og respekt overfor disse. Derfor ble det også spesielt nevnt til pasientinformantene at det ikke var nødvendig å holde igjen kontroversielle meninger.

3.2.2 Forarbeid

Intervju med fokusgruppene ble gjennomført ved hjelp av en forhåndsutarbeidet intervjuguide (Appendix 6) som var basert på seks spørsmål med åpning for avklarende og konkretiserende spørsmål underveis (appendix 6). Disse spørsmålene har som hensikt å belyse fire tematiske kategorier; 1) Begrepsforståelse, 2) Kriterier for tolkebruk, 3) Tolkebruk i praksis (situasjonsbeskrivelse) og 4) Forbedringspotensialer. Hensikten med at dataene kategoriseres under de fire tematiske kategoriene var for å svare på forskningsspørsmålene, som igjen belyser studiens problemstilling.

På en halv strukturert måte og ved hjelp av intervjuguiden, skulle deltakerne få snakke fritt om sine begreps-/språkforståelser, forståelser av tolking i en konsultasjon/behandling og sine opplevelser/erfaringer i møte med helsepersonell eller pasient uten bruk av tolk, samtidig som det var behov for tolk. Ved hjelp av guiden skulle deltakerne også få snakke fritt om forhold som gjorde at de valgte ikke å benytte tolk, og deres opplevelser/erfaringer om avviksmeldingsrutiner ved feil eller manglende tolkebruk. Deltakerne skulle i tillegg få snakke om forhold som de mente burde være tilrettelagt for at tolkebruk er en integrert del av helsetjenesten.

Følgende forhold ble systematisk avklart i forkant av intervjuene:

Forskeren	Gruppen	Emnet	Situasjonen
<ul style="list-style-type: none"> Forskerens forhåndskjennskap Styring av gruppedynamikk 	<ul style="list-style-type: none"> Homogen/heterogen gruppesammensetning Kjente eller fremmede Gruppestørrelse Antall grupper Kompensasjon til deltakere 	<ul style="list-style-type: none"> Deltakernes engasjement Berøring med intimsfæren 	<ul style="list-style-type: none"> Fysiske rammer Tidspunkt Tidsramme Uavhengig tilknytning

Figur 4: Matrise for forberedelse til kvalitativ intervju, Nordisk Medisin nr. 4, 1997.

¹⁴ Se i kap. 5.1.2 *Forskerposisjoner* for hvorfor forskeren oppnår høyere status i denne studien.

3.2.3 Utvalg og rekruttering

Utvalg av informanter ble gjort i henhold til de metodiske anbefalingene knyttet til fokusgruppeintervju. Det var i denne studien hensiktsmessig å gjennomføre intervjuer med to fokusgrupper. Gruppene skal være representative for de perspektivene fenomenene ønskes belyst fra; Pasientperspektivet og Helsepersonellperspektivet.

Rekrutteringen var planlagt avgrenset kun til Kvinne- og barneklipp og Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus. Avgrensningen ble gjort med hensyn til oppgavens omfang og basert på sannsynligheten for vellykket rekruttering. I tillegg var dette avdelinger der språk- og tolkeproblemer antas å være mer uttalte enn ved andre avdelinger, og som dermed skulle gi grunnlag for å skaffe god informasjon om temaet (Valio 2009).

Helsepersonellgruppen besto av seks deltakere hvorav en lege, en psykolog, to sykepleiere, en jordmor, og en sosionom. To av disse var menn og fire var kvinner. De hadde alle ulik ansiennitet ved sykehuset. Fellestrekket med disse er at de behandler eller har behandlet minoritetsspråklige pasienter uten å ha brukt tolk, selv om situasjonen burde tilsi at tolk ble benyttet (Appendix 3).

Da det ville bli vanskelig å gjennomføre intervju med en pasientgruppe som i utgangspunktet har behov for tolk, var det hensiktsmessig, med hensyn til gjennomførbarheten, å begrense pasientpopulasjonen til kun pasienter med vietnamesisk bakgrunn. Dette var fordi at forskeren også har vietnamesisk bakgrunn og kunne gjennomføre intervjuet på vietnamesisk. På grunn av negativ respons på opprinnelige rekrutteringsstrategi, hvor invitasjonsbrevene distribueres til målpasientene via avdelingene, ble deltakerne rekruttert fra en normal populasjon (ikke via sykehuset).

Pasientgruppen besto av fem deltakere, hvorav fire kvinner og en mann med botid i Norge fra 4 – 20 år. Aldersforskjellen er mellom 20 – 35 år. Fellestrekket med disse er at de har vietnamesisk bakgrunn, er pasienter ved Oslo universitetssykehus og skal ha eller har hatt behov for tolk i møte med helsepersonell, men som av forskjellige grunner ikke har fått tolk. På bakgrunn av utvelgelses- og rekrutteringsstrategien, ble det utarbeidet informasjon om prosjektet og prosjektdeltakelse både på norsk og vietnamesisk (Appendix 4 og 5).

3.2.4 Bearbeiding av data

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert umiddelbart etter at intervjuene var gjennomført. Transkriberingen av intervjuet av pasienter skjedde på vietnamesisk. Sitater som brukes ble fortløpende oversatt til norsk. 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 gå glipp av 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 som jeg ønsket å se nærmere på. I og med at programmet ikke støttet vietnamesisk, ble datamaterialet fra pasientgruppen gjennomgått ”manuelt” og systematisert med fargekoder i et Word dokument.

3.2.5 Analyse og tolkning

Dataanalysen ble gjort i henhold til Kvaales 6-trinn metode innen kvalitativ forskning (Kvale og Brinkmann 2009). Begrepet dataanalyse i en mer snever betydning av ordet, peker vanligvis tilbake på arbeidet med det ferdigstilte datamaterialet. Det vil si til følgende prosesser; Bearbeiding og fremstilling av data, fortolkning og analyse. Dataanalyse som begrep forstås her som en fellesbetegnelse på de mange fasene i arbeidet med datamaterialet. De første tre trinnene i denne metoden knyttes primært til selve intervjusituasjonen.

I første trinnet fokuseres det hovedsakelig på informantenes beskrivelser om hvordan de opplever og hva de tenker om et bestemt tema. Her skjer det i liten grad tolkning eller forklaring verken fra informantene eller intervjuerens side.

Andre trinn knyttes også til intervjusituasjonen ved å fokusere på hvordan denne kan bidra til at informantene gjør seg opp nye erkjennelser i det de forteller om egne opplevelser og handlinger.

Tredje trinn peker på forskerens egen tolkning i intervjusituasjonen uten at det må forveksles med fortolkning av det ferdigstilte datamaterialet. Her skjer det en fortolkning fra forskerens side parallelt med at informanten formidler sine opplevelser, erfaringer og erkjennelser. Det var ved flere tilfeller underveis i intervjuet behov for å stille utfyllende og oppklarende spørsmål for å sjekke ut forskerens egen forståelse opp mot informantens utsagn. Dette gjøres for å forsikre om at jeg og mine informanter hadde oppfattet og/eller forstått meningsbudskapet på "riktig" og samme måte. Dette kaller *Kvale* fortettinger og tolkninger av informantens utsagn. Det ideelle er, ifølge *Kvale*, at det skjer en dialog gjennom hele intervjuet, hvor intervjuer og informant i fellesskap kommer frem til en felles forståelse i måten å fortolke informantens meningsbudskap. Det skjer her en "kontinuerlig tolkning" som gir mulighet for en umiddelbar bekreftelse eller avkreftelse av intervjuerens oppfatninger av det som blir sagt. Intervjuet vil på den måten fungere som selvkorrigerende. I mine intervjuer stilte jeg ofte konkretiserende spørsmål, og/eller forsøkte å oppsummere informantens formidlet budskap, for å sjekke ut om min forståelse av det som ble sagt var korrekt.

Neste trinn handler om både datafremstilling, tolkning og materialeanalyse. Datafremstillingen ble tidligere beskrevet under "Bearbeiding av data" slik at det ikke er nødvendig å gjenta her.

I datatolkningsfasen går forskeren bak det ferdigstilte datamaterialet og forsøker å forstå og tolke hva informantene faktisk forsøker å formidle. Det skjer her en meningskonstruksjon som bidrar til ny mening ved at forskeren anvender nye og andre ord og uttrykk gjennom sin dialog med materialet. Det er imidlertid viktig at forskeren bearbeider materialet for å få frem det meningsbudskapet i det som er blitt sagt. Dette fortolkningsarbeidet er langt videre- og mer utdypende enn den form for tolkning som skjer i intervjusituasjonen.

Analyse av kvalitative data innebærer at det kan finnes flere gyldige alternative tolkninger samtidig (Malterud 2003). I følge *Gilje* og *Grimen* vil man alltid stå overfor ulike fortolkningsalternativer (Gilje og Grimen 1993). Det betyr i praksis at man må velge blant flere eksisterende og/eller konkurrerende fortolkningsmåter. Innen hermeneutikken eksisterer det forskjellige idealer om hva som er fruktbare fortolkningskriterier. Mens den tradisjonelle hermeneutikk og ny hermeneutikken har vært mer opptatt av å finne frem til det "sanne" forståelsesideal i betydningen å finne frem til den "eneste" riktige tolkning,

forutsetter den moderne kritiske hermeneutikken at man forlater troen på den absolutt riktige eller "sanne" fortolkning, fordi man aldri kan forsikre seg fullt ut om at ens forståelse og fortolkning av tekstens helhet og deler av den er den mest riktige. Forskerens fortolkning vil alltid baseres på mer eller mindre troverdige og/eller sannsynlige vurderinger av aktørens hensikter. *Gilje* og *Grimen* åpner imidlertid for at flere fortolkninger kan være hensiktsmessige. I denne studien ble den moderne, kritiske hermeneutikkens prinsipper lagt til grunn for datatolkning og analyser. Forskerens forforståelse ble i denne sammenheng forsøkt og lagt til side for, i størst mulig grad, å ivareta at tolkning av informantenes utsagn skjer på et mest mulig fritt grunnlag. Dette var inspirert av følgende filosofi:

"Fortolkninger er i stor grad basert på personlig utøvelse av skjønn, erfaring og dømmekraft. Fortolkninger er derfor, på samme måte som vitenskapelige teorier innenfor andre områder, alltid prinsipielt usikre. De er alltid prinsipielt reviderbare i lys av ny informasjon. Det finnes ikke noe absolutt sikkert fundament som man kan starte en fortolkningsprosess ut fra, eller noen sikker basis som man kan prøve fortolkninger mot." (Gilje og Grimen 1993).

Siste trinnet er selve analysen av det bearbejdede materialet. Dette skjer ved at forskeren tar utgangspunkt i egne fortolkninger og viderefører disse gjennom en analytisk drøfting i forhold til annen relevant teori og beslektet empiri. Gjennom arbeidet med kategorisering kom det frem andre måter å forstå sammenhenger på som igjen dannet grunnlag for ny meningsdannelse.

4 Presentasjon av funn

Funn i denne studien blir presentert innunder de fire tematiske kategoriene, med hensikt å gi svar på forskningsspørsmålene stilt til problemstillingen, ref. punkt 2.2 *Problemstilling og forskningsspørsmål*.

De fire tematiske kategoriene er; **Begrepsforståelse**, **Kriterier for tolkebruk**, **Tolkebruk i praksis** og **Forbedringspotensialer**.

Følgende betegnelser brukes i presentasjon av funnene:

P = Pasient

H = Helsepersonell

4.1 Begrepsforståelse

4.1.1 Tolk

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

Det kom spontant 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 stadig opp andre faktorer som kunne beskrive en tolk. Etter hvert som diskusjonen er dratt i gang, viste det at helsepersonell normalt ikke har tenkt mye over hvordan og hva en tolk skal være. Stadig flere krav på tolken ble nevnt, etter å ha reflektert over hva de virkelig hadde behov for hvis en tolk skulle benyttes.

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

Samme gjelder pasientene og deres assosiasjon til en tolk og et tolkeoppdrag, spesielt i sammenheng med sykehus, sykdom, medisin og med mer.

Pasientene hadde imidlertid en tilsvarende oppfatning av hva en tolk er. Her beskriver pasientene tolken som en hjelpende person som snakker veldig godt begge språkene, 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)

På lik linje med helsepersonell, under samtalen med pasientgruppen, dukket det stadig opp andre faktorer som beskrev en tolk i helsesektoren, samtidig som forventninger og forutsetninger disse legger i begrepet tolk i en sykehussammenheng. Det nevnes i tillegg at det bør være mulighet for valg av kjønn hvis samtalen skulle behandle kjønnslige sykdommer. For pasientene er det en forutsetning at en tolk har tolkeutdanning, og gjerne spesialisert innenfor de forskjellige tolkeområdene. Det forstås slik at tolken også må være den som forklarer de profesjonelle begrepene, på en annen måte er tolken spesialisert i det fagområdet som tolkes.

”Spesialisering¹⁵...”(P2)

Da det er mye som tyder på at familie og venner ofte blir brukt som tolk, og for å lodde ”stemningen”, ble pasienten spurt om hvem de helst ville foretrukket som tolk i møte med helsepersonell, dersom de hadde valget. Pasientene 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)

4.1.2 Tolkebruk

Helsepersonell mente at det er viktig at tolken som brukes er kvalifisert, i form av tolkeutdanning. Men utfra deres erfaring, er det ikke alle tolker som var brukt, hadde tilstrekkelig formell kompetanse. Dette mente helsepersonell at kan sees i måten tolken snakker på, eller forholder seg til brukernes henvendelser i en samtale. Av og til mente helsepersonellet at tolken tar mer plass enn det var 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)

¹⁵ *Chuyên môn* kan bety en profesjon eller en spesialisering. I denne konteksten er det spesialiseringsperspektivet som gjelder. Ikke at tolking er en egen profesjon, men at tolken spesialiserer seg innen de ulike tolkeområdene, for eksempel helsevesen, rettsvesen osv....

Det kan se ut til å være en risikofaktor i forhold til hvis helsepersonell velger bort tolkebruk. Helsepersonell fortalte, bekymringsfullt, følgende:

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

Helsepersonell ga uttrykk for at de prøver å løse denne problematikken ved å holde fokuset på pasienten mens tolken snakker. Det var et viktig poeng som helsepersonell påpekte, at det er viktig å avklare forholdet 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)

Flere forhold ble påpekt som viktig, blant annet tolkens kjønn. Dette avhenger av hvor og hva som skal formidles, eller snakkes om. For eksempel hvis samtalen handler om kvinnelig intime situasjoner eller kvinnelig kjønnsorgan, ville det være hensiktsmessig og nødvendig å ha en kvinnelig tolk. Det skal utvises kulturforståelse overfor pasienten. I følge helsepersonellet er det ikke særlig å snakke høyt om “ting” 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 nivåer det finnes med hensyn til tolk, oppdaget jeg fort at det var lite kunnskap om dette blant helsepersonellet. Dette 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 statsautorisert. Men det er ikke så mange som er det, tror jeg, i tolketjenesten som vi bruker.” (H5)

Pasientene mente at tolkebruk skjer når noen har behov for den tjenesten. I tillegg kom det fram betraktninger med hensyn til hva pasientene tror tolken kan brukes til. Her beskrives det hvordan pasientene tenker med hensyn til når det er mest hensiktsmessig å bruke tolk, og hvilke tilleggsoppgaver tolken må og bør påta seg i en tolkesamtale.

“[...] 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 helsepersonells erfaring ved bruk av tolk, at pasienten ofte forholder seg til tolken og ikke behandleren, ble det stilt spørsmål om hvem pasienten/legen skal forholde seg til under samtalen dersom tolk er til stede. Det fremkom

at pasientene er bevisste på at det er legen som er personen de henvender seg til, og at tolken kun er til stede for å videreformidle det de og legen ønsker å si til hverandre. Men det er imidlertid vanskelig å si noe om hvordan de ville oppføre seg under en reell tolket samtale med tanke på blick-kontakt og lignende som helsepersonell har vært inne på.

”Man snakker med legen... [...].” (P2)

Pasientene forklarte at tolken ikke er en del av samtalen, men kun er en hjelpende person utenfra og som videreformidler informasjonen som de kommuniserende ønsker å si til hverandre på riktig språk. Pasientene kom inn på dette med at det må brukes Jeg-form for å ivareta det, at innholdet oversettes nøyaktig som det ble sagt. Det virket som om pasientene også ønsket å ta opp tolkens taushetsplikt i en tolket samtale, samtidig som de ikke helt kjente til begrepet eller yrkesetiske retningslinjer for tolking. Dette henger sammen med de sensitive opplysningene som utveksles under samtalen og de kulturelt betinget utfordringene blant minoritetene. Dette er da også en bekreftelse på poenget som helsepersonell tidligere påpekte, at det er viktig med valg av tolkens kjønn avhengig av samtalsens art og innhold.

” [...] 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...” (P2)

”... sensitiv...” (P4)

På tross av pasientenes forståelse av ”spillereglene under en tolket samtale”, var det likevel grunn til å være oppmerksom på helsepersonells opplevelse knyttet til blick-kontakt under samtalen. Selv om pasientene virket bevisst på hvem de skulle forholde seg til under samtalen, uttrykte de likevel en forståelse av tolkebruk som ikke helt er i overensstemmelse med tolkens yrkesetiske retningslinjer. Det gis uttrykk for at tolken også må fungere som eksempelvis kulturformidler.

” [...] 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)

Samtlige pasientinformanter bekreftet at de beskrev en tolk som ikke kun oversetter direkte samtalen mellom helsepersonell og pasient, men i tillegg har en forklarende rolle

for de forholdene som partene ikke forstår, for eksempel innen kultur og andre vanskelige områder. Likevel ga pasientene uttrykk for at legen har et særskilt ansvar for å forklare nærmere de vanskelige begrepene og forholdene under konsultasjonen.

4.1.3 Tolkebruker

Diffus forståelse i forhold til hvem som egentlig er tolkebruker ved bruk av tolk. Helsepersonell tenkte umiddelbart på fagpersonen som tolkebruker, som har behov for å fortelle den andre parten noe, som ønsker å formidle informasjon men oversatt til et språk som pasienten forstår.

Disse gjorde seg selv mer og mer bevisst under diskusjonen om hvem som egentlig burde være tolkebrukeren, og reflekterte at både helsepersonell og pasient hadde et behov ved bruk av tolk.

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

Når det gjelder pasientene, viste de først en klar oppfatning av at det både er helsepersonell/helseinstitusjoner og pasienter selv som er brukere av tolketjenesten.

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

Det var imidlertid full forvirring om hvem som egentlig hadde ansvaret for å bestille en slik tjeneste. Pasientene var usikre på om de selv måtte sørge for bestillingen, fastlegen skulle sørge for det eller helseinstitusjonene selv hadde egen tolketjeneste og sørge for ansvaret med hensyn til tolkebruk. I tillegg var det usikkerheter rundt hvem som hadde myndighet til å bestemme om en samtale med legen kunne ha tolk eller ikke. Det var spekulasjon rundt dette, og kom blant annet fram til at det muligens var sykehuset som hadde det ansvaret, men at fastlegen kunne videreformidle behovet. Spekulasjonen gikk også på at pasienten kommer i siste rekke, og har ingen mulighet til å avgjøre om det kan bestilles tolk eller ikke i møte med legen, men kan uttrykke sitt ønske til fastlegen, som igjen kan hjelpe dem til å videreformidle behovet 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)

4.1.4 Pasienten snakker litt norsk – en såkalt “gråsone”

Det skal gis forklaring på ofte brukte begrepet “Pasienten snakker litt norsk”, og hvordan dette begrepet, eller påstanden har innvirkning på både viljen til og overvåkenheten i forhold til tolkebruk, samt viktigheten ved det.

Man kan se her at helsepersonell kvier seg til å benytte seg av tolk når de aner muligheten for å kunne snakke direkte med pasienten. Dette munnes i myten om hvor tilsynelatende 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)

Helsepersonell mente at ”å snakke litt norsk” er nok til å kunne føre en innkomstsamtale sammen med pasienten for blant annet å gjøre avtale for videre behandling, og nok til å føre samtaler om hverdagslige tingene. Dette til tross for at “pasienten snakker litt norsk” ble oppfattet som veldig diffust og ikke er definerbart. Helsepersonell mente ellers at det 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)

Det oppleves ofte at det å snakke litt norsk ikke alltid stemmer med assosiasjonen man ellers har til uttrykket, sa helsepersonell. Det kan vise at pasienten likevel kunne mye mindre enn det man la i uttrykket “å snakke litt norsk”. Likevel nøyer helsepersonellet seg med det, og gjerne vil prøve uten tolk først for å se an.

”Du får ofte, det blir veldig mye... det å ”snakke litt norsk”. Det er det 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 gjenganger at helsepersonell først og fremst prøver uten tolk for å bekrefte eller avkrefte at det virkelig er absolutt behov for tolk. Dette til tross for at pasienten ikke

snakker godt nok norsk til å kunne gjennomføre konsultasjonen/samtalen med helsepersonell, uten en eller annen form for språklige barriere.

“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)

Helsepersonell 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 om det er forskjell mellom “å snakke litt norsk” og “å snakke lite norsk”, blir det kontant konstatert at det å snakke lite norsk betyr “nesten ingenting”.

“Lite kan nesten være ingenting.” (H1)

Det spekuleres mye i betydningen av “pasienten snakker litt norsk” kontra “pasienten snakker en del norsk”. Dette er en paradoksal grense som helsepersonell ikke er i stand til å definere, men likevel er gjenstand for å unngå tolkebruk. Det ble nevnt noe merkelig, som kan være et tankekors for helsepersonell, og så med tanke på forståelsen av ”hvem er tolkebruker”.

“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 forsikringsselskap, 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 fram, når helsepersonellet vurderer hvor vidt det skal bestilles tolk, at det først vurderes tolk når samtalen ikke førte fram til noe konstruktivt. At det virkelig stoppet opp på grunn av verken helsepersonell eller pasienten fikk nytten av samtalen. Helsepersonell presiserte i tillegg at tolke benyttes først når de ikke når fram med det de ønsker å formidle, eller at de ikke får svar på deres spørsmål.

I motsetning til helsepersonell, hadde pasientene en helt klar oppfatning på hva ”pasienten snakker 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)

Det stilles deretter et kontrollspørsmål om forskjellen mellom ”å snakke litt norsk” kontra ”å snakke lite norsk”. Her kom det fram språklige interferens som det ofte kan bli uteglemt i slike sammenhenger. Pasientene mente at det ”å snakke litt norsk” kan forstås som ”ingenting”, men det ”å snakke lite norsk” kan være slik at man praktiserer norsken sjelden, men ikke nødvendigvis at man ikke forstår norsk ellers. Pasienten kom likevel tilbake til viktigheten med at det å snakke litt norsk, må forstås som ”nesten ingenting”.

Dette illustrerer pasientens klare holdning til begrepet, og med hensyn til vurdering av behovet for tolk.

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

4.2 Kriterier for tolkebruk

Under denne tematiske kategorien forsøkte jeg å få fram informantenes erfaring, men ikke minst synspunkter med hensyn til hva som bør ligge til grunn for tolkebruk. Det kom fram enkelte metoder som helsepersonell legger til grunn for avgjørelsen om tolk tas i bruk eller ikke.

Pasientene hadde imidlertid andre synspunkter på hvordan systemet bør være for å ”fange” opp behovet. Pasientene mente i tillegg at det er avgjørende hvis det er samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utover dette kunne pasientene se for seg en skjematisk vurdering som systematisk filtrerer eller synliggjør behov for tolk ved en eventuell konsultasjon eller behandlingssamtale.

Til sammen gir dette tre viktige holdepunkter som danner grunnlaget for helsepersonells vurdering for tolkebruk. Disse holdepunktene er skjønnsvurdering, pasientens vilje og det siste går på informasjon fra henvisende instanser og informasjon i pasientjournalen.

4.2.1 Skjønnsvurdering

Helsepersonell opplyste at det ikke finnes rutiner for eller klare vurderingskriterier med hensyn til tolkebruk. Mye går på skjønn; når samtalen med pasienten stopper opp på grunn av språk, når pasienten ønsker det (eller ønsker ikke) eller når det åpenbart er anført på henvisningen eller andre innkomstdokumenter at pasienten ikke snakker eller snakker lite norsk.

”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)

Det viste også at helsepersonell har motstridende oppfatninger når de vurderer viktigheten av tolkebruk, helt uavhengig av hvor de jobber. På den ene siden er det viktig at kritisk informasjon skal uhindret fram og på annen side er det ”se an”-holdning som råder. Av og til vurderes det at tolk kun benyttes for enkelttemaer. Her kan man stille seg spørsmål om forskjellen på viktighetsgrad mellom medisinerings og innhenting av informasjon som kan være avgjørende for medisinerings.

”[...]Altså, hvis det er for eksempel medisinerings 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)

Det ble avdekket noe interessant og essensielt med tolkebruk, med hensyn til tilgangen til likeverdig helsetjeneste, satt på spissen, når det stilles et konkretiserende spørsmål om legesamtalen alltid foregår med tolk. Det sies følgende:

”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)

Det er imidlertid vanskelig å tyde hva det menes med ”det har vi ikke mulighet til”. Er det på grunn av kostnaden for å ha tolk tilgjengelig på avdelingen, eller skyldes det tolketjenestens tilgjengelighet ved et slikt behov?

Helsepersonell antydet at vurderingen hovedsakelig er basert på skjønn. På spørsmål om hvordan pasientens språkkompetanse skjønnsmessig vurderes, kom det derimot 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 helsepersonell 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)

Helsepersonells skjønnsvurdering er imidlertid ikke i overensstemmelse med pasientenes erfaring. Mine pasientinformanter 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 komplementær med språkferdighet. De mente derimot at det i fleste tilfellene kan gå i motsatt retning på grunn av språklig stagnasjon, altså morsmålet stagnerer mens nytt språk ikke nødvendigvis blir bedre. Følgende kom spontant fra pasientene:

”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 helsepersonellet fordi at de ikke får uttrykt det de egentlig tenker og føler på grunn av manglende språklig forståelse.

”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)

4.2.2 Pasientens vilje

De ofte brukte kriteriene som ligger til grunn for tolkebruk er, i følge helsepersonell, blant annet pasientens vilje, informasjon på henvisning og helsepersonells skjønnsvurdering av pasientenes norskkunnskaper. Helsepersonell frykter at mange lar være å bruke tolk av bekvemmelighetshensyn, og gjerne dropper det dersom pasienten føler det samme. Med hensyn til pasientens vilje kan man også se at dette kriteriet ofte blir brukt for å slippe tolkebruk, for eksempel hvis pasienten nekter å ha tolk med i samtalen. Det virker som om det i et slikt tilfelle blir en lettelse for helsepersonellet.

"[...] Men 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 fornøyde... og det er ikke sikkert at det er alltid den beste løsningen." (H5)

Samtidig som "pasientens vilje" nevnes til å være et av de hovedkriteriene for tolkebruk, ser man at det, i visse situasjoner, er andre uklare premisser som setter en viss begrensning for tolkebruk, selv om utilstrekkelig bruk av tolk kunne vise en innskrenkning i tilgangen til likeverdig helsetjeneste. Om dette skyldes tilgangen til tolketjenesten eller grunnet økonomiske insentiver er imidlertid uklart.

"... 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 så det blir oppsamling, snitt en gang i uka, to ganger i uka istedenfor en gang om dagen." (H6)

Da det viste at helsepersonell gjerne dropper tolkebruk av bekvemmelighetshensyn, stilles det spørsmål om hvordan helsepersonell bør handle dersom pasienten ikke ønsker å benytte tolk, selv om situasjonen ser ut til å trenge det for å ivareta informasjonsplikten. Helsepersonellet ga uttrykk for at en slik situasjon kunne bli utfordrende, i hvert fall hvis pasientens norskkunnskap, ut fra skjønnsvurdering, er på grenseland mellom "å snakke litt norsk" og "å snakke en del norsk". Det blir en vanskelig avveining. Helsepersonell antydte at det å ikke-bruke tolk er å anse som det mest foretrukne, hvis "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)

Da pasientens vilje ser ut til å være et av kriteriene for tolkebruk, stilles pasientene et bekreftende spørsmål om de noensinne hadde fått forespørsel om tolk. Det kom spontant følgende fra samtlige:

”Aldri noensinne...” (samtlige pasienter)

Derimot tydet det heller på lite initiativ fra helsepersonell med tanke på å tilby tolk til pasientene som ”snakker litt norsk” eller ”snakker en del norsk”. Pasientene er fortvilte i slike situasjoner, men tør likevel ikke å uttrykke ønske om tolk av flere grunner; blant annet fordi de er redd for at ønsket deres er overflødig fordi de ikke har rett til det, eller at de kan bli sett på som kravstore pasienter.

”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 at... at man ikke forstår hva de sier og hva de gjør med en. De snakker... snakker om alt mellom himmel og jord... hvem kunne vite.” (P1)

”[...] ofte tenker man om det var riktig å gjøre dette... har man rett til dette... har eller... eller det man sier... eller det man ønsker er bare overflødig. De kan jo si at vi krever altfor mye.” (P2)

Pasientene var på annen side veldig klare på alternative løsninger hvis det skulle være utfordrende med oppmøte-tolk. De mente at den beste løsningen for dette ville være å benytte seg av telefontolk. Det oppfattes som at telefontolk er mest foretrukket i de fleste tilfellene, hva gjelder akutte innleggelses, vanskelige temaer og andre temaer med behov for anonymisering.

”... sensitiv for eksempel... 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 telefonsamtale, det blir lettere... lettere å snakke.” (P3)

For å verifisere helsepersonellens påstand om at pasienten ofte ser på tolken i samtalen med legen, ble pasientene stilt spørsmål om hvem de skal forholde seg til i en samtale med legen med tolk til stede. Pasientenes spontane svar på spørsmålet var derimot at samtalen skal foregå mellom pasienten og legen. Tolken er imidlertid kun en medhjelper som videreformidler budskapet på et annet språk. Det forstås slik at svaret kunne være hypotetisk da ingen av mine informanter hadde tolk i noen av samtalene med helsepersonell.

4.2.3 Henvisning og pasientjournal

Helsepersonell mente at det er viktig at fastlegen konkret opplyser i sin henvisning dersom pasienten skulle ha behov for tolk. En slik opplysning i henvisningen ville forenkle vurderingsarbeidet slik at man ikke hele tiden måtte sitte og gjøre skjønnsvurdering før eller under samtalen. Disse mente videre at fastlegen kjenner henviste pasientene best og over lengre tid, enn hvem som helst andre steder. Dette vil gjøre fastlegen til den beste instansen til å vurdere hvor vidt pasienten hadde behov for tolk eller ikke. Helsepersonellet hevdet videre at det er minst like viktig at fastlegen opplyser om alternative kommunikasjonsmuligheter, for eksempel hvis pasienten kan og er engelsktalende.

Helsepersonellet uttrykte oppgitthet og mente at ikke alle fastleger er opptatt av temaet, til tross for at det forsøkes gitt 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)

Det kom derfor fram et klart ønske om at dette burde bli et fast punkt på henvisningen fra henvisende leger.

”Kunne hatt fast punkt på en henvisning. Det står på andre siden en mal på det eller sånn.” (H1)

I tillegg ble det gitt uttrykk for at temaet kunne blitt en fast del av journalføringen. Det bør være et punkt hvor dette temaet noteres, for eksempel under kritisk informasjon. Det er imidlertid ingen rutiner som beskriver hvordan tolkebruk rapporteres, og at praksisen er forskjellig og tilfeldig. Det er imidlertid mulighet til å bruke feltet til kritisk informasjon for å notere en slik melding, for å forsikre seg om at informasjonen blir fanget opp. Det kom også fram frustrasjon i forhold til brukervennlighet og dårlig søkefunksjon i pasientjournalssystemet. Man må gjennomføre lange journaler for å finne en liten viktig detalj, for eksempel tolkebehov.

Samtlige helsepersonell uttrykte sterkt ønske om, hvis det hadde fantes en slik rutine eller et vurderingssett på lik linje med alle andre vurderingene ved innkomsten. Det er viktig ved innkomsten, blant annet for å kartlegge videre behandlingsforløp. Det ble videre sagt at det er viktig å få føringer, sagt på annen måte krav om at tolk vurderes og rapporteres.

Det ble videre sagt at temaet ikke hadde blitt prioritert når eller 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)

Det ble videre nevnt at systemet kunne legges mer til rette for en slik kontrollrutine, for eksempel obligatorisk informasjon om tolkebehov fra henvisende lege eller notat i journalsystemet med eget felt for tolk. Helsepersonellet mente at det er hensiktsmessig hvis slik informasjon blir notert i feltet for kritisk informasjon. Imidlertid må det, som tidligere nevnt, være føringer fra ledelsen, og at dette blir 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)

4.3 Tolkebruk i praksis

Under denne tematiske kategorien, fokuseres det på informasjonsarbeid rettet mot både helsepersonell og pasient, opplæringsrutine, rutine for avviksregistrering samt kunnskap og erfaring rundt tolkebruk, eventuelt ikke-tolkebruk.

4.3.1 Informasjon og tilgjengelighet

Det var gjennomgående at helsepersonell opplever informasjon om rett og plikt, med tanke på tolkebruk, ikke er tilgjengelig nok. På spørsmål om hvordan helsepersonellet opplevde rutinen for og informasjonsarbeidet knyttet til tolkebruk, viste det gjennomgående manglende kjennskap til lov- og regelverket som regulerer både plikt og rett til tolk, i henhold til både Helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Helsepersonellet opplevde også at det ikke finnes klare retningslinjer for når tolk bør benyttes.

”Jeg er ikke kjent til rutine eller lovverket i forhold til tolk. [...] Finnes det, eller?” (H3)

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

Det uttryktes videre at det ikke er mye å utsette på når det gjelder informasjon om hvordan tolk bestilles. Dette opplevdes som en grei og enkel rutine. Det ble imidlertid utvist frustrasjon når det gjelder retningslinjer for når tolk skal brukes. Helsepersonell mente at de ikke er kjent med verken retningslinjer for når tolk skal benyttes eller hvordan dette skal noteres og rapporteres videre. Dette kunne vært nyttig, ble det videre konstatert.

Helsepersonellet uttrykte blant annet behov for mer pasientinformasjon for å øke kunnskapen om deres rettighet. For eksempel kunne en slik informasjon innarbeides i 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)

Pasientene ble spurt om hvordan de opplever informasjonen om for eksempel pasientrettighet med hensyn til tolk, viste det total mangel på kunnskap på området. Med andre ord tyder dette på at tilgjengeligheten på informasjon ikke er tilstrekkelig, eller at informasjonen ikke har blitt riktig distribuert. For å verifisere dette, ble pasientene 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 pasientene var usikre på hvor og hvordan de kunne finne informasjon om for eksempel pasientrettighet, gis det uttrykk for at behandlende lege skal kunne gi tilstrekkelig informasjon dersom man spør om det. Paradoksalt nok, forutsetter dette likevel at man forstår hverandre, la pasienten til.

På spørsmål om hvordan pasientene tenkte om tilgjengeligheten på tolkebruk i helsetjenesten, kom det enstemmig at tolkebruk er en mangelvare, slik de opplevde systemet.

”Eksisterer ikke.” (P5)

4.3.2 Tilrettelegging og avviksmelding

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

For at rettigheter og plikter om tolkebruk skal kunne etterleves, mente helsepersonellet at praksisen må innarbeides i en slags rutine, en obligatorisk sjekklister eller et vurderingsskjema som skal gjøres. 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 som omhandler tolk, på lik linje med øvrige vurderingsrutinene på avdelingen, og som gjøres tilgjengelig i blant annet e-håndbok. I tillegg mente helsepersonellet at det minst er like viktig at pasientinformasjonen forbedres. Informasjonen tydeliggjøres og innarbeides som en del av avdelingsinformasjon. 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, for eksempel telefontolking. Det å ha utstyret tilgjengelig, det vil kunne foretas bestilling av tolk på kortvarsel uten at konsultasjonstidene nødvendigvis må utsettes på grunn av språkbarrieren. Dette, mente helsepersonellet, vil være tidsbesparende og eventuelt også bidrar til pasientens 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 høytalertelefon 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 om det foreligger rapportering eller måling av utsatte timer som skyldes språk. Helsepersonell mente at det kan være vanskelig å gjennomføre den typen rapportering av flere årsaker. For det første finnes det ikke en hensiktsmessig måte å rapportere om slike situasjoner, slik helsepersonell oppfattet situasjonen, for eksempel at 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 til tolkebruk er helsepersonells

selvstendige skjønnsvurdering. Sett fra dette perspektivet kan det forhindre fleste parten til å rapportere om slike avvik, sa helsepersonell.

”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. Det sies at pasientjournalssystemet er en slags forteller-journal, og at det ikke er faste punkter som man kan krysse av for, for eksempel tolkebruk, behov for tolk eller manglende bruk av tolk, m.m. På denne måten vil det gjøre det svært vanskelig for mottakende behandler å følge opp videre i behandlingsforløpet.

På den andre siden så det ut som pasientene sitter med mye usagt når det gjelder språklige problemer i helse relaterte situasjoner. Pasientene mente at språk er avgjørende for om de mottar god eller mindre god helsetjeneste. Dette gjelder spesielt for den eldre befolkningsgruppen, som er mest utsatt ved og under kritiske situasjoner. Selv om den yngre befolkningsgruppen også trenger mye hjelp med hensyn til språk, mente pasientene at de likevel vil klare seg bedre. Yngre mennesker er uansett bedre oppdaterte, spesielt ved hjelp av ”jungeltelegraf”, fortalte mine pasientinformanter.

Pasientene mente at det kunne være hensiktsmessig og nødvendig å ha en slags hot-line som ble viderekoblet til en tolketjeneste i en akutt situasjon. Dette er særdeles viktig da det, i slike situasjoner, ofte handler om liv og død hvis det oppstår språklige misforståelser, sa en av pasientene.

”[...] Jeg tenker spesielt på den gruppen [...] eldre mennesker. De har ikke... de kan ikke snakke norsk... sånn er det i det vietnamesiske felleskapet, 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 pasientene at helsepersonellet kunne være mer oppmerksom på og uoppfordret spørre om de har behov for tolk. Pasientene erfarte at dette er helt fraværende. Pasientene opplyste i tillegg at, på grunn av kulturelle forskjeller, enkelte vegrer seg til å ”kreve” for mye. Det vil således være meget viktig å opplyse om at tolk er et offentlig tilbud og en rettighet inkludert i den helsetjenesten en hvilken som helst pasient mottar, la pasientene til.

Det er imidlertid komplekse forhold som spiller inn ved akutte innleggelser, kunne helsepersonell fortelle.

4.3.3 Kunnskap og erfaring

Det viste nærmest totalt fraværende kunnskap om lov- og regelverk i forbindelse med pasientrettigheter og helsepersonells plikt. Dette mente helsepersonellet er et problem på et høyere nivå. Denne kunnskapen bør forankres allerede i utdanningen, samtidig som det også påpekes viktigheten med at nyansatte må orienteres om temaet på nybegynnerkurs.

Helsepersonell 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)

Samtidig viste det at helsepersonell opplevde en forbedring med tanke på at det har blitt enklere å bestille tolk, både teknisk og praktisk. Disse konstaterte at bestillingsrutinen ikke er noe å utsette på.

” ... 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 helsepersonell. Det kom fram et poeng som beskrev dilemmaet som det er lett for å overse i hverdagen. På den ene siden vurderer helsepersonell hvorvidt pasienten forstår norsk, men på annen side må det også tas hensyn til hvor vidt en dialekt er forståelig, til og med for etnisk nordmenn.

”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... 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)

Pasientene uttrykte fortvilelse og skuffelse når det gjaldt tolkebruk i sykehus. Disse mente at det sannsynligvis skyldes manglende kommunikasjon på felles språk som kan ha medført uteblivelse av en del informasjon under konsultasjonen.

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

På spørsmål om hvordan pasientene 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 da beskrive sine følelser og bekymringer, noe jeg oppfattet som meget viktig for pasientene 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 hvor vidt tolkebruk praktiseres hos fastlegene, kom det umiddelbart og samstemt at tjenesten heller ikke eksisterer hos fastlegene. Dette er da også grunnen til at mange har valgt leger med samme språk som sin fastlege, med forhåpning om at kommunikasjonen blir lettere, opplyste pasientene. At de får uttrykke og beskrive deres problemer og bekymringer. Det tilføyes at mange unnlater å gå til periodekontroll nettopp fordi at 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.

Pasientene uttrykte i tillegg at de føler frykt, stress, usikkerhet, oppgitthet, ”overlatt sin skjebne til behandleren”, kompleksitet (underverdighet) m.m. når de er i en behandlingssituasjon eller lignende, 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)

4.4 Forbedringspotensialer

4.4.1 Organisatorisk

Helsepersonell mente at det er hensiktsmessig å informere om tolketilbudet før pasienten faktisk møter opp. Det kan gjøres ved å integrere informasjonen, med mulighet for svar, i innkallingsbrevet og bekreftelse på legetimen. Det etterlyses rutine for kvalitetssikring på tolkebehov, samtidig som rapportering om tolkebruk i forhold til behovet; en slags

dokumenterbart vurderingsskjema som følger pasienten gjennom behandlingsforløpet. Videre må dette også være en del av pasientjournalen, og at tematikken må synliggjøres ved å utarbeide egne rubrikker for utfylling i pasientjournalen. Det ble gjort ekstra oppmerksom på viktigheten med et systematisk kartleggingsverktøy for å identifisere behovet, allerede ved innkomst. Dette relaterer til kriteriene som helsepersonell mente er viktige for avgjørelse om tolkebruk, hvor det blant annet ble nevnt en innskjerpet rutine for henvisning, journalføring og hvordan slik informasjon blir fulgt opp.

”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)

Det ble også påpekt at arbeidsplassen ikke er tilrettelagt nok for å kunne arbeide mest mulig effektivt med tanke på tolkebruk. Det rettes spesielt fokus på tilrettelegging av nødvendig utstyr slik som kompatible 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)

Helsepersonellet etterlyste ellers bedre informasjon til pasienter, og tilgjengeliggjøring av dette. Det kom blant annet forslag om, hvis en slik informasjon skulle tjene sin hensikt, å innarbeide dette i en informasjonspakke om avdelingen. Pasienten vil på denne måten slippe å forholde seg til ulike informasjonskilder, og at det muligens vil være større sjanser for at pasientene vil få med seg dette, sa helsepersonell.

”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)

Pasientene på sin side mente også at det ville være hensiktsmessig hvis informasjon og tilbud om tolk allerede gis i startfasen, altså allerede når de innkalles til legetimen. Dette er helt i tråd med hva helsepersonell kunne tenke seg, altså informasjon og tilbud gitt integrert i innkallingsbrevet.

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

I tillegg mente pasientene at det kunne vært praktisk om sykehusene utdannet sine egne tolker. Dette vil kunne både bidra til bedre tilgjengelighet og kvalitet på tolketjenesten. Dette gjelder da også hvordan tolken behersker den faglige terminologien som pasientene tidligere var inne på.

"[...] 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)

Tilgjengeligheten forbedres straks sykehuset disponerer egne tolker, og enda bedre hvis sykehuset selv har utdannet disse tolkene, spekulerte pasientene. Det kan for eksempel innføre en slags vaktordning, hjemmevakt eller lignende. På denne måten vil sykehuset kunne ha tilgang til tolk uansett 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 er det beste." (P4)

Utover dette påpekte pasientene helsesystemets svakheter med hensyn til de eldre, hovedsakelig de som ikke behersker det norske språket. Det kunne tenkes utviklet en integrert telefontolketjeneste i forbindelse med akutte situasjoner, for eksempel for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral, AMK. Pasientene mente at denne tjenesten, eventuelt tiltaket, ville berge liv 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)

4.4.2 Kompetanseheving

Helsepersonell virket frustrerte når de snakket om kunnskap om lovverk som regulerer tolkebruk. Det etterlyses en form for undervisning som går spesielt på rettigheter og plikter i forbindelse med tolkebruk. De mente at dette ville bidra til en bedre holdning, og ikke minst grunnlag for å kunne hevde sin rett til å bruke tolk når de mener 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)

Helsepersonell mente også at kursing vil ha god effekt med tanke på tolkebruk. Via kurs kan helsepersonell bli mer bevisst på både rett og plikt, samtidig som viktigheten med tolkebruk i forbindelse med arbeidet for likeverdig helsetjeneste. Disse hevdet at det er viktig med kursing fordi det er vanskelig å sette seg i system når det gjelder tolk. Det vil likevel kreve skjønnsvurdering i ekstraordinære situasjoner, for eksempel:

”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... 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)

Samtidig viste det behov for å øke kompetansen blant helsepersonellet, hva gjelder metodikk for gjennomføring av en pasientsamtale hvor tolk er til stede. Dette vil bidra stort til å eliminere ryktet om og oppfattelsen av at en tolkesamtale er tungvint. Det er imidlertid tilsvarende behov for at helsepersonell behersker teknikken for hvordan man gjennomfører en pasientsamtale med tolk til stede. Uttrykket ”øvelser gjør mester” vil nok ha sin anvendelse her da helsepersonellet er klare over at det ville bli mer vanlig og enklere, jo oftere man hadde tolk med i samtalen.

”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)

Det uttryktes for at internundervisning er et viktig forum til å spre kunnskap om plikt og rett til tolk. Helsepersonell konkretiserte også at det å få en e-post ikke ville hjelpe da det ofte går i glemmeboka. 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 å ikke-bruke tolk. De mente at problemet ligger i de såkalte gråsonene mellom det å forstå norsk og det å forstå litt. Å forstå norsk i den forstand at pasienten forstår samtalen og evner å forklare sine følelser på en detaljert og utfyllende måte.

”Kanskje å ta 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)

5 Diskusjon

Dette kapittelet er delt inn i to deler, en metodedel og en funndel. I metodedelen skal jeg redegjøre for prosessen rundt gjennomføring av studien og refleksjoner over ulike momenter som kan påvirke studiens gjennomføring og resultat. Det diskuteres i tillegg min posisjon som forsker med hensyn til fokusgruppene og dens påvirkning i forhold til resultatet.

I funndelen blir diskusjonen kategorisert etter funn. Alle funn i denne studien besvarer mer eller mindre begge forskningsspørsmålene og belyser studiens problemstilling.

5.1 Diskusjon av metode

5.1.1 Gjennomføring

Hensikten med denne studien er å utvide eksisterende kunnskap om forhold som kan forårsake underforbruket av tolk i helsetjenesten, som igjen danner grunnlaget for hvordan helsesystemet kan tilrettelegges for å fange opp det.

Både pasienter og helsepersonell bruker tolketjenester. For å gi et fullstendig bilde av fenomenet “underforbruk av tolk”, må fenomenet undersøkes fra både pasientperspektivet og helsepersonellperspektivet. Det unike med denne studien er nettopp at pasientperspektivet belyses, som et styrkende supplement til tidligere studier gjort på helsepersonell.

Da det ville være vanskelig å gjennomføre fokusgruppeintervju med en pasientgruppe som er tolketrengende, ble denne gruppen avgrenset til ett språk; vietnamesisk. Utvalget var situasjonsbetinget og basert på forskerens språkkompetanse, og som kunne gjennomføre intervjuet på dette språket. Denne utvelgelsen begrenset tolkning av funn til øvrige minoritetsgrupper.

Utvalg av informanter gjøres i henhold til de metodiske anbefalingene knyttet til fokusgruppeintervju, hvor denne metoden betegnes som mest egnet til å belyse en populasjons perspektiv på et fenomen. Det ble gjennomført intervjuer med to fokusgrupper; en pasientgruppe og en helsepersonellgruppe.

Rekrutteringen var i utgangspunktet planlagt avgrenset kun til Kvinne- og barneklipp og Klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus. Avgrensningen ble valgt med hensyn til oppgavens omfang og basert på sannsynligheten for vellykket rekruttering innenfor prosjektets tidsramme. Rekrutteringen ble startet opp noe sent i forhold til planen på grunn av avklaringer med sykehusets personvernombud. Antall deltakere blant helsepersonell kunne vært økt dersom prosjektet hadde hatt bedre tidsramme og rammebetingelser for rekrutteringsprosessen.

På anmodning fra sykehusets personvernombud, måtte prosjektet få godkjenning for deltakelse på lokalt nivå, altså avdelingsnivå, slik at prosjektet måtte avklares og godkjennes av avdelingsledere på lavest nivå. Denne godkjenningsrunden skulle gjøres i etterkant av at prosjektet hadde fått "tilråding" fra klinikkleder og forskningssjef i aktuelle klinikkene. Dette prinsippet medførte at det måtte søkes om godkjenning tilsvarende sykehusets antall lederledd (opptil 5 lederledd fra klinikknivået). Det ble på bakgrunn av anmodningen utarbeidet et sett med informasjonsskriv som ble sendt til aktuelle avdelinger for godkjenning av deltagelse fra helsepersonell i respektive avdelinger. Tilsvarende ble også sendt aktuelle enhetsledere (nivået under avdeling) som bistod med å distribuere invitasjonsbrev til aktuelle pasienter. Dersom den enkelte pasient godtok å delta i studien skulle de sende tilbake samtykkeerklæringen på det vedlagte invitasjonsbrevet. Dette ble gjort ved at behandlerne distribuerte invitasjonsbrevet (på norsk og vietnamesisk) til aktuelle pasienter. På den måten skulle ikke forsker vite hvem deltakerne var før de hadde samtykket, og helsevesenets etiske krav om konfidensialitet ble overholdt.

Helsepersonell- og pasientinformasjonsskriv ble utarbeidet etter NSDs standarder og anbefalinger. OUS PVO¹⁶ hadde imidlertid andre krav til pasientinformasjonen. Disse kravene kom i etterkant av distribusjonen slik at det ikke var anledning til å innarbeide endringene i pasientinformasjonsskrivet. Kravene fra OUS PVO er som følger:

- 1. Informasjonsskrivet orienterer om at deltagerne har rett til innsyn i opplysningene som lagres om dem i prosjektet, at de kan få lytte til opptaket og eventuelt krever det slettet dersom de trekker seg fra studien. De skal også orienteres om retten til å rette opp feil/misforståelser. Dette er krav i lovgivningen og kan ikke fravikes.*

¹⁶ Personvernombudet i Oslo universitetssykehus

2. *E-post adresse i informasjonsskrivet til pasientene må fjernes da sykehuset ikke kan legge opp til kommunikasjon med pasienter over usikrede medier. Følger av instruks i e-Håndbok.*
3. *Informasjon som kan ledes tilbake til pasientene lagres på et sikkert medium. Kan her orientere om at universitetsnettet ikke har den nødvendige sikkerhet for å lagre informasjon som omhandler pasienter, og dermed er sensitiv. Hvis informasjonen direkte (for eksempel opptak) eller indirekte (for eksempel ved at nedskrevne opplysninger kodes, og koden er forbundet med et navn på en separat kodeliste), så er eneste alternativ at denne lagres på en frittstående PC uten nettilkoblinger, og som er eid av UiO.*

Jeg valgte å se bort fra disse kravene i en ny rekrutteringsstrategi (men fortsatt forholdt meg til NSDs standarder for informasjonsskriv til pasienter), da det ikke ga noe respons fra pasientene på informasjonsskrivet som ble distribuert av sykehuspersonalet. Grunnen for dette kan ha vært at rekrutteringen påstartes i sommerferieperioden, slik at sykehusets bemanning var på sitt laveste. Samtidig var svarfristen så kort at den også kunne ha vært årsaken til svært dårlig respons.

I og med at det ikke ga noen respons fra pasientene med opprinnelige rekrutteringsstrategi, ble det forsøkt å rekruttere deltakere via de vietnamesiske miljøene i Oslo. Dette ble gjort ved at informasjonsskrivet distribueres via flere arenaer, for eksempel vietnamesiske butikker i Oslo og lignende.

På bakgrunn av dette har jeg ikke hatt mulighet til og ”håndplukket” informanter blant pasienter. Pasientgruppen besto av fem deltakere, hvorav fire kvinner og en mann med botid i Norge fra 4 – 20 år. Aldersforskjellen er mellom 20 – 35 år. Disse har fått behandling ved Oslo universitetssykehus, Ullevål i forskjellige klinikker (akuttmottak, kvinnesenter, barnesenter, kirurgisk poliklinikk og medisinsk poliklinikk). Fellestrekket med disse er at de har vietnamesisk bakgrunn, er pasienter ved Oslo universitetssykehus og skal ha eller har hatt behov for tolk i møte med helsepersonell, men som av forskjellige grunner ikke har fått tolk.

En av pasientene som ble intervjuet var en bekjent (en tidligere elev) fra undervisningen i 50t samfunnskunnskap ved Oslo Voksenopplæring. Sett fra problemstillingens tematikk og fordi bekjentskapet var kortvarig er det lite sannsynlig at dette ville påvirke vedkommendes standpunkt og meninger. Omstendigheten kunne derimot ha gitt deltakerne bedre trygghet i sin meddelelse av private historier/opplevelser og forslag til forbedring. Dette skyldes antageligvis også andre årsaker som jeg kommer nærmere innpå under punkt 5.1.2.

Svakheten med denne pasientgruppen var at den ikke inkluderte pasienter i høyere alder. Det ville vært interessant å vite hva eldre pasienter tenkte og hvordan de forholdte seg til tolkebruk, hvordan de opplevde underforbruk av tolk og hva de oppfattet som årsaker til underforbruket av tolk i helsetjenesten.

Det ble benyttet sykehusets GAT-ressursstyringssystem til å kartlegge og systematisere distribusjonen av prosjektinformasjon til helsepersonell. Rekruttering av helsepersonell ble, ved hjelp av ressursstyringssystemet, målrettet gjennomført i henhold til følgende utvelgelseskriterier; stilling/yrkesgruppe, kjønn, alder og ansiennitet (i Oslo universitetssykehus). Kriteriene ble satt opp for å ivareta en nyansert, interaktiv og gruppedynamisk prosess under intervjuet, som kunne bidra til at samtalen fikk en konkret forankring til det temaet som skulle belyses. Helsepersonellgruppen besto av seks deltakere hvorav en lege, en psykolog, to sykepleiere, en jordmor, og en sosionom. To av disse var menn og fire var kvinner. De hadde alle ulik ansiennitet ved sykehuset. Fellestrekket med disse er at de behandler eller har behandlet minoritetspråklige pasienter uten å ha brukt tolk, selv om situasjonen burde tilsi at tolk ble benyttet. Svakheten med helsepersonellgruppen var at den ikke inkluderte fastlegene, helsesekretærer og institusjonens ledere fordi disse har en påvirkende rolle i forhold til helsepersonells bruk av tolk og underforbruk av tolk i helsetjenesten. En annen svakhet med en slik fokusgruppe er at deltakerne ofte består av personer som har særinteresse i tematikken, som også betyr at de er mer bevisste på problematikken slik at studiens utkom også ville blitt preget av dette. Derimot kan man gå glipp av andre nyanser som “ubevisste” personer kunne ha kommet med.

5.1.2 Forskerposisjoner

Av praktiske årsaker ble studien gjennomført ved Oslo universitetssykehus¹⁷, hvor jeg har vært ansatt i snart 10 år. Studier i det samfunnet en selv er en del av, betyr at en studerer en del av sin egen virkelighet. Det innebærer ulemper ved at en kan bli “blind” for den virkeligheten som er der, fordi en deler en rekke antagelser og tenkemåter som blir tatt for gitt (Ryen 2002; Wadel 1991). På annen side kan det også være en fordel at en studerer sin egen virkelighet fordi at man sannsynligvis har innsikt i det som skjer i

¹⁷ Oslo universitetssykehus er et av de sykehusene i Norge som behandler flest pasienter med minoritetsbakgrunn.

organisasjonen, snakker samme språk som informantene og er i stand til å spørre de riktige spørsmålene.

Jeg gjennomførte alle fokusgruppeintervjuene i NAKMIs møterom som jeg ikke har hatt som mitt arbeidssted, og jeg har ikke intervjuet helsearbeidere som jeg har påvirkende forhold til med hensyn til temaets problemstillinger.

I samtalen med pasientene opplevde jeg at det ga dem et ekstra motiv til å meddele seg om potensielle forbedringsområder på grunn av at jeg hadde flere rådgivende og innflytende roller og posisjoner i sykehuset/helsevesenet, og med det bakteppet at jeg også underviste på Oslo voksenopplæring. Bakgrunnen for dette var mulig at de tenkte at jeg var i en posisjon til faktisk å kunne gjøre noe med problemene.

Å ha samme landbakgrunn som pasientinformantene kan by på både fordeler og ulemper. Dette må sees i sammenheng med kontekst. Jobb i helsesektoren og utdanningssektoren gir status blant vietnameserne. Dette er betinget i tradisjon og kultur, som blir forklart nærmere under punkt 5.2.2. Statusforskjellen mellom forsker og informant kan føre til at informanter forteller det de tror forskeren ønsker å høre. Det ble derfor, før intervjuet startet, presisert at gruppeintervjuet ikke var en terapisaamtale, men en erfaringsutveksling om opplevelser av tolkebruk i helsetjenesten.

En annen ulempe med fokusgruppeintervju av pasientinformanter fra samme miljø kan være at noen vegrer seg for å fortelle alt, fordi de er bekymret for at informasjonen spres i eget miljø. Dette skyldes at enkelte diagnoser fortsatt er og ansees som tabubelagte temaer i det vietnamesiske miljøet. Det ble derfor fokusert mye på taushetsplikten både for forskeren og deltakerne imellom ved oppstart av intervjuet. Dette er trolig den største enkeltårsaken til lav respons til deltakelse i prosjektet, sett bort fra det faktum at tidsramme for rekrutteringsprosessen var begrenset.

Det at jeg har vietnamesisk bakgrunn selv, har gjort det enkelt for pasientdeltakerne å åpne seg om temaer som berører "oss vietnameserne". Språkbruken under hele intervjuet var farget av at jeg selv var vietneser. Enkelte uttrykk ville antageligvis ikke blitt brukt om forskeren hadde vært norsk, delvis grunnet den språklige barrieren og delvis for å forenkle kommunikasjonen med hensyn til forskeren. Dette gjorde at jeg fikk oppleve en helt naturlig samtale hvor problemene ble beskrevet på en forventet vietnamesisk måte. Det er også merkelig å nevne at det under samtalen ble brukt en del uttrykk og

beskrivelser om enkelte medisinske tilstander som er typisk vietnamesisk. Disse uttrykkene og beskrivelsene kunne være vanskelige, om umulige, å oversette til det norske språket, og som heller ikke ville gitt mening i den norske konteksten. Som forsker var dette et viktig moment at jeg fikk med meg. Det gjorde at jeg fikk bedre tilgang til datamaterialet med hensyn til når datamaterialet brytes ned og analyseres, som igjen ga resultater som ikke helt eksplisitt ville blitt forstått på samme måte av en annen forsker med annen kulturell bakgrunn.

Det var også viktig å nevne at jeg ikke har behandlet pasienter selv, og at jeg var en nøytral person som gjennom studien ønsket å formidle det usagte, både fra pasientens og helsepersonellens perspektiv. Dette ble tatt godt i mot, noe som også muligens gjorde at pasientene under hele intervjuet har vært åpne om alt som diskusjonen måtte berøre. I forhold til helsepersonellgruppen var det også viktig å nevne at jeg ikke lenger arbeidet i klinikken eller hadde direkte kontakt med pasienter som skulle generere behov for tolkebruk. Det var også viktig å presisere at jeg ikke på noen måte hadde overordnet lederansvar slik at det som ble sagt ikke skulle gi noen konsekvenser for arbeidsforholdet. Etter min oppfatning var stemningen, etter avklaringene, ganske god. Det var også en fordel at jeg prater flytende norsk og er godt integrert i det norske arbeidslivet. Dette gjorde at jeg har forhåndsinnsett og ga deltakerne et godt inntrykk på at vi er på samme "bølgelengde". Kort forklart kan man si at jeg er norsk i arbeidssammenheng og kulturelt vietnamesisk i privat sammenheng. I og med at jeg selv er helsepersonell og er ansatt ved sykehuset, merket jeg at samtalen gikk på en slik måte det skulle gjøre "oss helsepersonell imellom". Dette styrket også deltakernes trygghet med hensyn til å meddele de vanskelige situasjonene som det kunne ha vært vanskelig å fortelle om til "utenomforstående", og som også kunne ha vært vanskelig for "utenomforstående" å forstå.

5.2 Diskusjon av funn

Tolkebruk i Oslo universitetssykehus er regulert i "*Retningslinjen for tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter*". Retningslinjen 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 "*Retningslinje for bruk av tolk og tolketjenester i møte med*

flerspråklige” (HSØ RHF 2006). I tillegg har Helsedirektoratet høsten 2011 gitt ut en ny veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (Hdir 2011).

Innledningsvis ønsker jeg å illustrere hvor lett det er å undervurdere behovet for tolk i helsetjenesten, i betydningen å overvurdere pasientens norskkunnskaper. Sosialantropolog *Sørheim* viser essensen i dette problemet ved følgende sitat:

“Han snakker da så godt norsk”, sier alle fagpersonene om Abdullah, og ler når han ber om tolk. Men Abdullah selv opplever at han gang etter gang ikke klarer å uttrykke det han egentlig vil, og at han ikke forstår alt som sies. Han har sin egen butikk som går strålende ved hjelp av en god forretningsfører, og han kommuniserer godt i varehandelen og med kunder. Men i møter med tjenesteapparatets mange sektorer og fagpersoner kommer hans språkferdigheter til kort.” (Sørheim 2000).

Som *Sørheim* viser er det altså stor forskjell mellom norsk som redskap i dagligtale og norsk som redskap i møte med helsetjenester.

5.2.1 Begrepsforståelse og rutine for kvalitetssikring

For å kunne være sikre på at helsepersonell og pasienter snakker samme ”språket”, ble begge gruppene bedt om å beskrive deres forståelse med hensyn til de relevante og sentrale begrepene for tematikken. Først og fremst er det viktig å få avklart hvilke forhold disse har til begrepene tolk, tolkebruk, tolkebruker og ofte siterte begrepet ”pasienten snakker litt norsk”. Dette for å gi et bredere perspektiv når informasjonen skal analyseres med hensyn til holdning og forventning til tolkebruk i helsetjenesten, som igjen kan gjenspeile de årsakene som gjør at tolkebruk ikke blir benyttet der det er behov for tolk.

Det ser ut til at både helsepersonell og pasienter tilsynelatende har samme forståelse av begrepet tolk. Tolken beskrives til å være en nøytral person og et mellomledd mellom personer som kommuniserer. Tolken skal beherske begge språkene veldig godt, og skal ikke være til hinder for at ting som sies når frem til mottakeren. Pasienten mener i tillegg at tolken er en hjelpende person som videreformidler budskapet til og fra brukerne uavkortet.

Det er midlertid noe ulike oppfatninger hva gjelder forståelse av tolkens rolle i en tolket samtale. Flere krav ble stilt til tolken etter hvert som deltakerne fikk reflektert over de behovene de kunne ha i en tolket samtale. Pasientene er spesielt opptatt av at tolken behersker den medisinske terminologien og det faglige innholdet for å kunne hjelpe dem. ”Å kunne hjelpe” vil si at tolken skal kunne forklare dem de vanskelige begrepene, altså å

utdype det legen forsøker å formidle. Dette kan gjenspeiles i hvordan helsepersonell opplever tolkebruk i arbeidshverdagen. Helsepersonell opplever ofte at pasienten henvender seg til tolken under samtalen. Dette indikerer enten manglende kunnskap blant helsepersonell i hvordan en tolk skal brukes (Sajjad 2011), tolken som brukes ikke er tilstrekkelig kvalifisert, eller helsepersonells manglende ferdighet i informasjonsformidling på en forståelig måte¹⁸. Helsepersonell og pasienter har sprikende oppfatninger om tolkebruken, i forståelsen av hvordan tolken brukes i en samtale. Helsepersonell påpeker flere forhold som vanskeliggjør deres hverdag i tilknytning til å ha tolk i samtalen med pasienter. Her peker de på at tolken kan ta mer plass enn det tiltenkes, og at pasientene ofte ser på tolken når de snakker sammen. Dette vanskeliggjør konsultasjonen og gjør at tolkebruk oppfattes som tungvint. Dette er svar på nettopp det *Kale* etterlyste i sin undersøkelse, nemlig hvorfor tolkebruk oppleves som upraktisk (Kale 2006).

Pasientene mener derimot at de ville ha forholdt seg til legen under en tolket konsultasjon. Disse mener at tolken kun er til stede for å videreformidle det de og legen ønsker å si til hverandre. Dette kan likevel ikke avkrefte helsepersonells påstand i og med at ingen av mine pasientinformanter har hatt tolk i møtene med helsepersonell. Ser man imidlertid på helsepersonells påstand og pasientenes forventning til tolken under ett, kan det imidlertid bekrefte at omstendigheten og inkompetent tolkebruk tilsammen bidrar til at en slik situasjon kan oppstå.

Når det gjelder forståelse av begrepet tolkebruker, viser det en usikkerhet blant helsepersonell, spesielt i forhold til kunnskap om rett og plikt, jf. helselovgivningen og forvaltningsloven. Fokuset er hovedsakelig rettet mot helsepersonells egne behov for å få sagt det de skulle og få svar på deres spørsmål. Det har imidlertid vært mindre fokus på pasientens rett til å medvirke i sin egen behandling, og ikke minst rett til å få informasjon på en forståelig måte, jf. Pasientrettighetsloven § 3.1 og 3.2 (LOV 1999-07-02 nr.63). Behovet for tolk blir først gjort gjeldende når helsepersonell ikke får tilfredsstillende svar fra pasienten. På andre siden viser det stor frustrasjon blant pasientene i de tilfeller hvor

¹⁸ Dette handler om kommunikasjonsferdighet mellom helsepersonell og pasienter generelt, og mellom helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter spesielt. Kommunikasjon med minoritetsspråklige pasienter blir nærmere drøftet i kap. 5.2.7, s. 85.

tolk ikke benyttes fordi helsepersonell vurderer deres norskkunnskap som tilstrekkelig, altså "pasienten snakker litt norsk".

Etter hvert som diskusjonen i gruppene er dratt i gang, kan man ane deltakernes manglende kunnskap om og refleksjon over tolkens rolle; Hva er tolkens oppgave? Hvilke spilleregler skal tolken forholde seg til? Og hvor mange typer tolker det finnes med hensyn til kompetanse rangering og hierarkisk plassering, med andre ord tolkens kvalifikasjon?

Samtidig kan man også se at helsepersonell viser en mangel på kompetanse i tolkebruk, og kunnskap om suksessfaktorer for en vellykket tolket samtale. *Jareg* påpeker at tilrettelegging og forberedelse er en suksessfaktor for en tolkesamtale. Det er avgjørende for en vellykket tolkesamtale hvis brukeren, i denne sammenheng helsepersonell, tar forholdsreglene slik som å gjennomføre en forsamtale med tolken, og eventuelt en ettersamtale. Bordplassering vil også påvirke hvordan en tolkesamtale utarter seg (*Jareg og Pettersen 2006*). Eksemplet under illustrerer godt helsepersonells erfaring under en tolket samtale, hvor pasienten ofte henvender seg til tolken.

*"Tolken har tolket i et halvt års tid for en klient og en terapeut. En dag oppdager tolken at hennes faste stol er borte. Tolkebrukeren ber tolken og klienten sette seg i toseterssofaen der klienten pleier å sitte alene. Alt går som vanlig i begynnelsen, men etter hvert begynner klienten å henvende seg mer til tolken "Du som er kvinne og kommer fra Iran, du forstår vel...?" Hun skjelver og hakker i tenner i den grad at det virker forstyrrende på konsentrasjonen til tolken. Tolken må balansere følelser og fornuft. Hun velger å ikke avbryte tolkingen for å be om en egen stol i denne situasjonen, fordi hun vil unngå å støte og såre klienten. Hun konsentrerer seg ekstra godt om det som blir sagt, og noterer for å skjerme seg. Målet hennes er å ikke avbryte eller forstyrre terapien. Hun forsøker å ikke irritere seg, men tenke: "Slike uventede situasjoner er en del av jobben min." Etter at klienten har gått, er tolken utslitt fordi situasjonen var krevende både følelsesmessig og faglig." (*Jareg og Pettersen 2006*)*

Her kan vi se at tolken tilstrebet for å få jobben gjort. Mye tyder på at tolken i dette eksemplet er en profesjonell tolk og taklet situasjonen på en tilfredsstillende måte.

Mange studier har vist at offentlige tjenesteytere tar lett på språkproblemer så lenge de selv får bestemme om tolkebruk er nødvendig. Det er en tendens til at helsepersonell overvurderer pasientens norskkunnskaper, og derav bidrar til underforbruk av tolk i situasjoner hvor tolk kunne være nødvendig. Det er studiens formål å avdekke årsaker til underforbruk av tolk, og er således naturlig og interessant men ikke minst nødvendig å få dette fenomenet belyst både fra pasientens og helsepersonells perspektiv. Dette for å

belyse viktigheten av helsepersonells riktige vurdering av pasientens norskkunnskaper med hensyn til tolkebruk.

Det er ikke overraskende når denne studien viser at helsepersonell mener at det er tilstrekkelig for å gjennomføre en samtale med pasienten dersom vedkommende ”snakker litt norsk”. Det er imidlertid noen nyanser i dette. Helsepersonell mener at ”pasienten snakker litt norsk” kan oppfattes som noe veldig diffust og ikke definerbart, men likevel er tilstrekkelig for å føre en inkomstsamtale uten tolk, blant annet for å gjøre avtale for viderebehandling. De opplever ofte at det å snakke litt norsk ikke alltid stemmer med assosiasjonen de ellers har til uttrykket. Det kan tilbakevise at pasienten likevel kunne mye mindre enn det helsepersonell la i uttrykket ”å snakke litt norsk”. Men på annen side nøyer helsepersonell seg med det og gjerne prøver uten tolk først for å se an. Det viser gjenganger av at helsepersonell først prøver uten tolk for å se an, for så å ha en tolket samtale senere blant annet for å repetere forrige samtalen og forsikre seg om at pasienten hadde forstått budskapet (eller om helsepersonell selv hadde forstått situasjonen riktig?).

Det virker tilsynelatende som at helsepersonell på sett og vis hadde forutsett resultatet ved å prøve uten tolk først, men likevel gjør det. Det gjelder spesielt situasjoner hvor pasienten snakker litt norsk, men ikke på et nivå som gjør at de virkelig kan gjøre seg forstått. Helsepersonell påpeker at det er vanskeligst når pasienten befinner seg i den såkalte ”gråsonen” mellom ”å snakke litt norsk” og ”å snakke en del norsk”. Det ser også ut til at det ofte fører til flere konsultasjoner; gjerne en uten tolk først og en med tolk senere. Dette funnet, paradoksalt nok, bekrefter den delen i forskningsrapporten som viser forlenget behandlingstid av flerkulturelle pasienter uten tolk. 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). Selv om bruk av tolk tar lengre tid og medfører ekstraavgifter, vil dette som oftest lønne seg på lengre sikt. Ett møte med tolk kan gjerne erstatte to-tre møter uten (UDI 2005). Utfra dette, kan man konkludere med at underforbruk av tolk ofte kan være komplementært med dårligere behandlingseffektivitet, men minst like viktig å være oppmerksom på at behandlingskvaliteten også kan rammes her. Dersom helsesystemet fanger opp underforbruket og følger opp dette, kan det betraktes som ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkningen.

Det er et interessant funn når pasientene har en helt annen oppfatning til begrepet ”å snakke litt norsk”. Pasientene mener at det å kunne snakke litt norsk, må regnes som ikke-egnet for å føre en konsultasjonssamtale. Dette stemmer overens med helsepersonells erfaring i fenomenet ”å snakke litt norsk”, altså pasienten har mye dårligere norskkunnskap enn antatt, basert på helsepersonells forforståelse av uttrykket ”pasienten snakker litt norsk”.

Følgende uttrykk fra pasientene viser at helsepersonells vurdering av pasientens norskkunnskap, basert på botid eller ”pasienten snakker litt norsk”, må kvalitetssikres og ansvarliggjøres:

”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)

”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)

IMDi-rapport ”Bruk av tolk i straffesakskjeden” (IMDi 2009b) viser at tjenesteytere¹⁹ ofte overvurderer tjenestebrukeres²⁰ norskkunnskaper. Dette er den tredje oftest årsak til at tolk ikke benyttes. Dette fenomenet bekreftes ved spørsmål om forståelse av begrepet ”pasienten snakker litt norsk”. Helsepersonell spekulerer mye i betydningen av ”å snakke litt norsk” og ”å snakke en del norsk”. Det er åpenbart ikke mulig for helsepersonell å vurdere objektivt hvor grensen går mellom ”litt norsk”, ”en del norsk” og ”flytende norsk”. Det er viktig å påpeke at tolk er nødvendig selv om pasienten snakker litt eller en del norsk, jf. Sykehusets ”Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter”;

- *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 evt. behov skal journalføres. (OUS 2010)*

¹⁹ Tjenesteyter kan likestilles med helsepersonell

²⁰ Tjenestebruker kan likestilles med pasient

Ifølge en dommer fra lagmannsretten, at tolk kan være helt nødvendig i svært mange tilfeller, selv om en tiltalt eller et vitne snakker greit norsk (IMDi 2009b). Denne påstanden styrker pasientenes forståelse av når tolk bør benyttes, utfra deres forståelse av begrepet ”å snakke litt norsk”.

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

Forholdet mellom ”å snakke litt norsk” og helsepersonells skjønnsvurdering, etter mitt skjønn, kan være den største årsaken til underforbruket av tolk i helsetjenesten. Dette fordi at ansvaret for å vurdere behov for tolkebruk er totalt tillagt de behandlingsansvarlige, jf. sykehusets retningslinje. Dette betyr igjen at behandlingsansvarlige blir tillagt en oppgave som de overhodet ikke har kompetanse i, altså å vurdere en annen persons norskkunnskap på en objektiv måte. En annen studie viser også at det ikke bare er tidsbruk og mangel på tolk som er problemet til underforbruk av tolk, men at helsepersonell tar det for gitt at det er mye enklere å gjennomføre konsultasjonen uten tolk til tross for at tolketjenesten er tilrettelagt og tilgjengelig (Diamond et al. 2008). Imidlertid etterlyser helsepersonell en rutine, en vurderingsmetode eller en slags sjekklister som kan kvalitetssikre deres vurdering, for å unngå at tolkebehov undervurderes og pasientens norskkunnskap overvurderes. Samtidig vil praksisen kunne rapporteres videre, som danner grunnlag for dokumentasjon av både tolkebehov og faktiske tolkebruk. Helsepersonell mener også at implementering av en slik rutine vil ansvarliggjøre tjenesteyteren og bedre deres profesjonelle vurdering av situasjonen.

5.2.2 Informasjon om rett til tolk

Pasientene får lite eller ingen informasjon, verken fra fastlegene eller sykehusets helsepersonell. Det blir heller ikke gitt tilbud (orientering) om tolk slik at valget ikke er eksisterende. Dette kan muligens skyldes at pasientinformantene ”snakker litt norsk” og blir vurdert som ikke tolketrengende, som tidligere fremkom som et tydelig budskap fra helsepersonell. Dette synliggjør da et klart avvik mellom helsepersonells virkelighetsoppfatning og virkeligheten, som dessverre kan gi alvorlige konsekvenser for pasientene med hensyn til deres opplevelser av behandlingen generelt, og deres rettigheter i forbindelse med sin behandling spesielt. I sammenheng med hvordan man fortolker virkeligheten utfra sin egen virkelighet, er det interessant å sitere og illustrere følgende:

Vi har alle tendens til å tro at vi ser virkeligheten slik den er, at vi er objektive.

Det stemmer ikke. Vi ser ikke virkeligheten slik den er,

men slik vi er – eller slik vi er betinget til å se den.

Når vi beskriver det vi ser, beskriver vi i virkeligheten oss selv,

våre oppfatninger, våre paradigmer.

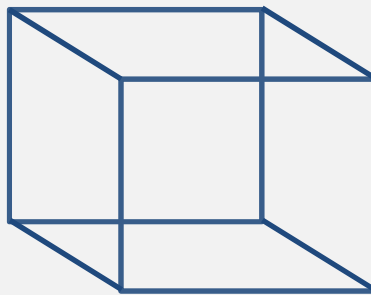
Når andre er uenige med oss,

tror vi øyeblikkelig at det er noe galt med dem.

Som eksperimentet viser, kan oppriktige, klartenkte mennesker

se forskjellig på noe. Hver enkelt ser verden gjennom

sine enestående “erfaringsbriller”.



Fest blikket på veggen lengst bak i “Neckers terning” og se hva som skjer...
(Brandrud 1998)

Pasientene uttrykte stor fortvilelse og skuffelse når det gjelder tolkebruk i sykehus. Det kunne med stor sannsynlighet skyldes manglende kommunikasjon på felles språk som gjør at deler av informasjon under konsultasjonen kan ha uteblitt. Det oppsiktsvekkende er at pasienten i dette tilfellet selv opplyste om at vedkommende ikke forstod alt, og likevel ikke ble orientert om tolkemuligheten.

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

Dette fenomenet kan tolkes på en slik måte at legen i dette tilfellet oppfattet situasjonen slik at pasienten forsto litt norsk. Legen tok det muligens for gitt at litt norsk skulle greie

seg for deres samtale. Samtidig opplyste pasienten tydelig at hun helt klart ville takket ja til å ha tolk i den samtalen om hun hadde visst om rettigheten. Her kan man altså konkludere med at både overvurdering av pasientens norskkunnskap og mangel på direkte informasjon om rett til tolk fører til lavere forespørsel om og bruk av tolk til tross for at behovet for tolk er til stede. Det er således viktig for ledelsen å ha større fokus på opplæring av de ansatte i forhold til dette, hvor det tydeliggjør konsekvenser av manglende fokus på informasjonsarbeidet, samt ansvarliggjør helsepersonell med tanke på overholdelse av lovfestet plikt i deres daglige praksis.

Pasientinformantene er totalt uvitende om deres rettigheter, blant annet rettighet til å forstå budskap fra tjenesteyteren. De er forvirret og fortvilt over hvilke instanser som primært har ansvar for å bestille en slik tjeneste. Dette kan nok begrunne hvorfor de ikke eksplisitt uttrykker behov for tolk selv om de føler for det, slik vi kan se via diskusjonen når disse skulle forklare begrepet tolkebruker. Både helsepersonell og pasienter ønsker at informasjon om rett til tolk formaliseres og innarbeides som en del av innkallingsrutinen. En gjennomgang av Oslo universitetssykehusets samtlige standardbrev²¹ som sendes til pasientene viser at informasjon om rett til tolk er totalt fraværende. Som nevnt tidligere, vil informasjon om rett til tolk og muligheten for å “ønske” seg tolk i forkant av legetimen/innleggelsen trolig øke forespørsel om og bruk av tolk generelt, og bedre behandlingseffektivitet (tilsynelatende dårligere kostnadseffektivitet på kort sikt) spesielt i form av færre konsultasjoner fordi den første samtalen uten tolk er eliminert.

Som jeg har vært inne på tidligere vedrørende en fokusgruppe som består kun av vietnamesiske pasienter, at man burde være oppmerksom på deres kommunikasjonsvane. Kommunikasjonsvanen stammer fra måten vietnamesere kommuniserer på i hjemmet. På lik linje med enhver industriell virksomhet, systematiseres, struktureres og organiseres de vietnamesiske hjemmene. Dette gjelder uansett om en er en del av en kjernefamilie²² eller

²¹ 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.

²² En kjernefamilie består av mor, far og barn (Eriksen et al. 2006).

en storfamilie²³ (Eriksen og Sørheim 2006, 151-153). Det er et organiserende system med fullmaktsstrukturer. Uavhengig av familiemodell, vil autoritet og makt være større jo lenger opp i fullmaktsstrukturen man befinner seg i, rangert etter rolle i familien, alder og kjønn (Le 2009). Derfor har det også blitt en helt vanlig folkeskikk at vietnamesere viser sin ydmykhet og respekt overfor en annen person som i samfunnet har høyere status enn seg. Personer som vanligvis gis høyere status er som regel personer i høyere alder, høyere utdannet og tilsvarende. En lege vil vanligvis få en høyere status slik at det utvises ydmykhet og respekt fra pasienten. Dette kan ha en påvirkende effekt med hensyn til hvor vidt pasientene tør å forespørre om noe som de i utgangspunktet ikke visste de hadde rett til. I denne studien var samtlige pasienter uvitende om sin rett til å ha tolk, og var i den oppfatning at de kunne bli oppfattet som uhøflige og kravstore pasienter hvis de skulle be om tolk. Fortvilelsen er likevel størst når det gjelder hvem som har ansvaret for å bestille en tolk uavhengig av om de hadde rett til tolk eller ikke.

Det er i seg selv et interessant funn når pasientene forteller at de tok med seg venner eller familiemedlemmer for å tolke fordi at de ikke visste om retten til å be om profesjonell tolk. De stiller seg uforstående å bruke venner eller familiemedlemmer som tolk dersom helsetjenesten kan tilby dem profesjonell tolk.

“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)

5.2.3 Samhandling og kommunikasjon

Både helsepersonell og pasienter mener at det er avgjørende for tolkebruk hvis det er god samhandling mellom primærhelsetjeneste, hovedsakelig fastlegene, og spesialisthelsetjeneste, sykehusene.

Helsepersonell hentydet sterkt ønske om bedre samhandling mellom fortrinnsvis fastlegene og spesialisthelsetjenesten og med fordel å utbedre henvisningsrutinen slik at det også tilrettelegges for riktig rapportering om tolkebehov. Dette ser ut til å være særdeles viktig for å forplikte henvisende lege til å gjøre en vurdering av tolkebehovet. Helsepersonell opplever ofte at henvisende instansen, hovedsakelig fastlegene, ikke viser interesse for tematikken til tross for at helsepersonell har forsøkt og gitt tilbakemeldinger om det. Slik det i IMDis rapport viser, er det holdning til tematikken det må jobbes

²³ En storfamilie kan bestå av flere generasjoner, f.eks. besteforeldre, foreldre og barn (Eriksen et al. 2006).

vesentlig med. En forpliktende rutine vil samtidig "tvinge" fastlegene til å gjøre jobben som de ellers ville ha utelatt (IMDi 2007). Både helsepersonell og pasienter uttrykte sterkt ønske om at henvisningen inneholder egne rubrikker for vurdering av tolkebehov. Dette vil gjøre det svært enklere for spesialisthelsetjenesten i arbeidet med kartlegging av behov, derav oppfyllelse av lovkravet. Synliggjøring av tolkebehov fra henvisende lege vil på ingen måte erstatte øvrige rutiner i sykehuset som kvalitetssikrer behov for og bruk av tolk. Imidlertid vil dette tiltaket senere kunne benyttes som indikator for å fange opp hvor og hvorfor underforbruk av tolk forekommer, f.eks. hvis tolk ikke ble brukt til tross for at behovet vurderes som til stede på henvisningen. Avhengig av hvordan en eventuell henvisning blir utformet i forhold til vurdering av tolkebehov, vil det også være mulighet for å differensiere på hvor vidt underforbruk av tolk forekommer dersom pasienten befinner seg i den såkalte "gråsonen", sett i sammenheng med øvrige foreslåtte tiltak.

5.2.4 Rutiner som sikrer tolkebruk

For å kunne avdekke flere årsaker til hvordan og hvorfor underforbruket av tolk forekommer, er det etter mitt syn viktig å se nærmere på hva helsepersonell legger til grunn ved vurdering av pasientens behov for tolk. Når det sies på denne måten skal det forstås implisitt at helsepersonell selv evner å vurdere sitt eget behov for tolk. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at både tjenesteyter og tjenestemottaker er tolkebrukere når en tolk trengs for å etterleve lovens bestemmelser om informasjons- og veiledningsplikt og om personers rett til å uttale seg (Myran og Skaaden 2003). Det er et funn at det ikke finnes faste rutiner eller kriterier for vurdering av tolkebehov. Det ble imidlertid avdekket tre hoved vurderingskriterier som helsepersonell ofte legger til grunn når de vurderer tolkebruk. Skjønnsvurdering, i den forstand at helsepersonell vurderer fortløpende pasientens norskkunnskap, er den aller oftest øvelse som gjøres når tolk skal benyttes eller ikke. Pasientens vilje ble også lagt til grunn for når tolk tas i bruk eller ikke. Tredje oftest kriteriet for tolkebruk er informasjon fra henvisende lege og notater i pasientjournalen. Dette kan også tolkes slik at tolk oftest ikke tas i bruk dersom det ikke foreligger eksplisitt informasjon om tolkebehov enten fra henvisende lege eller registrert i pasientjournalssystemet. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at hvert enkelt av disse tre kriteriene er nok til at helsepersonell tar i bruk tolk eller lar være.

Utover akutte innleggelser som helsepersonell mener skal være unntatt fra kravet på tolkebruk på grunn av omstendighet og vanskelighet med å anskaffe tolk på så kort varsel, finnes det imidlertid ingen rutiner for å kartlegge behov/ønske i forkant av en hvilken som helst konsultasjon, noe helsepersonellet sårt etterlyser.

Helsepersonell har tilsynelatende motstridende oppfatninger når det gjelder viktigheten av tolkebruk, uavhengig av hvor de jobber. På den ene siden er det viktig at kritiske informasjon må uhindret fram, men på annen side er det "se an" holdning som råder. Det ble blant annet avdekket at helsepersonell i flere sammenhenger vurderer tolking kun for enkelttemaer i behandlingen, for eksempel hvis det gjelder viktige informasjon som vedgår behandlingen slik som medisinerer. Man kan således stille seg spørsmål om forskjellen på viktigheten av medisinerer og innhenting av informasjon som er avgjørende for medisinerer.

Det er grunn til å tro at skjønnsvurdering alene kan være til hinder for at tolk blir benyttet i situasjoner pasientene snakker litt norsk, til tross for at dette ikke er tilstrekkelig for at pasientene får med seg nødvendige informasjon om behandlingen. Mye tyder på at helsepersonell først tar i bruk tolk når de ikke "forstår" pasienten, eller når pasienten selv uttrykker eksplisitt behov for det. Det legges lite vekt på informasjonsplikten – plikten til å sørge for at informasjonen som blir gitt, er forstått, jf. Helsepersonelloven (LOV 1999-07-02 nr.64) og Forvaltningsloven (LOV 1967-02-10 nr.00). I tillegg til dette ser det ut til at det heller legges lite vekt på pasientens rett til medvirkning i form av å få uttrykt fritt sine følelser og tanker rundt helsetilstanden, jf. Pasientrettighetsloven (LOV 1999-07-02 nr.63). Dette kan bekreftes av pasientenes erfaring, samt helsepersonells refleksjon over "rutinen" for tolkebruk.

Enkelte mener at deres avdeling nærmest alltid bruker tolk når det er nødvendig. Det ble derfor stilt et konkretiserende spørsmål for å avklare "nødvendig" som begrep, og at samtalen mellom lege og pasient alltid foregår med tolk, gitt at helsepersonell har erkjent at pasienten hadde behov for tolk. Det viser igjen at dette er en individuell skjønnsvurdering. Det kom blant annet en påstand som understøtter at underforbruk av tolk reduserer tilgangen til likeverdig helsetjeneste.

"[...]. 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)

Helsepersonells skjønnsvurdering vil ikke alltid være i samsvar med pasientenes egenrevisning. Mine pasientinformanter har en gjennomsnittlig relativt lang botid i Norge. Disse mener likevel at deres norskkunnskaper ikke er tilstrekkelig for å kunne gjennomføre en samtale med legen, hvor de kan være sikre på at de forstår alt som blir sagt. De gjorde meg oppmerksom på at norskkunnskap ikke må sees i direkte sammenheng med botid i Norge, spesielt når man ikke er helt seg selv, altså når man er syk. Dette kan være en felle som helsepersonell ofte går i. Det er ikke uvanlig at enkelte helsepersonell tar det for gitt og mener at en pasient med lang botid i Norge har ikke behov for tolk. Følgende bakgrunnshistorie gir noen viktige momenter som helsepersonell kan reflektere over og bli oppmerksom på ved vurdering av tolk basert på botid i Norge:

Nguyen²⁴ har bodd i Norge i 20 år. Nguyen kom til Norge når hun var tolv år. Hun hadde ingen skolegang (analfabet) fra Vietnam men fikk tilpasset norskopplæring i en kortere periode når hun kom til Norge. Nguyen "droppet" skolen og begynte å arbeide i en matvarebutikk fra hun fylte 17 år og giftet seg i 19-årsalderen. Nguyen fikk sitt første barn ett år etter giftemålet. Hun fikk ytterligere 2 barn noen år etter. Hun fortsatte som medarbeider i matvarebutikken noen år senere.

Her ser man åpenbart at *Nguyen* ikke hadde samme forutsetning for å tilegne seg norskkunnskap på et slikt nivå som gjør at hun i hvilken som helst omstendighet kan fungere språklig som en hvilken som helst norsk-etnisk nordmann til tross for at hun har bodd i Norge i 20 år.

Det er derfor ikke overraskende men urovekkende når mine pasientinformanter uttrykker enorm frustrasjon over at de ikke får uttrykt alt de tenker og føler i møte med helsepersonell, på grunn av manglende språklig forståelse.

Det ble oppgitt av helsepersonell at pasientens vilje er noe de legger til grunn for vurdering av tolkebruk. Dette er også den tredje oftest årsak til at tolkebruk ikke blir

²⁴ Navnet er oppdiktet.

benyttet der behovet for tolk er til stede (Valio 2009). Det er samstemt med Valios resultat, at helsepersonellet heller bruker dette kriteriet for å slippe unna med tolkebruk. De velger heller å gjennomføre samtalen uten tolk av bekvemmelighetshensyn til tross for at behovet er til stede.

"[...] og så er det hvis pasienten synes det er deilig å slippe å ha tolk, så er det vel alle fornøyde... og det er ikke sikkert at det er den beste løsningen." (H5)

Slik det står i sykehusets *"Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter"* (OUS 2010), kan det misoppfattes som en oppfordring til nettopp dette:

"I de tilfeller der pasienten ikke ønsker å benytte den tolken eller tolketjenesten som sykehuset har innhentet, skal dette respekteres og journalføres." (OUS 2010)

Det er imidlertid to måter å tolke denne setningen på. Enten får pasienten velge selv den tolken som er best foretrukket, eller blir tolk ikke benyttet i det hele tatt i tilfeller der pasienten ikke ønsker det. Det er klart at den siste tolkningen er den best foretrukne slik helsepersonell uttrykte det.

Det er et paradoks at helsepersonellet mener at "pasientens vilje" er et av hovedkriteriene som ligger til grunn for tolkebruk, i og med at pasientene informerte om at de ikke noen gang hadde fått forespørsel om tolk. Dette til tross for at den ene pasienten under møtet med helsepersonell antydte at vedkommende hadde behov for tolk.

Ved vurdering av tolkebehov tar helsepersonell ofte utgangspunkt i henvisningen fra fastlege, eller ser etter notater som omhandler dette i pasientjournalen. I følge helsepersonell er det imidlertid en utfordring fra fastlegenes side. Helsepersonell uttrykte sin oppgitthet og mente at fastlegene ikke er særlig opptatt av temaet.

Dette er ikke helt overraskende når rapporten fra IMDi viser at én av fire fastleger svarer samtidig at ansvaret for oppheving av språkbarrierene først og fremst er pasientens ansvar. I dybdeintervjuene fremkommer det usikkerhet om hvor *langt* fastlegenes ansvar strekker seg når det gjelder kommunikasjonsproblemer med pasienter som har bodd i Norge en viss tid, men som fortsatt har manglende norskkunnskaper og behov for tolk. I intervjuene kommer det frem at pasientens ansvar blir satt i sammenheng med botid i landet. Det råder usikkerhet hos enkelte leger om hvorvidt retten til å få dekket kostnadene til tolking bortfaller etter en viss botid i landet (IMDi 2007).

I tillegg til å kontrollere henvisningen, er det viktig å sjekke målrettet i pasientjournalen om det tidligere har vært brukt tolk eller oppgitt behov for tolk. Det er imidlertid vanskelig å gjøre dette arbeidet da dagens pasientjournal ikke er lagt til rette for en slik rutinemessig registrering. Registreringen gjøres per i dag på en tilfeldig og ukontrollerbar måte. Det er viktig at det gis føringer fra ledelsen om hvordan dette skal gjøres, og som en fast rutine eller regulert i prosedyre for journalføring ved tolkebruk/tolkebehov.

5.2.5 Formidling av tolkebehov og rapportering om tolkebruk

Dagens datatekniske og organisatoriske system synes å være mangelfulle på tilrettelegging for rapportering og oppfølging av tolkebruk og underforbruk av tolk. Det finnes ikke forankret rutine for kontroll og registrering av tolkebehov. Mye gjøres på skjønn, slik det, etter min mening, også er oppfordret til i *"Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter"* (OUS 2010). Manglende system for rapportering og oppfølging synes å være i overensstemmelse med tidligere funn fra en studie om "utvikling av sjekklister for tolkebruk", utført på Gynekologisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus Ullevål (Tangnes et al. 2010). Fra den studien ble det anbefalt en sjekklister for å sikre tolkebruk der det er behov for det, eller der pasienten selv ønsker det. Denne sjekklisten kan imidlertid avdekke både behov for og bruk av tolk etter den første samtalen, men kan synes fortsatt å være ineffektivt da den første samtalen likevel i stor grad ville blitt gjennomført uten tolk. Det kunne ved slike tilfeller vært unngått hvis behovet hadde blitt avdekket i et tidligere ledd, altså før pasienten møter opp til konsultasjonen. Denne sjekklisten (appendix 7) vil her anbefales implementert som en del av den totale tiltakspakken.

Mye er fortsatt basert på skjønn, og en avviksmelding vil således oppfattes som selvkritikk for dårlig vurderingsevne. Det blir derfor naturlig at avviksmeldingsregistrering på manglende tolkebruk der behovet er til stede ikke praktiseres, slik dagens rutine er lagt opp til. Helsepersonell uttrykte stor frustrasjon i forhold til brukervennligheten i dagens pasientjournalssystem. Dette systemet ble beskrevet som en forteller-journal og ikke er egnet for bruk i forbindelse med kvantitativ rapportering. Da det heller ikke er retningslinje/prosedyre for hvordan man journalfører tolkebruk eller tolkebehov, vil en slik fortellende journal ikke være til nytte som et rapporterings- eller formidlingsverktøy av tolkebruk/tolkebehov. Helsepersonell tipset om

at det midlertidig kunne være hensiktsmessig å bruke feltet for kritisk informasjon til å registrere opplysning om tolk. På den måten vil meldingen garantert bli lest slik betegnelsen tilsier. Jf. 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. Det blir derfor viktig og avgjørende at tolkebruk og tolkebehov enten blir definert som kritisk informasjon eller direkte tilføyd som eget element i denne prosedyren hvis helsepersonell skal journalføre dette slik sykehusets ”*Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte for minoritetsspråklige pasienter*”, oppfordrer til. Det ble uttrykt sterkt ønske om å få innført eller tilføyd nye rubrikker i pasientjournalen som omhandler tolk og tolkebehov slik at dette fanges opp, uansett hvor i behandlingsforløpet. Samtidig vil dette bidra til å forenkle arbeidet med synliggjøring, kontroll og oppfølging av tolkebruk i forhold til det faktiske behovet.

Mye tydet på at informasjonsarbeidet internt ikke er godt nok forankret i fagmiljøene. Dette fordi at det kunne vise forholdsvis god informasjon på hjemmesiden til seksjon for Likeverdig helsetjeneste ved Oslo universitetssykehus. Denne informasjonen har tilsynelatende ikke blitt tilstrekkelig distribuert til de som har behov for slik kunnskap. I retningslinjen for tolkebruk som er å finne på denne hjemmesiden, påpekes det spesielt viktigheten med journalføring i forbindelse med tolkebruk og tolkebehov.

5.2.6 Tolkebruk i akutte situasjoner

Telefontolking ble ikke anbefalt av Helse Sør-Øst i sin ”*Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med flerspråklige pasienter*” fordi det tidligere var hevdet at telefontolking ikke er et fullgodt alternativ på grunn av tolketekniske og sikkerhetsmessige aspekter (Skaaden 2007). Det er imidlertid uklart fremstilt i sykehusets egne retningslinjer, hvor det kun anbefales dersom annen tolk ikke er mulig å anskaffes. Helsepersonell mener at det bør i større grad benyttes telefontolking, noe også er anbefalt i rapporten om ”*Integrering av tolk i helsetjenesten*” (Valio 2009). Dette fordi at det er både praktisk for rutinemessig konsultasjon og akutte samtaler for eksempel ved akutt innleggelse. Det er samtidig viktig å nevne at rutinemessig bruk av tolk/telefontolk vil styrke deres fortrolighet og trygghet i forhold til tolkebruk. Å ha tilgang til nødvendig utstyr vil her være avgjørende, opplyser helsepersonell. Det å ha utstyret tilgjengelig som

gjør telefontolking mulig, vil det kunne foretas bestilling av telefontolk på kortvarsel uten at konsultasjonstidene nødvendigvis må utsettes på grunn av språkbarrieren. Dette mener helsepersonellet vil være tidsbesparende og eventuelt også bidrar til pasientens vilje til å bruke tolk. På annen side har telefontolking vært påpekt som ugunstig på grunn av tolkens fysiske arbeidsmiljø. Det må i så tilfelle være tilrettelagt for at telefontolking skjer på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Pasientene påpeker på annen side at det er kritisk og kan handle om liv og død dersom AMK-sentralen²⁵ ikke tilrettelegges for tolking. En studie utført i London konkluderte at konsultasjonen blir bedre ved bruk av tolk i en akutt situasjon utenfor sykehuset, og at telefontolking kan muligens være løsningen på grunn av tjenestens øyeblikkelige tilgjengelighet (Leman 1997). Pasientene kom med, etter mitt syn, et godt eksempel på en akutt situasjon hvor en eldre dame som ikke snakker norsk, ringer 113 fordi mannen hennes faller om. I en slik situasjon mener pasientene at det er hensiktsmessig dersom det finnes en tolk-hot-line som kan kobles direkte inn i dialogen mellom innringeren og sentralen. På denne måten vil den eldre damen i så fall kunne forklare situasjonen og få en enkel livredningsinstruksjon slik at liv kan berges. Dette har også vært i fokus ved en gjennomgang av kommunikasjon med fremmedspråklige innringere i medisinske nødhjelpssamtaler. I rapporten, utført av NAKMI, ble det blant annet vurdert denne metoden som en hensiktsmessig måte å tilrettelegge for en effektiv kommunikasjon med fremmedspråklige innringere (Gerwing og Indseth 2010).

5.2.7 Kunnskap om tolkebruk og lovverk som regulerer dette

Det er avdekket mangel på kunnskap om lovverket som regulerer tolkebruk i offentlig tjenesteyting, tolkens yrkesetiske retningslinjer og opplæring i tolkebruk. Som *Jareg* beskriver fenomenet, blir tolkerollen i norsk sammenheng ofte definert til dels av yrkesetiske regler for tolker. Men det er hovedsakelig tolker selv som er mer klare over disse reglene enn tolkebrukere. Det har imidlertid vært en økende grad av bevisstgjøring om tolkereglene hos tolkebrukere, for eksempel i rettsvesenet. Der har det vært fokus på hvilken viktig rolle tolken har når det gjelder å ivareta rettsikkerheten til

²⁵ AMK- sentral = Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral, kommunikasjonssentral som mottar medisinske nødmeldinger og overvåker ambulansetransporter. AMK-sentraler er plassert i sykehus med ansvar for mottak av akuttpasienter og er bemannet av helsepersonell, vanligvis sykepleiere.

minoritetsspråklige (Jareg og Pettersen 2006). Vi ser imidlertid, av intervjuet med helsepersonell, at det er manglende fokus på dette området i helsesektoren²⁶. Fenomenet er ikke minst påvist i rapporten ”*Integrering av tolk i helsetjenesten*”, et oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF (Valio 2009). Oslo universitetssykehuset har foreløpig ikke utarbeidet en felles prosedyre for hvordan tolk brukes. Vi kan se nærmere på gjeldende retningslinje for tolk og tolketjeneste i møte med flerspråklige pasienter på Oslo universitetssykehus.

Jf. sykehusets ”*Retningslinje 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 inneforstått med hva dette innebærer (OUS 2010). Det finnes derimot ingen etablert prosedyre i sykehuset/avdelingene som beskriver hvordan helsepersonell på en hensiktsmessig måte bruker tolken slik at ovenstående problemet ikke oppstår, for eksempel å avklare med pasienten om tolkens rolle og ansvar før samtalen. Helsepersonell forteller at de ikke kjenner til rutiner/regel for tolkebruk, samtidig som de etterlyser en slags prosedyre som veileder dem gjennom prosessen fram til avgjørelsen om tolkebruk blir tatt. Helsedirektorat har høsten 2011 lansert en ny veileder om tolk og tolkebruk, som sannsynligvis blir innarbeidet i sykehusets retningslinjer for tolkebruk. Her ser man at det forsøkes 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, altså ikke en erstatning for en grunnleggende opplæring i tolkebruk. En undersøkelse utført av NOVA²⁷ på helsestasjoner i Alna bydelen belyste også problemet med tolkebruk grunnet manglende opplæring. Der konkluderte de med at opplæring i tolkebruk er nødvendig og kan redusere mye av det ubehaget mange føler ved å bruke tolk (Danielsen, Engebriksen og Finnvold 2011). Det er i denne studien også avdekket mangel på grunnleggende ferdighet i kommunikasjon generelt blant helsepersonell, noe er en forutsetning for at det lykkes i en tolket samtale. En opplæring i tolkebruk bør derfor inkludere generell kommunikasjon med pasienter som et tema.

²⁶ Nærmere sagt Oslo universitetssykehus, i og med at intervjuobjektene er forbeholdt helseforetaket.

²⁷ NOVA: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Det synes å være behov for tydeliggjøring av lovverket og betydning av det for tjenesteyting i helsesektoren. Det vil være av stor betydning hvis tematikken forankres nedover i organisasjonen. Helsepersonell mener at det kan være effektivt å få opp tematikken på internundervisninger hvor det kan drøftes og diskuteres. Dette vil bevisstgjøre helsepersonells ansvar ved vurdering av tolkebehov, slik dagens rutine ikke er lagt til rette for. Dette kan på en enkel måte gjøres, ved å gi konkret opplæring av helsepersonell, både ved nyansettelse og repetisjon for de som skulle ha behov for det. Dataene, fra samtalen med helsepersonell, tyder på varierende kunnskap blant helsepersonell med hensyn til tolkebruk, samtidig som det viser tydelig forvirring hva gjelder leverandør av tolketjeneste. Dette tyder på at informasjonen ikke er godt nok forankret nedover i organisasjonen da det synes å vise god informasjon sentralt via hjemmesiden til seksjon for Likeverdig helsetjeneste, Oslo universitetssykehus. Mangel på kunnskap om tolkebruk gjør at mange kvier seg for å bruke tolk. I tillegg er det et vesentlig element knyttet til underforbruk av tolk ved manglende tilrettelegging for nødvendig utstyr (tilpasset telefonapparater) for eventuell telefontolking (Tangnes et al. 2010).

Til tross for pasientenes forståelse av ”spillereglene under en tolkesamtale”, er det likevel grunn til å være oppmerksom på fenomenet som helsepersonell ofte opplever, nemlig pasientens blikk-kontakt under samtalen. Selv om pasientene virker bevisst på hvem de skal forholde seg til under samtalen, uttrykker de likevel en forståelse av tolkebruk som ikke helt er i overensstemmelse med tolkens yrkesetiske retningslinjer. Denne forståelsen fører til at pasienten tilnærmer seg et sært forhold til tolken, som ikke lenger oppfattes som en nøytral og upartisk person, men tolken skal i tillegg bistå pasienten i blant annet kulturelt faglige spørsmål. Studier viser at helsepersonell ikke har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av tolk og derfor sliter med hvordan de på best mulig måte kan bruke en tolk. Tolken kan derfor bli en som ikke bare tolker, men også forklarer for pasienten, med de ulemper dette innebærer med hensyn til den maktposisjonen tolken da kommer i overfor både pasient og helsepersonell (Sajjad 2011). Pasientenes forventning til tolken i et slikt tilfelle underbygger fenomenet som helsepersonell påpeker som problematisk under en tolkesamtale, at pasientene ofte ser på tolken når helsepersonell prater med dem. Blikk-kontakten til tolken istedenfor helsepersonell indikerer at pasienten enten ønsker et

budskap bekreftet eller forventer nærmere forklaring på budskapet på eget språk. Dette ble verifisert ved et konkretiserende spørsmål til pasientene under intervjuet.

”Slik jeg forstår det, så beskriver dere en tolk som ikke kun oversetter direkte samtalen mellom helsepersonell og pasient, men i tillegg forklarer de forholdene som partene ikke forstår for eksempel innen kultur og andre vanskelige områder?” (Intervjuer)

Dette problemet kan tenkes løst ved at helsepersonell følger opp indikasjonen og følger opp pasientens underliggende tvil. Men først og fremst er det viktig, slik helsepersonell påpekte, at forholdet må avklares før samtalen påstartes.

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

Pasientene mener selv at legen har et særlig ansvar for å forklare betydningen av de vanskelige begrepene og forholdene, men ofte evner de ikke å stille de ”riktige” spørsmålene. De snur i stedet fokuset over til tolken og forventer at vedkommende påtar seg en forklarende eller oppklarende rolle, hva gjelder kulturelle spørsmål eller andre faglige redegjørelser. Problemstillingen her pekes mer mot helsepersonells kommunikasjonsferdighet enn en tolkerolleproblematikk, slik det også har vært påpekt tidligere. I en slik situasjon, er det viktig at helsepersonell tar over kontrollen og kommuniserer direkte med pasienten på en forklarende og forståelig måte. Hvordan de gjør det, bør det være en del av opplæringen i tolkebruk, som vises til å være en mangelvare, som det også ble konkludert med i analysen om bruk av tolk ved helsetjenester drevet av Helse Sør-Øst (Valio 2009). Det kan bli særdeles viktig å gi opplæring i kommunikasjon i møte med pasienter generelt, og i møte med minoritetsspråklige pasienter generelt. Dette funnet kan gi et overordnet svar på de to åpne spørsmålene som *Kale* stilte i sin studie om hvorfor tolkebruk oppfattes som upraktisk og tidkrevende (*Kale* 2006). *Sajjad* har i sin doktoravhandling nevnt viktigheten med semantisk²⁸ forståelse av et budskap (*Sajjad* 2011). Den kontekstuelle og kulturelle påvirkningen kan føre til ikke-semantisk forståelse av et budskap, noe helsepersonell må ta innover seg i kommunikasjon med minoritetsspråklige pasienter, med eller uten tolk.

²⁸ **Semantikk** er den grenen av [lingvistikken](#) (språkvitenskapen) som studerer ordenes betydning, både enkeltvis og i sammenstilte [strukturer](#) (setninger). Herunder studeres blant annet fenomener som synonymi, antonymi, hyponymi, metaforer og andre betydningsrelasjoner.

Det ser ut som pasientene sitter med mye usagt når det gjelder språklige barrierer i helse-relaterte situasjoner. Pasientene mener at språk er avgjørende for om de mottar god eller mindre god helsetjeneste. Dette gjelder spesielt for den eldre befolkningsgruppen, som er mest utsatt ved og under kritiske situasjoner, ref. punkt 5.2.6. Selv om den yngre befolkningsgruppen også trenger mye hjelp med hensyn til språk, mener pasientene at de likevel ville klare seg bedre. Yngre mennesker er uansett bedre oppdaterte, spesielt ved hjelp av "jungeltelegraf"²⁹, fortalte pasientene. *Sajjad* nevner i sin avhandling at språket er et viktig uttrykksmiddel for vår virkelighetsoppfatning. Derfor er forståelsen av språk, i betydningen symboler, vesentlig for vår forståelse av virkeligheten. Det å beherske et språk handler derfor ikke bare om å kunne snakke det riktig, men om å ha en kommunikativ kompetanse som innebærer å ha kunnskap om meningsinnholdet og hvordan det kan brukes. Det å ha språkkunnskaper betyr derfor ikke at en nødvendigvis har kulturkunnskaper, dvs. kunnskap om språkets mening eller kontekst. Derfor kan misforståelser oppstå mellom mennesker som bruker de samme ordene, men ikke har felles referanse eller kontekstforståelse (*Sajjad* 2011), slik mine pasientinformanter også prøver å formidle som et problem.

²⁹ Pasientene opplyste at yngre mennesker ofte har mulighet til å orientere seg med andre i miljøet som har vært i tilsvarende situasjoner slik at man kan høste av erfaringer. Imidlertid kan dette slå tilbake at pasienten blir unødig urolig, skeptisk, redd og bekymret for en kommende behandling fordi vedkommende var blitt fortalt at det har gått dårlig med den som fikk behandling for tilsvarende helseproblem.

6 Konklusjon

Fremkommet svar og innspill i denne studien vil ikke være uttømmende. Jeg mener imidlertid at intervjuene og det videre arbeidet med materialet har bidratt til å gi meg økt innsikt og et mer nyansert bilde av hvorfor det fortsatt er underforbruk av tolk i helsetjenesten. Samtidig har jeg også fått innsikt i hvordan brukere (både helsepersonell og pasienter) opplever systemet med hensyn til tolkebruk i helsetjenesten generelt, og hvilke tiltak som kan implementeres for å forbedre rapporteringsrutine for og oppfølging av underforbruk av tolk spesielt. Denne innsikten gir meg et godt grunnlag for å anbefale tiltak som igjen danner grunnlaget for det videre arbeidet med rapportering og oppfølging av bruk/underforbruk av tolk i helsetjenesten framover.

Denne studien bidrar også med supplerende erfaringsbasert kunnskap til helseinstitusjonene med hensyn til langsiktig planlegging av kostnadseffektivitet pr. minoritetsspråklig pasient og effektiv pasientbehandling av minoritetsspråklige pasienter, som er i tråd med helsepolitiske mål om effektiv og likeverdig helsetjeneste. For å utvide omfanget av pasientperspektivet og inkludere flere eventuelle kulturelt betinget forståelser, er det hensiktsmessig å supplere med flere fokusgrupper med andre minoritetsspråklige pasienter. Det vil også være hensiktsmessig, fra personellperspektivet, å inkludere andre yrkesgrupper som spiller en viktig rolle for tolkebruk i helsetjenesten slik som fastleger, helse-/legesekretærer og ledere i institusjonene.

Fremstillingen og formidlingen av studiens datamateriale legger større vekt på de forhold som ikke fungerer med hensyn til tolkebruk i helsetjenesten. Selv om helsepersonell ved flere anledninger understreker at tolk brukes når de skjønnsmessig vurderer at det er behov for det, mener de likevel at det er mangel på faste rutiner for og kvalitetssikring av en slik vurdering. Manglende kvalitetssikring av helsepersonells skjønnsvurdering vedrørende tolkebehov overvurderes helsepersonells kompetanse i et ukjent fagfelt, og samtidig undergraver det pasientens rett til medvirkning. Dette kan i de verste tilfellene være gjenstand for uforsvarlighet i henhold til helselovgivningen. Det bør derfor innarbeides rutiner for kvalitetssikring og dokumentasjonsplikt i form av obligatorisk vurdering av tolkebehov/-bruk etter bestemte hensiktsmessige kriterier.

Manglende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten (hovedsakelig fastlegene), og mellom spesialisthelsetjenesten og pasientene er en viktig faktor for underkommunikasjon av pasientens rett og helsepersonells plikt til tolkebruk. Underkommunikasjon og manglende informasjon til pasienten fører ofte til underforbruk av tolk selv om behovet er til stede. All skriftlig kommunikasjon med pasienter bør derfor inneholde direkte informasjon om rett til tolk. Manglende kunnskap (opplæring av helsepersonell) både om tolkebruk og rett og plikt til tolk har gjennom studien blitt spesielt utpekt som en ofte årsak til mindre bruk av tolk. Det bør innarbeides kommunikasjonsrutiner som synliggjør fokuset på temaet, f.eks. å styrke opplæring i bruk av tolk for hovedsakelig nyansatte, og øvrige ansatte som føler behov for det. Opplæringen bør vektlegge både kommunikasjonsferdighet, forberedende prosess for hensiktsmessig bruk av tolk i en samtale og lovbestemmelser som omhandler rett og plikt til tolk, fortrinnsvis Pasientrettighetsloven, Forvaltningsloven og Helsepersonelloven.

Pasientjournalføring gjennom denne studien blir ansett som den mest effektive løsningen for å rapportere om og følge opp avvik i tolkebruken i helsetjenesten. Pasientjournalssystemet bør derfor tilrettelegges for hensiktsmessig formidling og rapportering om tolkebruk og tolkebehov. Dette tiltaket kan være avgjørende for videre oppfølging av underforbruk av tolk. Eksempel er at dersom "tolk ikke benyttes" er krysset av på skjemaet, samtidig som enkelte andre punkter i skjemaet tilsier at tolk burde benyttes er avkrysset, vil man kunne få ut korrekt data som direkte avdekker avvik i tolkebruken, med andre ord underforbruk av tolk. Dersom teknologien ikke tillater direkte endring i pasientjournalssystemet, kan det imidlertid erstattes med et papirskjema som fylles ut og følger med pasientens journalmappe gjennom behandlingsforløpet.

Underforbruk av tolk vil alltid eksistere så lenge AMK-tjenesten ikke tilrettelegges for tolking. Det vil være hensiktsmessig å redegjøre for muligheten for telefontolking i nødsamtalsituasjoner, eksempelvis innføring av en landsbasis, regional eller lokal 24-timers telefontolketjeneste som institusjonen er tilknyttet til. Dette vil samtidig løse store deler av språklige barrierer i akutte situasjoner. En slik løsning forutsetter at institusjonen er tilrettelagt med tilpasset utstyr for bruk av telefontolking. Det er imidlertid også viktig å være oppmerksom på tjenestens organisering som tar hensyn til tolkens fysiske arbeidsmiljø, som spiller en viktig rolle for brukers tilfredshet og tjenestens kvalitet. En tolk som arbeider over telefon skal være på en fysisk tilrettelagt arbeidsplass som tar

hensyn til samtalsens konfidensialitet, samtalsens kvalitet (ikke støy) og fokus på samtalsens innhold. En idé er å opprette en regional eller nasjonal “medisinsk” tolketjeneste som en administrativ fellestjeneste levert av sykehuspartner eller lignende.

Denne studien bekrefter en del usikre antagelser i tidligere studier innen tolkefeltet. Det unike med denne studien er at problemstillingen studeres både fra pasientens perspektiv og helsepersonellens perspektiv. Dette vil både styrke funn fra tidligere studier som ikke inkluderte pasientperspektivet, samtidig som det skjer en meningskonstruksjon som bidrar til ny mening. Slik jeg ser det, vil denne studiens utkom og konsekvenser av det, gi et nytt grunnlag for utarbeidelse av nye hypoteser og gjennomføre nye studier, for eksempel en studie om evaluering og kostnadsberegning av faktiske tolkebehov i helsetjenesten, måleindikatorer for likeverdig helsetjeneste (ratio mellom tolkebruk og tolkebehov), etablering og organisering av fremtidig tolketjeneste eller tolkebruk i forhold til behandlingskvalitet og kostnadseffektivitet. Fremtidige studiers gjennomførbarhet vil antakeligvis være avhengig av institusjonenes innsats i forhold til tiltak som foreslås her.

På bakgrunn av funnene anbefales det et sett med tiltak. Implementering av disse tiltakene er avgjørende for å avdekke underforbruk av tolk i helsetjenesten, både ved tilsynelatende behov for tolk og ved underliggende behov for tolk. Dette vil gi et overgripende bilde av det faktiske behovet for tolk og den totale tolkebruken i helsetjenesten.

Tiltak:	Måleparametre:	Viktighetsgrad:
Eget punkt om tolk og tolkebehov på henvisningen fra fastleger.	Antall pasienter med behov.	Obligatorisk
Eget punkt og svarslipp om tolkebehov i standardbrevene, spesielt innkallingsbrev.	Antall pasienter med behov. Samsvarlighetsgrad med henvisningen.	Obligatorisk
Egen sjekkliste med tanke på tolkebehov før, under og etter samtalen. Sjekklisten journalføres i henhold til kommende punkt.	Antall pasienter med behov. Samsvarlighetsgrad med henvisningen og svarslipp.	Obligatorisk
Eget ”punkt” i pasientjournalen som omhandler tolk og tolkebehov, eventuelt eget notatfelt for tematikken. Det er hensiktsmessig å rapportere om type tolk som benyttes. Her gis det mulighet for kartlegging og synliggjøring av tolkens kvalifikasjon og tolkesamtalsens kvalitet.	Antall pasienter med behov. Samsvarlighetsgrad med antall tilfeller tolkebruk. Differensiering av tolkens kvalifikasjoner og språk.	Obligatorisk Kan erstattes med manuelle registreringskjema dersom det datatekniske ikke er gjennomførbart.

<p>Eget punkt i rutinemessig evaluering etter sykehusbesøk/opphold, som omhandler tolk og tolkebehov.</p>	<p>Antall pasienter med behov kontra ikke-tolkebruk. Samsvar mellom pasients og helsepersonells inntrykk av tolkens og tolkesamtalens kvalitet.</p> <p>Samsvarlighetsgrad mellom tolkens kvalifikasjon og kvalitet.</p>	<p>Kan med fordel å innføre en slik evaluering.</p>
<p>Registrering av morsmål (evt. landbakgrunn) og botid i pasientjournalen.</p> <p>Viktig ved kvalitetssikring av tolkebruk</p> <p>Nyttig for andre undersøkelser, for eksempel tolketjenestens kvalitet, tolkens kvalifikasjon med differensiering på språk m.m.</p> <p>Dette forutsetter klarering fra høyere beslutningsmyndighet.</p>	<p>Dette er ikke en avgjørende parameter med hensikt å rapportere om behovet for tolk, men vil bidra til å styrke data i forbindelse med rapportering om samsvarlighetsgrad mellom tolkebehov, språk, alder og botid.</p>	<p>Kan med fordel å innføre en slik rutine, men ikke avgjørende for rapportering av underforbruk av tolk.</p>
<p>24-timers telefontolketjeneste for AMK-tjenesten</p> <p>(*) Pasientene har gitt uttrykk for sterk bekymring for de ikke-norsktalesendes sårbarhet i nødssituasjoner, hvor det må ringes 113. Det ville være av stor betydning for denne gruppen dersom det innføres en "hot-line" som viderekobles direkte til telefontolk ved innringning til 113.</p>	<p>Underforbruk av tolk vil alltid eksistere så lenge AMK-tjenesten ikke tilrettelegges for tolkebruk.</p> <p>Antall tilfeller tolkebruk før og etter innføring av døgn-tjeneste for telefontolk. Gjelder også for akutte innleggelser.</p>	<p>Avgjørende for lik tilgang til helsehjelp overfor minoritetspasienter</p>

Litteraturliste

- Aambø, A. (2005) "Bruk av tolker og naturlige hjelpere i helsetjenesten - erfaringer og utfordringer". "Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter - Tilbakeblikk og erfaringer". I: *NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse*, 102-111.
- Aambø, A. og Ahlberg, N. (2005) "*Legekofferten*". *En verktøykasse for helsepersonell til bruk i den krysskulturelle konsultasjonen*. Oslo: NAKMI.
- Agger-Gupta, N., M. Iwataki og K. Wang (2003) *Cultural and linguistic competency standards*. County of Los Angeles: Department of Health Services.
- AHUS (2011) *Stor oppslutning om Bedre bruk av tolk*. Oslo: Akershus universitetssykehus HF.
http://www.ahus.no/modules/module_123/proxy.asp?C=979&I=24664&D=2 [15.8.11]
- 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. og P. Hudelson (2010) "Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go?". I: *International journal of environmental research and public health*, 7 (7), 2838-2844.
- Blom, S. og J. Ramm (1998) "Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke...". I: *Samfunnspeilet*, 3. Oslo: SSB.
- Brandrud, A. (1998) *Metode for systematisk forbedringsarbeid, gruppeledelse og gruppeprosess*. Oslo: Kvalitetsavdelingen, Ullevål universitetssykehus. ISBN: 82-473-0006-0.
- Chan, A. og R.K. Woodruff (1999) "Comparison of palliative care needs of English-and non-English-speaking patients". I: *Journal of Palliative Care*, 15 (1), 26-30.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Danielsen, K., A.I. Engebretsen og J.E. Finnvold (2011) "For å jobbe her må en være interessert i folk som bor her. Helsesøstre og brukere på tre helsestasjoner i Alna bydel". I: *NOVA Rapport*, 22. ISBN: 978-82-7894-401-1
- Diamond, L.C., Y. Schenker, L. Curry, E. Bradley og A. Fernandez (2008) "Getting by: Underuse of interpreters by resident physicians". I: *J Gen Intern Med*, 24 (2), 256-62.
- Djuve, A.B. og H.C. Pettersen (1998) *Syk og misforstått?: en kartlegging av erfaringene til 71 minoritetspråklige 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 legeforening.
- Eriksen, T. H. og T.A. Sørheim (2006) *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Flores, G., M.B. Laws, S.J. Mayo, B. Zuckerman, M. Abreu, L. Medina, og E.J. Hardt (2003) "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters". I: *Pediatrics*, 111 (1), 6-14
- 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.
- Gentile, A., U. Ozolins og M. Vasilakakos (2001) *Liaison interpreting: A handbook (2.ed.)*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Gerwing, J. og T. Indseth (2010) *Kommunikasjon med fremmedspråklige innringere i medisinske nødhjelpssamtaler*. Oslo: NAKMI.
- Gilje, N. og H. Grimen (1993) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Green, A.R., Q. Ngo Metzger, A.T.R. Legedza, M.P. Massagli, R.S. Phillips, og L.I. Iezzoni (2005) "Interpreter services, language concordance, and health care quality". I: *Journal of general internal medicine*, 20 (11), 1050-1056.

- Hdir (2011) *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1924.
- Henriksen, K. (2007) "Ingeniører fra India og flyktninger fra Afghanistan". I: *Samfunnspeilet*, 4. Oslo: SSB.
- HOD (2008) *Stortingsmelding nr. 47 (2008/2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- HOD (2009) *Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- HOD (2010) *Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Hornberger, J., H. Itakura og S.R. Wilson (1997) "Bridging language and cultural barriers between physicians and patients". I: *Public Health Reports*, 112 (5), 410-417
- HSØ RHF (2006) *Retningslinje for bruk av tolk og tolketjenester i møte med flerspråklige*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF.
- HSØ RHF (2009a) *Prosjektbeskrivelse av prosjektet "Likeverdig helsetjeneste for en flerkulturell befolkning"*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF.
- HSØ RHF (2009b) *Styresak 044-2009 Likeverdige helsetjenester: Hovedrapport og Prosjektplan*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF.
- HSØ RHF (2010) *Prosjektbeskrivelse av samhandlingsprosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet"*. Oslo: Helse Sør-Øst RHF.
- IMDi (2007) "Fastleger og tolketjenester". I: *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
- IMDi (2009a) *Bedre forvaltningspraksis for bruk og bestilling av tolk*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, AID.

- IMDi (2009b) "Bruk av tolk i straffesakskjeden". I: *IMDi rapport 6*. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century*. Washington: National Academy Press.
- Jareg, K. og Z. Pettersen (2006). *Tolk og tolkebruke - 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". I: *NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse*.
- Karliner, L.S., E.A. Jacobs, A.H. Chen og S. Mutha (2007) "Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature". I: *Health Services Research*, 42 (2), 727-54.
- Kommunal- og arbeidsdepartementet (1996) *Stortingsmelding nr.17 (1996/1997) Om innvandring og det flerkulturelle Norge*.
- Kumar, B.N. og B. Viken (2010) *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kuo, D. og M.J. Fagan (1999) "Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic". I: *Journal of general internal medicine*, 14 (9), 547-550.
- Kvale, S. og S. Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju (2.ed.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, B.I. (2003) *Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Le, C. (2009) *Hvilke utfordringer kan en familiegjenforent vietnameser møte i det norske samfunnet? Forskjeller mellom en vietnamesisk innvandrer med status som familiegjenforent innvandrer og båtflyktning*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Leman, P. (1997) "Interpreter use in an inner city accident and emergency department". I: *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.
- Merton, R.K., M.F. Lowenthal og P.L. Kendall (1990) *The focused interview: A manual of problems and procedures (2.ed.)*. THE FREE PRESS: A division of macmillan, Inc. NEW YORK: Collier Macmillan Publishers LONDON.
- Mikkelsen, H. (1996) "Community interpreting: An emerging profession". I: *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. og H. Skaaden (2003) "Tospråklig sjekk for potensielle tolker (ToSPoT)". I: *En evalueringsrapport UDI*. Oslo: Utlendingsdirektoratet.
- OUS (2010) *Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med minoritetspråklige pasienter*. Oslo universitetssykehus HF.
- 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.

- Ryen, A. (2002) *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- 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.
- SATS (2011) *Elever med et annet morsmål enn norsk og samisk i grunnskolen i Oslo - skoleåret 2010/2011: Elever med et annet morsmål enn norsk og samisk* (Kilde: SATS).
http://www.utdanningsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/utdanningsetaten%20%28UDE%29/Internett%20%28UDE%29/EFP/Dokumenter/Minspr_prosent_2010_publ.pdf [10.11.11]
- Skaaden, H. (2007) *Tolkeformidling i offentlig sektor, Etterspørsel og tilbud*. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- SSB (2011) *Folkemengde 1. januar 2010 og 2011 og endringene i 2010, etter innvandringskategori og landbakgrunn. Absolutte tall*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
<http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/tab-2011-04-28-01.html> [10.11.11]
- Sørheim, T. A. (2000) *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tangnes, L. M. M., C. N. Golden, H. L. E. B. Figenschow, L. A. Nguyen, S. E. E. Moe og 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 ethnoculturally 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.
- UDI (2005) "Minoritetsperspektiv i offentlige tjenester - tverrkulturell kompetanse. En utfordring for alle offentlige tjenester". I: *Temahefte*, 19, 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.
- VG nett (2010) *Nesten ingen etnisk norske i 1. klasse*.
<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/elevavisen/artikkel.php?artid=10009395> [10.7.11]
- Wadel, C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur. En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- 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.
http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf [1.10.11]
- WHO (1948) *Universal Declaration of Human Rights*. Geneva, United Nations General Assembly. World Health Organization.
- WHO (1985) "Targets for health for all". I. *European Health for All Series, 1*. World Health Organization: Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2003) "International Migration, Health and Human Rights". I: *Health and Human Rights Publication Series, 4*. World Health Organization.
- Østby, L. (2006) "Innvandrerne i det norske samfunnet". I: *Samfunnspeilet*, 4. Oslo: SSB.

Figurer

Figur 1: Innvandretetthet i Oslo i forhold til andre store byer.....	11
Figur 2: Antall personer i de største innvandrergroppene i Norge pr. 1. januar 2011. Kilde: ssb	15
Figur 3: Innvandrere og norskfødte med innvandreforeldre etter landsbakgrunn. Tall fra SSB, 1. januar 2011.	16
Figur 4: Matrise for forberedelse til kvalitativ intervju, Nordisk Medisin nr. 4, 1997.....	33

Appendix

Appendix 1 – Følgebrev
Appendix 2 – Forespørsel om rekruttering
Appendix 3 – Helsepersonellinformasjon
Appendix 4 – Pasientinformasjon - norsk
Appendix 5 – Pasientinformasjon - vietnamesisk
Appendix 6 – Intervjuguide for fokusgruppeintervjuer
Appendix 7 – Sjekkliste for sikring av tolkebruk
Appendix 8 – Tilrådning fra NSD

Appendix 1: Følg brev

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

Appendix 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.

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?".

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: uxhrte@ous-hf.no
Tlf.: 47 64 72 65

Vedlegg:

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

Appendix 3: Helsepersonellinformasjon

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 christie78@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 *firsdag, 28. juni 2011* til:

E-post: christie78@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

Appendix 4: Pasientinformasjon – 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 intervju 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 fredag 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.....

Appendix 5: Pasientinformasjon – 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/S.

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.

Đề 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

Samtykkeerklaring:

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

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

Appendix 6: Intervjuguide for fokusgruppeintervjuer

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

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

1. Hvordan forstår dere følgende begreper?

- Tolk, Tolkebruk, Tolkebruker og ”Pasienten snakker eller forstår litt norsk”

2. Tatt utgangspunkt i profesjonell tolk, hvilke faktorer og vurderingskriterier tror du det legges til grunn for tolkebruk ved innkomst? Evt. under sykehusopphold?

3. Kan dere beskrive dagens situasjon i forhold til tolkebruk på din arbeidsplass?

4. Fortell om deres egne kunnskap/erfaring med tolkebruk og ikke-tolkebruk i en behandling/konsultasjon.

5. Hva gjør dere ved mistanke om ”avvik” som skyldes språklige misforståelser fordi tolk ikke var brukt?

6. Hvordan ser dere for dere en organisasjonsstruktur, organisering og rutine hvis tolkebruk er en integrert del av helsetjenesten?

Avklarende og konkretiserende spørsmål stilles fortløpende under intervjuet.

Appendix 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: _____

Appendix 8: Tilråding fra NSD

NSD
 Næringsmiddelkontrollmyndighet
 Statistisk sentralbyrå
 Statistisk sentralbyrå



Harald Hørlagres gate 29
 N-5007 Bergen
 Norway
 Tel: +47-55 58 21 17
 Fax: +47-55 58 06 50

Bernadette Nirmal Kumar
 Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)
 Oslo universitetssykehus HF, Ullevål
 Kildeveien 145 - Bldg. 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 øverste 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 tilrøding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i søknadsbrevet, korrespondansen med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-forskriften med forskriftens tilknyttede forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan seses i gruppe.

Dette gjøres oppmerksom på at det skal gis tydelig informasjon til brukerne om innholdet i de opplysningene som legges til grunn for personopplysningsbehandling. Behandlingsmåten og de tilknyttede opplysningene skal være tilgjengelige for brukerne og skal oppbevares trykksikkert og sikret mot uautorisert tilgang. Det skal også gis melding etter at de aktuelle prosjektene er avsluttet. Meldinger skal gis skriftlig til brukerne.

Personvernombudet har lagret opplysningene som prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.no> (personopplysningsregisteret).

Kommentarer til og ved prosjektets avslutning, 31.12.2011, må de kommentarene angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Maria Kvernåen
 Maria Kvernåen

Henrik Bartels
 Henrik Bartels

Kontaktinformasjon: Maria Kvernåen 02 99 09 09 20
 Telefon: 02 99 09 09 20
 E-post: maria.kvernåen@nsd.no

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uo.no
 TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 50 19 07. kym.svara@bv.ntnu.no
 TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektet: 27185

Forsøket med prosjektet er å kunne samle samarbeidende senter som benyttes til å rapportere om og følge opp arbeid i tolkebruk i helsetjenesten.

Studien gjennomføres med en kvalitativ studie og i form av fokusgruppelister som er i fokusgruppen. Fokusgruppen skal være i størrelse mellom 3-5 deltagere per gruppe. Den ene gruppen består av helsepersonell, mens den andre gruppen består av pasienter. Fokusgruppen skal bestå av pasienter fra Vietnam.

Student vil rekruttere informanter via Oslo Universitetssykehus. Sykehuset vil på vegne av student videreføre informasjonsskriv til aktuelle informanter (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. § 11, nr. 3 a).

Uten samarbeidets vil kunne gjennomføres i den statlige institusjonen.

Prosjektstart er 31.12.2011. Ved prosjektstart skal lydopptak slutes og datamaterialet anonymiseres.