

Hvordan øke bruk av tolk i forbindelse med visitt på infeksjonsmedisinsk sengepost på Ullevål sykehus?

Et kvalitetsforbedringsprosjekt

Kristina Borgund, May-Helén N. Espenes, Hilde Gjestemoen,
Eline Vik Henriksen, Sindre Kjensli,
Jørgen S. Thoresen og Brita Tønne



Prosjektoppgave i KLoK

UNIVERSITETET I OSLO

2019

© Kristina Borgund, May-Helén N. Espenes, Hilde Gjestemoen, Eline Vik Henriksen, Sindre Kjensli, Jørgen S. Thoresen og Brita Tønne

2019

Tittel: “Hvordan øke bruk av tolk i forbindelse med visitt på infeksjonsmedisinsk sengepost på Ullevål sykehus?”

Kristina Borgund, May-Helén N. Espenes, Hilde Gjestemoen, Eline Vik Henriksen, Sindre Kjensli, Jørgen S. Thoresen og Brita Tønne

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tema/problemstilling: Norge har en befolkning med mange etnisiteter og ulike språk. Gjensidig språkforståelse mellom lege og pasient er svært viktig, og for mange ikke-norsktalende pasienter vil bruk av tolk være nødvendig for god kommunikasjon. Pasienters morsmål skal ikke føre til mindre tilgjengelig informasjon og oppfølgende samtaler ved et sykehusopphold, og vi ønsker derfor å se på rutiner for bruk av tolk ved Infeksjonsmedisinsk sengepost på Ullevål.

Mål: Å oppdage behov for tolk så tidlig som mulig etter at pasienten har ankommet post, samt å sikre bestilling av riktig språk og dialekt.

Kunnskapsgrunnlag: Retten til tolk er regulert av en rekke lover. Helsepersonell har plikt til å vurdere om det er behov for tolk for å sikre at pasienten får den informasjonen og hjelpen vedkommende har krav på. Grunnet fragmenterte og lite oversiktlige lover som regulerer bruk av tolk har regjeringen vedtatt å utforme en egen tolkelov. Helsedirektoratet har laget en veileder for kommunikasjon via tolk. Et ikke-systematisk i McMaster Plus på internasjonal litteratur viser at riktig bruk av tolk fører til kostnadseffektivitet, økt pasienttilfredshet og bedre helsetjenester.

Tiltak og indikatorer: Ved innføring av en standardisert sjekklister ønsker vi å avdekke tolkebehov så tidlig som mulig under pasientens opphold. Vi ønsker at sjekklister skal øke sannsynlighet for bestilling av riktig språk til enhver samtale med behov for tolk. Av kvalitetsindikatorer er andel feilbestillinger blant tolkebestillinger, og andel tolkede samtaler under visitt blant de med behov, de vi anser som de mest relevante.

Organisering og prosjektledelse: Vi utarbeider en prosjektplan og danner en prosjektgruppe ved avdelingen bestående av avdelingsoverlege, -sykepleier, helsesekretær og kontaktperson ved Tolkesentralen. Gruppen skal ha hovedansvar for prosjektet i perioden. Prosjektplanen presenteres for gruppen og det velges kvalitetsindikator. Planen presenteres for avdeling og prosjektet startes opp. Prosjektplanen vurderes kontinuerlig og justeres ved bruk av PUKK-sirkel. Effekten av tiltaket vurderes fortløpende og presenteres ved hvert kvartalmøte. Etter ett år med bruk av sjekklister vurderes det om tiltaket har hatt en effekt og resultatene presenteres for avdelingen.

Konklusjon: Kvalitetsforbedringsprosjektet er lett gjennomførbart og vil kreve relativt lite av de involverte. Vi mener at prosjektet bør gjennomføres.

Innholdsfortegnelse

- 1 Innledning
 - 1.1 Bakgrunn
 - 1.2 Målsetting
- 2 Kunnskapsgrunnlag
 - 2.1 Lovgrunnlag
 - 2.2 Veileder om kommunikasjon via tolk
 - 2.3 NAKMI-rapport
 - 2.4 Søkestrategi og PICO-spørsmål
 - 2.5 Resultat av litteratursøket
- 3 Dagens praksis, tiltak og indikatorer
 - 3.1 Vårt mikrosystem: Infeksjonsmedisinsk sengepost Ullevål
 - 3.2 Dagens praksis
 - 3.2.1 Bestilling av tolk ved infeksjonsmedisinsk sengepost
 - 3.2.2 Organisering av tolketjenesten og opprettelse av Tolkesentralen
 - 3.3 Praktiske tiltak for kvalitetsforbedring rundt rutiner for bestilling av tolk
 - 3.4 Indikatorer
- 4 Tiltak, prosjektledelse og organisering
- 5 Diskusjon/Konklusjon
- 6 Litteraturliste
- 7 Vedlegg

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Norge har i løpet av de siste tiårene blitt et mangfoldig samfunn hvor mange etnisiteter er representert, og siden 1990 har over 800 000 innvandrere kommet til Norge. I 2018 kom Statistisk sentralbyrå (SSB) med en rapport om hvordan befolkningsutviklingen i Norge vil arte seg. Den viser at vi i dag har rundt 750 000 innvandrere i landet vårt og at dette tallet trolig vil øke til 1,3 millioner i 2060 [1]. I samme rapport skrives det at flere og eldre innvandrere er noen av trendene som vil prege norsk befolkningsutvikling. Vi vet at sykdommer generelt oppstår hyppigere i den eldre befolkningen, og har all grunn til å tro at også innvandrere vil ha mer kontakt med helsevesenet med økende alder.

Når en blir syk og trenger innleggelse i sykehus er det få ting som er så viktig som god kommunikasjon. Kommunikasjon kan være vanskelig i mange situasjoner, og dårlige språkkunnskaper hos ikke-etnisk norske pasienter kan være én av mange årsaker. Hvor stor utfordring språkproblemet blir i den kliniske situasjonen kommer an på graden av manglende norsk/engelsk-kunnskaper. Bruk av tolk i slike situasjoner er helt avgjørende for å kunne oppnå god kommunikasjon. Det er helse- og omsorgspersonell som har plikt til å vurdere behovet for å bestille tolk i møtet med pasient, bruker eller pårørende med begrensede norskkunnskaper [2]. Dette er nedfelt i lov og står skrevet i Helsepersonellovens avsnitt om faglig forsvarlighet [3].

Vi som medisinstudenter på modul 8 har opplevd situasjoner hvor vi gjerne skulle hatt en profesjonell tolk til stede i møte med pasienter. Vi har blant annet sett barn og familiemedlemmer bli brukt som tolk, feilbestillinger av tolk fordi det kan være vanskelig å finne ut av hvilket språk en pasient snakker, og at pasienter kan fremstå som mer språkkyndige enn de egentlig er ved innkomst, og dermed bli feilvurdert til å ikke ha behov for tolk under hele eller deler av oppholdet. Dette kan ende med liten forståelse av eget sykdomsforløp, redusert sykdomsinnsikt og dårlig compliance på eventuell hjemmebehandling som i verste fall kan få alvorlige konsekvenser. Sistnevnte problemstillinger blir tatt opp i rapporten fra Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) som kom i 2013: «Når er «litt» norsk, for lite? En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten» [4].

NRK omtalte i 2012 en undersøkelse hvor man så på helsetjenester for minoritetsbefolkningen i hovedstaden [5]. Denne undersøkelsen avdekket svært dårlig kvalitet på tolketjenestene ved Oslo universitetssykehus; 88 % av tolkene som ble brukt hadde ikke formelle kvalifikasjoner. Samme artikkel viser at 70 % av innvandrere i Norge tilhører Helse Sør-Øst, så denne regionen hadde et stort behov for satsing på forbedring av tolketjenester. Flere store endringer har skjedd etter rapporten i 2012. En av de viktigste er muligens regjeringens innføring av en lov som forbyr bruk av barn som tolk, så lenge det ikke står om liv og død [6]. En egen tolkesentral for Oslo universitetssykehus og Ahus åpnet i 2014, og målet var å bedre kvalitet og tilgjengelighet slik at bruk av tolk kunne økes og forbedres. På tolkesentralen er det kun kvalifiserte profesjonelle tolker som er ansatt og de kan i dag dekke oppdrag på over 80 språk [7].

Problemstillingene vi som studenter har møtt på i klinikken samt endringen som har skjedd i klinisk praksis de siste årene er grunnlaget for at vi i denne oppgaven ønsker å se mer på bruk av tolketjenester på sykehus i dag. Vi har valgt en infeksjonspost på Ullevål sykehus som mikrosystem da dette er et sted hvor vi har møtt mange pasienter med ulike etnisiteter.

1.2 Målsetting

Vårt mål med prosjektet er å innføre en sjekklister for bruk av tolk på en infeksjonspost på Ullevål sykehus. Vi tenker at sjekklisten skal inngå som en del av kartleggingsnotatet til sykepleiere på post ved mottak av en ny pasient. Vi håper med dette å kunne avdekke flere av pasientene som har behov for tolk tidlig under oppholdet, og å sikre at riktig språk og dialekt blir bestilt til tolkesamtalen.

2 Kunnskapsgrunnlag

2.1 Lovgrunnlag

Bruk av tolk er nedfelt i lov, og er en forutsetning for at helsepersonell skal utøve faglig forsvarlighet overfor pasienter med ingen eller begrensede norskkunnskaper. Det er derfor nødvendig for helsepersonell å vurdere bruk av tolk for å kunne yte faglig forsvarlig helsehjelp. Lovverk som inngår i bruk av tolk i helsetjenester omfatter helsepersonelloven § 4 [3], lov om pasient- og brukerrettigheter (Pbrl.) § 3-5 [8], forvaltningsloven § 11 e [9] og FNs barnekonvensjon artikkel 36 [10].

I helsepersonelloven § 4 annet ledd står det: *«Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven §2-5.»*

Pasient og bruker har rett til tolk etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2: *«ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.»* Pasienten må samtykke til helsehjelpen, og samtykket er kun gyldig hvis pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen etter § 4-1 i pasient- og brukerrettighetsloven.

Bruk av barn som tolk er forbudt og er omtalt i forvaltningsloven § 11 e:

«Forvaltningsorganer skal ikke bruke barn til tolking eller annen formidling av informasjon mellom forvaltningen og personer som ikke har tilstrekkelige språkferdigheter til å kommunisere direkte med forvaltningen. Unntak kan gjøres når det er nødvendig for å unngå tap av liv eller alvorlig helseskade, eller det er nødvendig i andre nødsituasjoner. Unntak kan også gjøres i tilfeller der det ut fra hensynet til barnet og omstendighetene for øvrig må anses som forsvarlig.» Bruk av barn som tolk kan også være et brudd på FNs barnekonvensjon artikkel 36, som omtales i helsedirektoratets veileder om kommunikasjon via tolk [11].

Ettersom lovverket om bruk av tolk er fragmentert og oppfattes ulikt, så har regjeringen i 2015 igangsatt arbeid med en egen tolkelov. Denne loven skal gjøre det mer oversiktlig og klart om offentlige tjenesteyteres plikt til å sikre god og riktig kommunikasjon. Den skal sikre at rettssikkerhet og likeverd er ivaretatt i saker som gjelder liv og død. En egen tolkelov vil kunne bidra til å heve kvaliteten og effektiviteten på tolketjenestene [12].

2.2 Veileder om kommunikasjon via tolk

Helsedirektoratet publiserte i 2011 en veileder for bruk av tolk i helsevesenet kalt «Veileder om kommunikasjon via tolk - for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene» [11]. Bakgrunnen for veilederen var at bruken av kvalifisert tolk i helsevesenet var for sparsom, og at det ble benyttet ukvalifiserte personer som familiemedlemmer og deriblant barn til tolking. Helsepersonell etterlyser gode retningslinjer og rutiner. Veilederen skal gi helsepersonell informasjon om ansvaret for å tilrettelegge kommunikasjon via tolk, og for å utøve informasjons- og veiledningsplikten, samt gi kompetanse til å bestille kvalifiserte tolker og gjennomføre samtaler via tolk. Kompetanse om hvordan man skal vurdere, bestille og bruke tolk er helt avgjørende for å yte forsvarlige helse- og omsorgstjenester ved språkbarrierer, og for å oppnå likeverdige tjenester til hele befolkningen. Veilederen tar også for seg tolking hos døve, hørselshemmede og døvblinde.

Veilederen forklarer at årsaken til at tolk ikke brukes mer av helsepersonell er at det oppleves av helsepersonell som tidkrevende og upraktisk, og at det er dårlig tilgjengelighet på gode tolker. At man velger å ikke bruke tolk kan ha alvorlige konsekvenser og kan svekke rettssikkerheten til personer med begrensede norskkunnskaper. Ifølge veilederen innebærer konsekvensene økte antall liggedøgn og reinnleggelser, redusert kvalitet på helsetjenester og derav redusert tillit til helsevesenet, større sjanse for feildiagnostisering og feilbehandling, redusert pasienttilfredshet og økte utgifter.

Veilederen henviser til tolkeportalen for bestilling av kvalifisert tolk og gir råd om hvordan man bestiller og gjennomfører samtale via tolk. Kvalifikasjoner som en tolk bør ha er statsautorisasjon og tolkeutdanning og dette forklares nærmere i veilederen.

2.3 NAKMI-rapport

En studie utført av NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse) i 2013 [4] viser at helsepersonell og pasienter har ulik forståelse av behovet for tolk og at pasientene heller ikke er godt nok informert rundt deres rettighet til å ha tolk i situasjoner hvor de skal få informasjon, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven. Resultater viser at helsepersonell ofte overestimerer pasientens språkkunnskaper noe som fører til et underforbruk av tolk. Det er her også viktig å være oppmerksom på at botid ikke er ensbetydende med god språkferdighet i norsk. På den andre siden føler også disse pasientene at det å snakke «litt norsk» ikke er nok når de skal kommunisere med helsepersonell.

Dette illustrerer nødvendigheten av en mer objektiv kartlegging av behovet for tolk. Pasienter som mestrer norsk nokså godt til vanlig kan også oppleve at deres språkevner endrer seg i akutte situasjoner eller ved sykdom, i tillegg til at det i disse situasjonene brukes mange fremmede medisinske ord og uttrykk. Studien viser også at pasientene selv ønsker å bli spurt om de trenger tolk, men opplevde at det sjeldent skjedde. Som en følge av at mange pasienter ikke blir opplyst om sin rett til tolk, eller blir spurt om man ønsker tolk- blir “ad hoc” tolk, dvs ofte familie eller venner brukt, selv om pasientene selv ønsker kvalifisert tolk. Dette er muligens et større problem blant pasienter som kan «litt norsk», og dessuten ikke ønsker å være til bry. Desto viktigere blir det å fange opp dette og sørge for en god nok kartlegging av alle pasienter hvor bruk av tolk kan bli aktuelt.

2.4 Søkestrategi og PICO-spørsmål

Etter å ha sett på lovgrunnlaget og relevant norsk litteratur gjorde vi et søk på engelskspråklig litteratur på emnet for å få et bredere kunnskapsgrunnlag. På bakgrunn av egne erfaringer og den tilgjengelige norske litteraturen formulerte vi følgende PICO-spørsmål:

- P: Pasienter med annet morsmål enn norsk
- I: Pasienter med annet morsmål enn norsk som får tolk
- C: Pasienter med annet morsmål enn norsk som ikke får tolk
- O: Bedre helsetjenester

Vi valgte et bredt utfall med «bedre helsetjenester». Dette gjorde vi for å favne en stor del av det riktige bruk av tolk medfører, og for å få så mange relevante treff som mulig.

Med utgangspunkt i PICO-spørsmålet ble det i mars og april 2019 foretatt søk i McMaster Plus med søkeordene «interpreter», «limited english proficiency», «improved health services» og «patient satisfaction». Ulike kombinasjoner av disse søkeordene resulterte i 50 kliniske oppslagsverk fra UpToDate og rundt 40 studier i PubMed. Etter en skjønnsmessig vurdering av søkeresultatet endte vi opp med en håndfull kilder som omhandler vårt ønskede utfall. Litteraturen ble kritisk vurdert ved hjelp av helsebibliotekets sjekklister [13].

2.5 Resultat av litteratursøket

«Cross-cultural care and communication» [14] er en oversiktsartikkel fra UpToDate som sist ble oppdatert i mars 2018. Her slås det fast at effektiv kommunikasjon mellom kliniker og pasient henger direkte sammen med økt pasienttilfredshet, bedre relasjon mellom pasient og kliniker, og således at det fører til bedre helsetjenester (health outcomes). For å utøve effektiv tverrkulturell helseomsorg, herunder effektiv kommunikasjon, er det nødvendig med de samme kjerneverdier som ellers i medisinen: empati, nysgjerrighet og respekt.

Oversiktsartikkelen fremhever viktigheten av at klinikerer forstår pasientens sosiokulturelle bakgrunn og hvordan det påvirker pasientens sykdomsforståelse og ønske/evne til å følge klinikerens råd og veiledning. For å forstå pasientens sosiokulturelle bakgrunn er det viktig å kommunisere med pasienten på riktig språk. De anbefaler to spørsmål for å avdekke om pasienten har behov for tolketjenester;

«Hvor godt snakker du engelsk (*/aktuelt språk*): meget godt, godt, dårlig eller ikke i det hele tatt?»

For de som svarer dårlig eller veldig dårlig vil det være behov for tolk. For de som svarer meget godt vil det sannsynligvis ikke være behov for tolk. Til de som svarer «godt» skal man stille oppfølgingsspørsmålet:

«På hvilket språk ønsker du å motta informasjon om dine helsetjenester?»

Viktigheten av at helsepersonell stiller pasienter spørsmål om hvilket språk de ønsker å benytte seg av kommer frem i kohortstudien utført av Balakrishnan og medforfattere [15]: De gjennomførte i 2016 en studie i et akuttmottak i USA hvor praksis var at sykepleierne foretok en skjønnsmessig vurdering av pasientenes engelskkunnskaper i forbindelse med triageringen. I studien skulle både sykepleierne og pasientene selv etter triagering svare på et

avkrysnings skjema med spørsmål om pasientens engelskspråklige kunnskaper, og pasientene skulle si hvor tilfredse de var med triageringen. Blant de 55 pasientene i studien som selv identifiserte seg som ikke-engelsktalende, hadde sykepleierne vurdert 27% av disse til å ha gode engelskkunnskaper. Samtidig var de ikke-engelsktalende pasientene mindre fornøyde med triageringen enn engelsktalende pasienter. Dog var det ingen forskjeller i dør-til-rom tid blant de ulike pasientgruppene.

Lindholm og medforfattere [16] gjennomgikk journalene til alle pasienter med begrensede engelskkunnskaper (limited english proficiency) som ble innlagt i utvalgte amerikanske sykehus mellom 1. mai 2004 og 20. april 2007. De ønsket å undersøke om pasienter med begrensede engelskkunnskaper hadde flere liggedøgn og større forekomst av reinnleggelse første 30 dager etter utskrivelse enn pasienter med gode engelskkunnskaper. 39% av de 3071 pasientene med begrensede engelskkunnskaper inkludert i studien hadde tolkesamtaler ved både innleggelse og utskrivelse. Pasienter som fikk tolkesamtale enten ved innkomst eller utskrivelse, hadde 0.75-1.47 flere liggedøgn enn de pasientene som fikk tolkesamtale ved både innkomst og utskrivelse ($P < 0.02$). I tillegg var det flere reinnleggelser innen de første 30 dager blant de pasientene som ikke fikk tolkesamtale i det hele tatt.

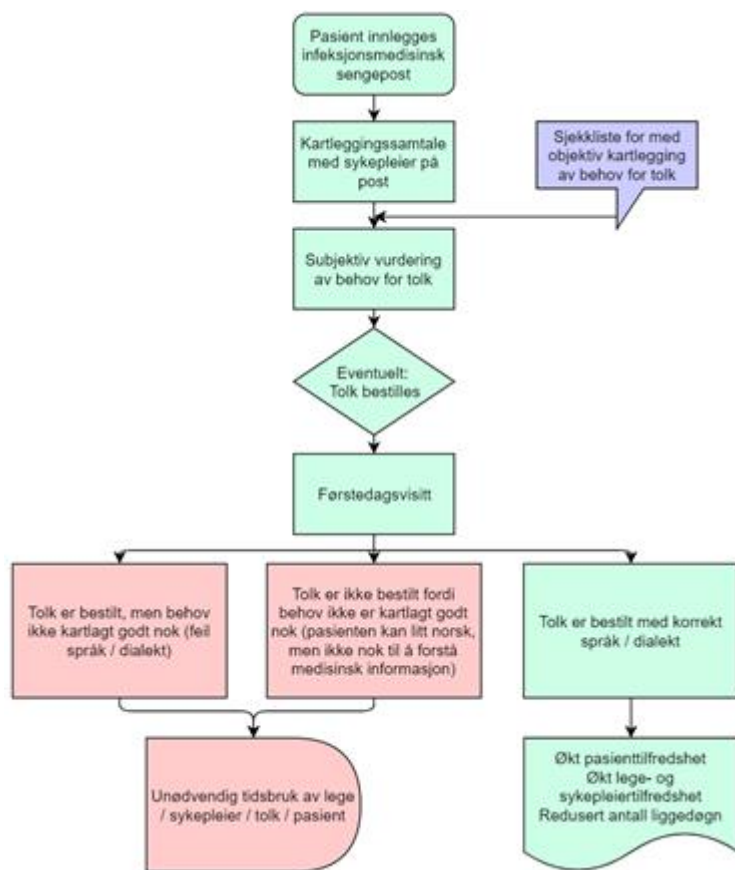
En oversiktsartikkel (scoping review) om pasientopplevelsen hos pasienter med begrensede engelskkunnskaper påpeker at språkbarrierer blant annet er assosiert med dårligere behandling av kroniske sykdommer, lav kvalitet på informert samtykke og større risiko for alvorlige medisinske hendelser [17]. Når det gjelder informert samtykke hos fremmedspråklige pasienter fremhever en retningslinje fra UpToDate [18] viktigheten av å bruke profesjonell tolk både for at pasienten kan få svar på det han/hun lurer på, og fordi familiemedlemmer som tolker har en tendens til å filtrere vekk informasjon de mener pasienten ikke har godt av. En «mixed-methods» studie fra Australia fra september 2018 [19] (kvantitativ retrospektiv gjennomgang av journaler, og kvalitative fokusgrupper med helsepersonell) konkluderte med at pasienter med lave engelskspråklige ferdigheter sto i fare for å få mindre informasjon om behandlingstjenestene de mottok enn pasienter med god engelskkunnskap. I tillegg fant de at når det faktisk var tolk tilstede fikk pasientene svært mye informasjon på én gang.

Det var ikke nevnt noe spesifikt i litteraturen om økt legetilfredshet ved korrekt bruk av tolk. Likevel er det nærliggende å anta at pasientkonsultasjoner som blant annet kan føre til bedre forståelse hos pasienten, færre gjentakelser, mindre misforståelser, bedre behandlingsflyt og færre liggedøgn også vil føre til økt legetilfredshet.

3 Dagens praksis, tiltak og indikatorer

3.1 Vårt mikrosystem: Infeksjonsmedisinsk sengepost Ullevål

Infeksjonsmedisinsk avdeling på Ullevål sykehus er landets største infeksjonsmedisinske avdeling. Avdelingen består av sengepost, poliklinikk og høysmitteisolat, og vi har i denne oppgaven valgt oss infeksjonsmedisinsk sengepost som mikrosystem. Sengeposten har 21 sengeplasser til vanlig, men øker til 25 plasser om sommeren. Høysmitteisolatet har 12 sengeplasser. I tillegg til at avdelingen behandler vanlige infeksjonsmedisinske problemstillinger, har de spisskompetanse på behandling av mer kompliserte infeksjoner som tropemedisinske sykdommer, HIV, hepatitt og tuberkulose. Det gjør at pasienter med mange ulike etnisiteter finnes i større andel på denne avdelingen, derav også et økt behov for bruk av tolk i forbindelse med visitt og andre situasjoner hvor informasjon skal gis. Ifølge sekretær og sykepleier ved avdelingen opplever de at antall tolkeoppdrag varierer mye gjennom året, men angir et gjennomsnittlig estimat på 3-4 tolkeoppdrag i uka. [20].



Flytskjema 1 – Flytskjema over dagens praksis for bestilling av tolk ved infeksjonsmedisinsk sengepost OUS med forskjellige utfall (grønt og rødt). Sjekkliste (tiltak) er skissert inn og skal medføre at praksis i større grad skal ende med bestilling av tolk med korrekt språk / dialekt (grønn flytvei).

3.2 Dagens praksis

3.2.1 Bestilling av tolk – infeksjonsmedisinsk sengepost

Dagens praksis for bestilling av tolk baseres på en subjektiv vurdering gjort av den enkelte sykepleier ved mottak av pasient på post. Det utføres en kartleggingsamtale, og basert på denne skrives et kartleggingsnotat i DIPS hvor man skriver «ja» eller «nei» på behov for tolk. Sekretærer på sengeposten sørger for at tolk bestilles til visitt påfølgende dag. De ansatte på infeksjonsmedisinsk sengepost opplever selv at ordningen stort sett fungerer godt, men de ser absolutt rom for forbedring.

Vi har også vært i kontakt med infeksjonsmedisinsk poliklinikk hvor de har nokså gode rutiner for bruk av tolk. Vi ønsket å undersøke om de har rutiner som kan være overførbare til sengepost. Hverdagen på en poliklinikk er strukturert annerledes enn på sengepost, med konsultasjoner som er planlagt i forveien. Dette kan være del av grunnen til at de opplever at rutinene fungerer bedre ved poliklinikken, da det er rom for å planlegge bedre både for bruk av oppmøte-, telefon- og skjermtolk. Det virker som telefontolk er mest brukt på

poliklinikken, spesielt ved oppfølgingstimer eller konsultasjoner hvor mindre sensitiv informasjon skal formidles. Hvert rom er utstyrt med telefoner spesielt bestilt med tanke på telefontolkning, med gode mikrofoner og høyttalere.

Vi tenker at det kan være overførbart til sengepost å bruke mer telefontolk. Selv om oppmøtetolk bør etterstrebes, spesielt ved førstedagsvisitt og ved konsultasjoner hvor alvorlige nyheter skal formidles, kan telefontolk være et godt alternativ ved daglige visitter, for eksempel til pasienter som er innlagt i flere uker. Mange pasienter synes at det kan være flaut og vanskelig nok å snakke med legen om private ting, om ikke tolken også skal være med. En gruppe pasienter ved OUS mente at telefontolk er et bra alternativ sammenlignet med oppmøtetolk. Da beholder pasientene sin anonymitet og det er lettere å for dem å snakke fritt. Tilgang til nødvendig utstyr som telefoner med gode mikrofoner er avgjørende her. Fordelene med telefontolk kontra oppmøtetolk vil også være at man kan bestille tolk på kort varsel uten at konsultasjonstidene nødvendigvis må utsettes på grunn av språkbarrieren. Dette kan være tidsbesparende. Vi tenker at det er best å få tolkesamtale daglig, hvis ikke kan det føre til at man for eksempel samler opp informasjon til tolkesamtale én gang i uka. Dette var tilfellet i en undersøkelse gjort på intensivavdeling for barn [4]. Her opplevde etnisk norske foreldre å få informasjon opptil flere ganger daglig, mens foreldre av ikke etnisk bakgrunn opplevde at de kun fikk informasjon én gang i uka. Dette førte naturlig nok til økt bekymring og mer tid brukt på sykehus hos disse foreldrene, som enkelt kunne vært unngått ved hyppigere bruk av telefontolk.

3.2.2 Organisering av tolketjenesten og opprettelse av Tolkesentralen

Før 2014 var det ingen klar organisering av tolketilbud ved OUS og tolkeoppdrag ble i hovedsak bestilt gjennom private aktører og utført av ikke-kvalifiserte tolker. I 2014 ble Tolkesentralen opprettet som et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Sunnaas sykehus. De hadde et felles mål om å øke kvaliteten på tolketilbudet ved å bruke kvalifiserte tolker og på den måten tilby en mer likeverdig helsetjeneste.

Fra opprettelsen av Tolkesentralen i slutten av 2014 og fram til 2017 har det blitt laget en treårsrapport som viser utviklingen og drift av Tolkesentralen i denne perioden [7].

Rapporten viser at bruken av kvalifiserte tolker har økt og i dag utføres 97 % av oppdragene av kvalifiserte tolker. Antall tolkeoppdrag per uke har økt fra 59 oppdrag i uka de første ukene i 2015 til 842 oppdrag i uka siste del av 2017, og antall tolkede samtaler på OUS i løpet av ett år er omtrent 25 000. De kan i dag tilby tolking på 85 språk til de tre sykehusene, og har 270 ansatte tolker (tall fra 2017). De språkene det oftest blir bestilt tolk til er arabisk, polsk, somalisk og urdu. Halvparten av tolkeoppdragene er på de fire største språkene.

3.3 Praktiske tiltak for kvalitetsforbedring rundt rutiner for bestilling av tolk

Vi tenker at det er rom for forbedring rundt bestilling av tolk ved infeksjonsmedisinsk sengepost på Ullevål. På tross av at sykepleierne opplever at deres rutiner i dag fungerer godt, er kartleggingen av pasientenes behov for tolk basert på en subjektiv vurdering av sykepleieren som tar imot pasienten. Ofte prøver man uten tolk først for å se an behovet, og ved mange tilfeller vurderes først behovet for tolk når sykepleieren eller legen ikke når frem med det de ønsker å formidle, eller de ikke får svar på sine spørsmål. Vi tenker derfor at det er bedre å systematisere denne vurderingen ved å innføre en sjekklister med enkle spørsmål, både for å kartlegge behovet bedre og sørge for at alle blir vurdert likt på en objektiv måte. Vi foreslår derfor at denne sjekklisten skal fylles ut hos alle pasienter som legges inn på avdelingen, uavhengig av morsmål. På denne måten håper vi terskelen for å bestille tolk blir lavere. Selv om de ansatte ved infeksjonsmedisinsk sengepost opplever at ordningen fungerer greit i dag, er de enige i at det er rom for forbedring. Dette tenker vi er et godt utgangspunkt for at prosjektet lar seg gjennomføre.

3.4 Tiltak

Som tidligere nevnt ønsker vi å innføre en sjekklister på avdelingen. I en tidligere Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK)-oppgave ble det utviklet en sjekklister (Figur 2) til bruk på gynekologisk poliklinikk. Sjekklisten kartla tolkebehov hos pasienter som søkte svangerskapsavbrudd [21]. Listen inneholder sentrale spørsmål ved kartlegging av tolkebehov [14], og vi har derfor valgt å ta i bruk samme sjekklister med noen få modifikasjoner (Figur 3, Vedlegg 1). Som et tillegg har vi avsatt et område øverst på sjekklisten med plass til identifikasjonsklistremerker, slik at man har kontroll på hvilken

pasient sjekklisten tilhører. Denne delen klippes av og makuleres etter at sjekklisteinformasjonen er ført over i DIPS (se under). Deretter kan man gjennomføre statistikk og vurdere tiltakseffekten. Sjekklisten skal brukes ved samtlige innkomsamtaler, også hos de med norsk som morsmål. På denne måten har man oversikt over både antall innlagte i perioden og antall bestilte tolkeoppdrag.

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 (evl. 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: _____

Identifikasjons-
klistremerke

Tolkebehov ved infeksjonsmedisinsk sengepost OUS

Sett kryss ved passende alternativ:

Har pasienten norsk som morsmål? Ja Nei

Har pasienten blitt tilbudt tolk? Ja Nei

© Sted. 8.9.17 / Har pasienten for liten hørselshøyde som er vanskelig for å bli innlest i via telefonmål og/eller tekst? Pasienten skal derfor informeres om at de har rett på tolk og dette skal tilles.

Ønsker pasienten tolk? Ja Nei

Ønsket tolkemodalitet:

- Oppmøtetolk
- Telefontolk
- Ønsker ikke tolk

Hvilket språk, og eventuelt dialekt, ønsker pasienten å motta informasjon på?

Språk: _____

Dialekt: _____

Tolk er bestilt: Ja Nei

Sjekklisteinformasjon er lagt inn under «Pasientopplysninger» i DIPS (35-vindu): Ja Nei

Signatur, sykepleier / helsesekretær: _____ / _____

Figur 2: Sjekkliste brukt ved gynekologisk poliklinikk OUS

Figur 3: Sjekkliste (tiltak) som ønskes innført ved infeksjonsmedisinsk sengepost OUS.

3.5 Indikatorer

Med innføring av nye prosedyrer for tidligere og bedre kartlegging av behov for tolk kan det i teorien benyttes flere kvalitetsindikatorer fra ulike kategorier. Mens enkelte gir veldig gode bilder på hvorvidt tolkebruken økes i omfang og kvalitet, kan de være lite hensiktsmessige å bruke for å måle effekt av tiltak, enten fordi de er vanskelig å gjennomføre eller fordi tallgrunnlag ikke foreligger. Videre presenteres forslag til indikatorer, inkludert hvordan de eventuelt kan måles, og med presentasjon av styrker og svakheter.

Gjennom Tolkesentralen har Oslo Universitetssykehus et godt tilbud for tolk, og vi anser ikke strukturindikatoren “tilgang på tolketjenester” relevant i denne kvalitetsforbedringsoppgaven.

Andel pasienter kartlagt med behov for tolk sier noe om hvor stort tolkebehovet til enhver tid er. Indikatoren kan måles på flere måter. Ettersom vi ønsker å innføre en sjekkliste i papirformat som blir lagret en viss tid etter aidentifisering kan man gjennomgå disse og gjøre en opptelling av det reelle behovet. Et alternativ er å gjennomgå alle journalnotat/kartleggingsnotat fra innkomstsamtale i DIPS og benytte tallene derfra for en beregning. Bruk av indikatoren forutsetter bruk av kartleggingsverktøyet samt dokumentasjon av dette, og vil derfor også kunne fungere som et mål på hvorvidt tiltaket gjennomføres. Viktigst av alt vil bruk av denne indikatoren gi oss tall som gjør at vi kan benytte en annen prosessindikator: andel tolkede samtaler under visitt blant de med behov. For å kunne måle dette er vi avhengige av å vite det reelle behovet for tolk. I tillegg må det dokumenteres hver gang en samtale blir tolket. Denne registreringen kan enten gjøres som del av daglig journalnotat av visittlege, eller man kan bruke tall på bestilte og gjennomførte oppdrag gjennom Tolkesentralen og sette disse opp mot antall visitter blant pasienter kartlagt med behov for tolk. Tall fra tolkesentralen er kanskje det mest pålitelige dersom man bare vil telle bruk av profesjonell tolk.

Gjennom kvalitetsforbedringsprosjektet ønsker vi også å oppnå en reduksjon i antall feilbestillinger. Som mål på dette ønsker vi å bruke prosessindikatoren andel feilbestillinger blant alle tolkebestillinger. Denne indikatoren er enkelt forståelig, og tallene er lett tilgjengelige via Tolkesentralen. Den beskriver hvor ofte feilbestillinger forekommer samtidig som den tar hensyn til behovet for tolk til enhver tid/i løpet av en gitt periode på avdelingen. Vi anser denne indikatoren som enkelt gjennomførbar, og tenker derfor at den bør være prosjektets primære kvalitetsindikator.

Av mulige resultatindikatorer er både pasient- og legetilfredshet mulige alternativ, der begge gir oss et visst bilde på hvorvidt opplevelsen av kommunikasjon blir bedre underveis i, og etter gjennomført prosjekt. Som presentert under kunnskapsgrunnlag og lovgrunnlag er det gode holdepunkter for at bedret kommunikasjon og forståelse mellom pasient og behandler blant annet medfører bedre pasienttilfredshet og høyere compliance. Vi mener derfor pasienttilfredshet er en god resultatindikator. For å måle pasienttilfredshet ser vi for oss at

pasientene fyller ut et spørreskjema rett før hjemreise fra avdeling. På grunn av utfordringer med utforming av spørreskjema, analfabetisme hos enkelte pasienter, samt utfordringer ved oversettelse av skjema og eventuelt ytterligere behov for tolk ved besvarelse anser vi ikke denne indikatoren som mest aktuell foreløpig.

For flere av indikatorene foreligger det i dag ikke gode tall. Dette gjør at vi ikke har et sammenligningsgrunnlag for å måle effekt i absolutte tall etter oppstart av kvalitetsforbedringsprosjektet. Vi mener likevel flere av indikatorene er gode og relevante. Det er vanskelig å gjennomføre en kartlegging med opptelling slik beskrevet under to av prosessindikatorene før oppstart av prosjekt, blant annet fordi de forutsetter bruk av kartleggingsverktøy. Likevel tenker vi at de er fullt brukelige, og at en målt positiv endring underveis i prosjektet vil være et mål i seg selv. Vi mener at kunnskapsgrunnlaget samt dagens lovgivning, som gir alle pasienter rett på tolk ved behov, er god nok grunn til å gjennomføre prosjektet, og at vi ikke nødvendigvis må måle effekten i absolutte tall. Dersom det skulle foreligge tall ville vi uansett ikke ha forventet store endringer. Dette fordi dagens praksis ved avdelingen sørger for at de aller fleste med tolkebehov plukkes opp i løpet av sykehusoppholdet. Vi mener likevel at faste prosedyrer ved mottakelse vil være det mest effektive tiltaket for at behovet oppdages så tidlig som mulig.

4 Tiltak, prosjektledelse og organisering

4.1 Prosjektledelse og organisering

Vi har valgt å ta utgangspunkt i prinsipper skissert i «Modell for kvalitetsforbedring», utviklet av seksjon for kvalitetsutvikling i tidligere Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet [22] for å gjennomføre kvalitetsforbedringsprosjektet. Videre ønsker vi å jevnlig bruke en PUKK-tilnærming for å fleksibelt kunne justere prosjektplanen:



Forberedelse av prosjektet på avdelingen:

Ved et kvalitetsforbedringsprosjekt er det viktig at miljøet vi skal utføre prosjektet i erkjenner behovet for forbedring. Av den grunn ønsker vi å delta på et morgenmøte eller en fagdag for å presentere prosjektet for alle ved avdelingen, noe som også er en del av vår prosjektutførelse. Her vil vi fremstille viktigheten av prosjektet både i lys av pasientens beste og avdelingens forbedringspotensial. Ønsket er å skape interesse for forbedring ved å presentere kunnskapsgrunnlag, våre målsetninger og fremlegge plan for organisering av prosjektet.

Prosjektgruppe:

Vi ønsker å danne en prosjektgruppe ved infeksjonsmedisinsk sengepost som i prosjektperioden, og tiden etter, skal ha ansvaret for gjennomføringen av prosjektet. Det er tenkt at gruppen skal bestå av avdelingsoverlege, avdelingssykepleier, helsesekretær og en kontaktperson ved Tolkesentralen. Da vil de tre forskjellige gruppene av helsepersonell som

er sentrale for gjennomføringen av prosjektet være representert i prosjektgruppen. Problemer, motstand og innspill fra ansatte ved infeksjonsmedisinsk sengepost meldes til deltakerne av prosjektgruppen.

Planlegging av prosjektutførelse:

Gjennom prosjektperioden tilstrebes det å ha flere møter, og det er opprettet en tenkt tidslinje for gjennomføring av prosjektet (Figur 3). Ved det første møtet ønsker vi å diskutere gjennomføringen av prosjektet. Her er det viktig med tanker og innspill rundt hva som vil fungere og eventuell motstand man kan vente seg ved gjennomføring av prosjektet. I møtet skal vi sammen med prosjektgruppen bli enige om hvilken kvalitetsindikator som er mest hensiktsmessig å måle. Vi vil anbefale å bruke andel feilbestillinger blant alle tolkebestillinger som indikator og tar utgangspunkt i dette videre i oppgaven. Videre justeres prosjektplanen dersom nødvendig og presenteres for prosjektgruppen i det andre møtet. Når kvalitetsforbedringsplanen godkjennes av prosjektgruppen presenteres den for avdelingen. Deretter startes prosjektet opp.

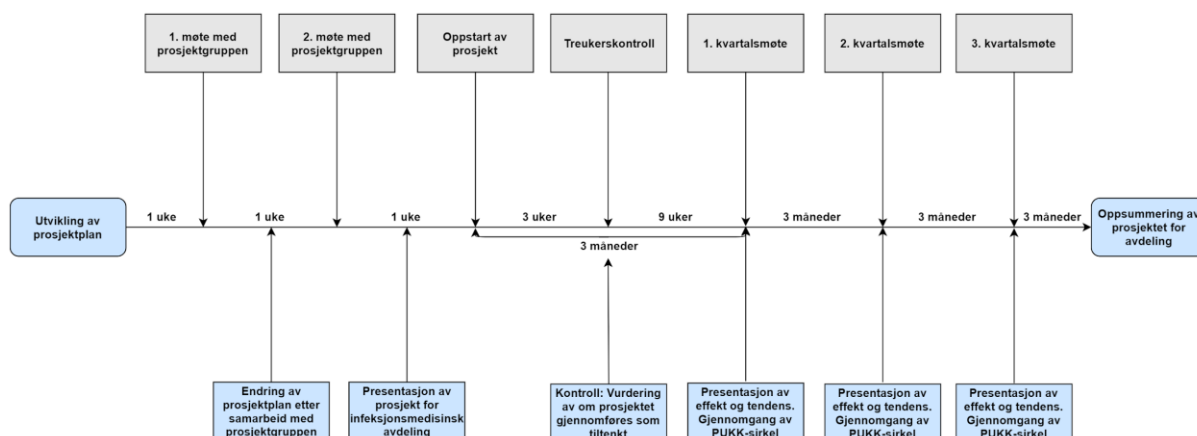
Under gjennomføring av prosjektet skal helsesekretær være ansvarlig for å kopiere opp sjekklisteskjemaene og se til at disse alltid er tilgjengelige ved innkomstsamtale utført av sykepleier. Skjemaene kan enten legges tilgjengelige for alle på vaktrommet ved avdelingen eller inne på hvert enkelt sengerom.

For å vurdere effekten av tiltaket innhentes tall fra Tolkesentralen og man gjennomfører statistikk basert på de foreliggende utfylte sjekklister i siste periode. Fra Tolkesentralen innhenter vi tall på antall oppdrag bestilt av avdelingen og antall feilbestillinger. Samtidig teller vi opp det totale antall utfylte sjekklister ved avdelingen, som et tall på antall inneliggende pasienter i perioden, og hvor mange som ønsket tolk og fikk dette bestilt. På den måten kan vi se på andelen feilbestillinger opp mot det totale behovet for tolk avdekket gjennom sjekklister. En reduksjon av antall feilbestillinger gjenspeiler effekten av tiltaket, og vi ønsker en reduksjon av feilbestillinger i forhold til behovet i perioden (synkende tendens) gjennom hele prosjektperioden.

Vi ser for oss at varigheten av prosjektet bør være på ett år fra prosjektstart ved infeksjonsmedisinsk sengepost. Parallelt med prosjektperioden vil vi evaluere effekten av

tiltaket, første gang etter tre uker for å verifisere at prosjektplanen følges (treukerskontroll), deretter ved hvert årskvartal (kvartalsmøter). Under kvartalsmøtene skal det gis kort tilbakemelding om effekt og tendens i siste gjennomgåtte periode. Dette skal skape økt interesse og motivasjon for å kontinuere kvalitetsforbedringsprosjektet. Samtidig går man gjennom PUKK-sirkelen i plenum i tilfelle man må tilpasse prosjektplanen. Vi ønsker en kontinuerlig dialog med prosjektgruppen og ved eventuelle problemer eller motstand kan vi bistå.

Ved prosjektets slutt vil vi på ny evaluere effekten av tiltaket og presentere dette for avdelingen. Da vil vi kunne framlegge om prosjektet har ført til en praksisforbedring gjennom flere tolkede samtaler og om det forekom færre feilbestillinger av tolk / språk / dialekt.



Figur 5 – Tidslinje for prosjekt med start- og sluttspunkt. Tiltente møter med prosjektgruppe og avdeling (grå) og prosess vi skal utføre mellom møter / på møter med prosjektgruppe og avdeling (blå).

4.2 Forventet motstand og håndtering av dette

Infeksjonsmedisinsk sengepost er i utgangspunktet flinke til å bestille tolk ved behov. Et slikt standardisert tiltak som vi ønsker innført kan derfor sees på som unødvendig og ekstra arbeid. Kartlegging av tolkebehov er noe sykepleier gjør fortløpende i løpet av innkomtsamtalen, for deretter å gi beskjed til sekretær om at det er behov for tolk. For å håndtere dette må det forklares at man ikke kan måle en kvalitetsforbedring eller effekt av et tiltak ved avdelingen uten å standardisere tolkebehovsvurderingen.

I tillegg må det forklares at det vil være mer gunstig for både pasient og helsepersonell at det ved senere innleggelses ved OUS foreligger en kartlegging av foretrukket språk og dialekt. I

DIPS finnes det en egen fane med pasientopplysninger til enhver pasient. Dette finner man ved å trykke «F5» på tastaturet når pasienten er aktivert i DIPS. Her kan det legges inn både tolkebehov og ønsket tolkemodalitet knyttet til pasienten. Informasjonen man får ved å gjennomføre sjekklisten kan derfor legges inn her og lett finnes fram til senere.

Vi forventer også å møte motstand fra legene. Ved å bruke enten oppmøtetolk eller telefontolk blir visitten mer tidkrevende. Man skal bruke tid på å kontakte tolken, introdusere parter og tilrettelegge for visittsamtalet. Dette kan føles frustrerende. På den annen side forekommer at lege gjennomfører visittsamtale hvor man har forventet at informasjonen har blitt forstått av pasienten, noe som senere viser seg å ikke være tilfelle. Man har brukt tid på å formidle informasjon som senere på gjentas ved ny samtale. Tiltaket vårt anses å være tidsbesparende i lengden, selv om man bruker noe mer tid per visitt. Legene må få presentert viktigheten i bruk av tolk og få forklart at pasienten har rettigheter forbundet med tolk hjemlet i lov, som beskrevet tidligere, og at man derfor er pliktig i å tilby tolk.

I tillegg til ovennevnte finnes det tilfeller hvor pasienten ikke erkjenner overfor legen at de ikke har forstått informasjonen som er gitt. Dette kommer fram ved at de heller stiller spørsmål til sykepleier etter endt visitt. Dette bidrar til merarbeid for sykepleiere, og informasjon må gjentas og forklares på nytt ved neste visitt. Vi håper at tiltaket vårt også bedrer dette.

5 Diskusjon og konklusjon

Kunnskapsgrunnlaget for denne oppgaven er i hovedsak forankret i gjeldende lover samt Helsedirektoratets veileder. I tillegg har internasjonal forskning på området vist at riktig bruk av tolk fører til økt pasienttilfredshet, økt compliance, mindre risiko for feilbehandling og feildiagnostisering, og at det er økonomisk gunstig. Vi mener derfor at kvalitetsforbedringsprosjektet bør gjennomføres.

Vi har valgt å innføre bruk av en standardisert sjekkliste under kartleggingssamtale ved mottak av pasient på post. Ansatte på infeksjonsmedisinsk sengepost synes i stor grad dagens praksis for vurdering og bestilling av tolk fungerer, men mener samtidig det er rom for forbedring. Vi tenker at en sjekkliste som benyttes på samtlige pasienter på posten vil være det enkleste og mest effektive tiltaket for å oppdage behov for tolk tidligere, også hos de pasientene som kan «litt norsk». Vi tror også at de utvalgte spørsmålene på sjekklisten medfører mer nøyaktig kartlegging av hvilket språk det trengs tolk på. Sjekklisten er et enkelt verktøy og krever kun rask innføring i bruk. Vi foreslår først og fremst bruk av prosessindikatoren andel feilbestillinger blant alle tolkebestillinger. Dette er en indikator der tallene er lett tilgjengelige hos Tolkesentralen. Indikatoren kan måles både før, underveis og etter gjennomført prosjekt, og er enkel å tolke: et lavere tall betyr en høyere andel riktige bestillinger.

Prosjektet vil kreve mer tid fra alle grupper helsepersonell ved avdelingen (lenger visittgang, utfylling av sjekkliste, kopiering av listen og overføring av informasjon til DIPS). Dette kan skape frustrasjon ved gjennomføringen av prosjektet, men vi håper at tiltaket vil vise en positiv effekt og at dette skal skape videre motivasjon for gjennomføring. Dersom man har målt god effekt ved prosjektets slutt kan man omgjøre sjekklisten til en DIPS-frase. Da er man ikke lenger avhengig av papirkopier og sjekklisteinformasjonen vil alltid være tilgjengelig i DIPS. Da kunnskapsgrunnlaget argumenterer for bedre pasienttilfredshet gjennom bruk av tolk og at pasienten må ha informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand jf. Pbrl. §3-2 er det fra vår side høyst ønskelig at avdelingen gjennomfører prosjektet.

Vi tror ikke prosjektet vil medføre veldig store mengder ekstraarbeid. Om prosjektet skulle vise seg lett gjennomførbart og med gode resultater, vil det enkelt kunne overføres til andre avdelinger. Slik vil sykehuset teoretisk sett kunne oppnå bedre kvalitet på helsetjenestene, få

en større andel tilfredse pasienter med færre liggedøgn og færre reinnleggelser, og alt i alt spare penger på hyppigere bruk av tolk til riktig tid.

Litteraturliste

1. *Lavere befolkningsvekst framover 2018*; Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-befolkningsvekst-ramover>.
2. *Helsepersonells ansvar for god kommunikasjon via tolk* Available from: <https://helsedirektoratet.no/asylsokere-flyktninger-og-innvandrere/helsepersonells-ansvar-for-god-kommunikasjon-via-tolk>.
3. *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. 2018; Available from: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2.
4. *NAKMI-rapport, «Når er litt norsk for lite»*. Available from: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/nar-er-litt-norsk-for-lite-nakmirapport-2-2013.pdf>.
5. *«Dårlige tolker er en fare for pasientene»*. Available from: <https://www.nrk.no/norge/for-darlige-tolker-i-helsetjenesten-1.8225372>.
6. *Forbud mot bruk av barn som tolk* Available from: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/forbud-mot-bruk-av-barn-som-tolk/id2478184/>.
7. *Tolkesentralen, treårsrapport* Available from: <https://tolkefaglig.files.wordpress.com/2018/09/ts-trec3a5rsrapport-2015-2017.pdf>.
8. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. 2018; Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>.
9. *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. 2018; Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>.
10. *FNs konvensjon om barnets rettigheter, artikkel 36* Available from: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf.
11. *Veileder om kommunikasjon via tolk* 2011; Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>.
12. *Starter arbeidet med ny tolkelov*. 2015; Available from: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/starter-arbeidet-med-ny-tolkelov/id2438938/>.
13. *Sjekklister* Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>.
14. Betancourt, J.R. *Cross-cultural care and communication* 2019; Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cross-cultural-care-and-communication#H5>.
15. V, B. *Misidentification of English Language Proficiency in Triage: Impact on Satisfaction and Door-to-Room Time*. 2016; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Misidentification+of+English+Language+Proficiency+in+Triage>.
16. M, L. *Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates*. 2012; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22528618>.

17. A, Y. *Exploring the 'Patient Experience' of Individuals with Limited English Proficiency: A Scoping Review*. 2018; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30203377?dopt=Abstract>.
18. White, D.B. *Ethics in the intensive care unit: Informed consent*. 2019; Available from: <https://www.uptodate.com/contents/ethics-in-the-intensive-care-unit-informed-consent#H4863455>.
19. J, W. *The experience of interpreter access and language discordant clinical encounters in Australian health care: a mixed methods exploration*. 2018; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30249270?dopt=Abstract>.
20. *Infeksjonsmedisinsk avdeling* Available from: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/infeksjonsmedisinsk-avdeling>.
21. *En sjekklister for sikring av tolkebruk : Et kvalitetsforbedrende tiltak ved Gynekologisk poliklinikk, OUS avdeling Kirkeveien*. 2010; Available from: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/29877>.
22. *Modell for kvalitetsforbedring* Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tolkebehov ved infeksjonsmedisinsk sengepost OUS

Identifikasjons-
klistremerke



Tolkebehov ved infeksjonsmedisinsk sengepost OUS

Sett kryss ved passende alternativ:

Har pasienten norsk som morsmål? Ja Nei

Ønsker pasienten tolk? Ja Nei

Hvilket språk, og eventuelt dialekt, ønsker pasienten å motta informasjon på?

Språk: _____

Dialekt: _____

Har pasienten blitt tilbudt tolk? Ja Nei

Jf. Pbjl, § 3-2 skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsestilstand og innholdet i helsehjelp. Pasienten skal derfor informeres om at de har rett på tolk og dette skal tilbys.

Tolk er bestilt: Ja Nei

Sjekklisteinformasjon er lagt inn under «Pasientopplysninger» i DIPS (F5-vinduet): Ja Nei

Signatur, helsesekretær: _____