

Når den blinde skal lede den døde -tolkebruk i psykisk helsevern

Kathrine Cecilia Peterson,

Bruk av tolk er en problemstilling som de fleste psykologer i klinisk praksis har blitt eller kommer til å bli stilt overfor. Derfor er det uheldig dersom vår profesjon fortsetter å betrakte tolkebruk som en klinisk unntakstilstand.



Selvstendig ansvar: Tolken har ansvar for at det som tolkes, er korrekt, men feil forekommer. Siden selv små nyanseforskjeller kan få store konsekvenser i en utredning, må psykologen ta et selvstendig ansvar for sine vurderinger og ikke lene seg ukritisk til tolke-ituasjonen. Foto: YAY Micro.

Det er positivt at flere miljøer nå befatter seg med temaet bruk av tolk i psykologarbeidet. Når jeg leser om problemene som eksisterer der majoritetsbehandlere skal yte helsehjelp til samer (Stige, 2009) og de problemene som oppstår ved tolkebruk med flyktninger (Ahlberg, 2006), ser jeg klare likhetstrekk til de utfordringene vi støter på når vi trekker inn tolker i arbeidet med tegnspråklige døde. Problemstillingene er altså generelt knyttet til selve det å bruke tolk og ikke utelukkende til hvilken spesifikk språklig og kulturell tilhørighet minoritetspasienten har.

Å bruke tolk i psykologarbeidet fortoner seg som å spise middag med polvotter på. Som psykolog er jeg årvåken for nyanseringer i språkbruk og mulige kilder til feiltolkninger. Det er helt avgjørende for meg å oppnå en god kontakt med den jeg samtaler med, for at jeg skal kunne gjøre jobben min godt. Jeg bestreber meg hele tiden på å holde et høyt presisjonsnivå i kommunikasjonen, en ambisjon

som settes på en hard prøve når samtalen foregår gjennom en tolk. I tillegg er det en tungvint prosess å bestille tolk, tolkebruk innebærer kostnader for min arbeidsgiver, og jeg kan føle meg blottstilt fordi en ukjent tredjeperson deltar i samtalen. At en tolk er til stede, er heller ingen garanti for at kommunikasjonen med pasienten vil fungere tilfredsstillende. Det er i det hele tatt lett å finne overbevisende argument mot å trekke inn en tolk i arbeidet mitt. Når jeg likevel noen ganger anvender tolk, er det først og fremst av hensyn til pasientens rett til tilpasset informasjon og pasientens mulighet til å medvirke i sin egen behandling.

I pasientrettighetsloven § 3–5 heter det:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn.

Det er jeg som behandler som både har plikten og makten til å håndheve denne retten. Men helsepersonell i Norge mangler kompetanse i dette tverrfaglige samarbeidet, og vi ser at døve med behov for helsehjelp avvises ved DPS-ene rundt i landet. Det er også en utbredt praksis å bruke familiemedlemmer, endog barn som tolk (Ahlberg, 2006), og vi ser et underforbruk av tolketjenester i helsevesenet. Dette er ikke underlig, alle hindringene som er involvert tatt i betraktning. Problemet er at dette underforbruket bidrar til å svekke en gruppe pasienters rett til helsehjelp.

Som et mottiltak mot at bekvemmelighetshensyn blir et styrende prinsipp, er det behov for faglige retningslinjer som kan gi noen vurderingskriterier for hvordan en skal forholde seg til de ulike dilemmaene som oppstår ved bruk av tolk i psykologarbeidet. Jeg har også skissert et utkast til slike retningslinjer for å illustrere noen av de områdene der slike behøves. For psykologen må vite at det å jobbe med tolk nesten alltid er krevende, så vel faglig som praktisk. Men ved å kjenne til noen ofte forekommende vanskelige tolkesituasjoner står psykologen bedre rustet til å takle disse utfordringene.

Tilpasset informasjon kontra økonomiske hensyn

Det er klinikken som skal betale tolkeregningen. Dersom pasienten klarer seg noenlunde bra med munnavlesning og har en lettoppfattelig stemme, kan det virke overdrevent å bestille tolk. Men vit da at man uten tolk legger hele belastningen med å håndtere kommunikasjonsbarrieren på pasienten. Behandleren kan snakke fritt på sitt eget språk, mens pasienten må nedlegge en betydelig innsats i både å oppfatte og snakke på det som for pasienten kan være et fremmedspråk.

At det er sykehuset eller helseforetaket som må betale for tolken, er et uheldig utslag av dagens lovverk. Døve kan som en hovedregel bestille tolk når de har behov for det, og utgiftene dekkes av NAV gjennom folketrygdloven. I noen situasjoner er det imidlertid slik at det ikke er den døve selv som anses å være bestiller av tjenesten. Dersom tolkebrukeren er innkalt til møte hos en offentlig instans, herunder helsevesenet, er det den offentlige instansen som er definert som bestiller av tolken, og som skal dekke utgiftene («sektoransvarsprinsippet»). Denne praksisen henger sammen med et ideal om at samfunnet skal være tilgjengelig for alle, og at samfunnet skal ta et aktivt ansvar for å legge til rette for alle sine medlemmer. Dessverre viser det seg at dette ikke alltid fungerer etter hensikten. Døve foreldre forteller om foreldremøter de ikke fikk delta på fordi skolen ikke hadde råd til å betale tolk, og syke døve kan bli liggende i dagevis på sykehus uten å få informasjon om hva som skjer med dem. Sykehusene har sjelden romslig økonomi, og slik sett er det forståelig at man forsøker å spare kroner. Men brudd på loven er det like fullt.

Noen samtaler er likevel mer krevende eller mer viktige enn andre. Dette vil jo variere, men sakkynndighetsvurderinger og gjennomgang av medisiner og bivirkninger kan være eksempler på samtaler hvor det kan være særlig viktig å ha med tolk for å unngå misforståelser og uklårheter. Er det nødvendig å prioritere når tolk skal anvendes, kan en velge å bruke tolk i utredningsfasen og heller klare seg uten tolk i de etterfølgende terapisaftalene. Ved vårt senter har vi erfart at pasienter ofte velger å gjennomføre samtalene uten tolk, selv om dette er arbeidskrevende for pasienten. Etter hvert som man blir kjent, går dette som regel helt fint, til tross for at språkbarrieren er der. Det vesentlige er at behandleren passer på å bruke tolk i den delen av arbeidet som fordrer nøyaktighet i kommunikasjonen, og at pasient og terapeut har en enighet om samarbeidet.

Venstrehåndsarbeid kontra å gi slipp

Finnes det likevel en grense for hvor langt jeg kan strekke meg når det gjelder å tilpasse min profesjonsutøvelse og metodebruk? Ideelle behandlingstilgjeldigheter for den unike og individuelle pasient finnes knapt i psykisk helsevern, noe vi forholder oss til i den kliniske hverdagen. Dessverre hender det likevel at tegnspråklige døve med reelle behandlingstilgjeldigheter blir avvist i det lokale behandlingstilgjeldingsapparatet. I lov om pasientrettigheter §2-1 om rett til nødvendig helsehjelp heter det:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og når kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Psykologen kan altså med loven i hånd avvise en pasient som trenger behandling. Dette utgjør etter min mening et fagetisk dilemma som psykologen plikter å ta stilling til. Kan jeg ikke yte nødvendig helsehjelp selv, må jeg følge opp og se til at pasienten henvises videre og får behandling ved annen spesialisthelsetjeneste. Men først må et behandlingstilgjeldingsbehov være konstatert, og dette innebærer at pasienten er blitt utredet og har fått en diagnose. Det er naturlig å bestille tegnspråktolk til utredningstilgjeldingsamtale med tegnspråklige døve. Her er det flere ting å passe på.

Å bruke tolk i psykolog-arbeidet fortøner seg som å spise middag med polvotter på

Døvhets kan sees på som en funksjonshemning, men døve kan også betraktes som en språklig minoritet. I enkelte sammenhenger følger døve andre normer for pasientfremferd enn sine hørende medborgere. Dette medfører at psykologen alltid befinner seg i usikkert farvann ved bruk av standardiserte metoder. Det betyr ikke at sedvanlig metodebruk ikke er gangbar for denne gruppen, kun at det er viktig å gjøre noen vurderinger i forkant. Alvorlig patologi kan virke inn på språkfunksjoner og i sin tur på resultat av evnemålinger. Min erfaring er at det gir avklarende informasjon å kartlegge forhold knyttet til språkevne og alvorligere psykopatologi (psykosespekteret) først. Jeg vektlegger å samle inn så mye informasjon som mulig om blant annet premorbid funksjon, og til dette bruker jeg ofte standardiserte maler for kliniske intervjuer. Når tolk skal trekkes inn i utredningstilgjeldingsarbeidet, bør psykologen være særlig våken i forhold til kultursensitive spørsmål. De fleste intervjumaler lar seg ikke direkte oversette til tegnspråk. På tegnspråk brukes for eksempel pronomen i liten grad, fordi det ikke gir noen informasjon av verdi på dette visuelt baserte språket. Forskjellen på «denne» og «dette» er eksempler på en distinksjon som ikke har noen videre kommunikativ betydning. Eventuelle uavklarheter unngås ved at man tidlig i en ytring klargjør tid og sted, mens

spørsmålene i mange kliniske intervjumaler ikke relateres til noen spesifikk situasjon. Spørsmål av typen «har du vært nedstemt siste tre døgn?» må derfor noen ganger deles opp i tid slik at jeg spør om hvordan det har vært om morgenen, om dagen, om ettermiddagen og om kvelden, osv. Det er likevel ikke nødvendig at psykologen er kjent med alle språklige og kulturelle forhold av denne typen. Man kommer langt med den kliniske magefølelsen. Når jeg får svar som virker underlige, er min erfaring at det er oppklarende å stille kontrollspørsmål.

En eldre, døv mann var henvist på grunn av stemmehøring. I utredningssamtalen ble det brukt standardisert intervjumal for kartlegging av lidelser under psykospekteret. Han svarte bekreftende på alle spørsmål vedrørende om han hørte stemmer og vedrørende alvorlig psykopatologi, helt til jeg la bort intervjumalen og han fikk forklart seg med egne ord. Da kom det frem at mannen var sterkt kristen, og at han mente at Gud snakket til ham fra tid til annen. Han hadde imidlertid aldri erfart at Gud hadde beordret ham til å gjøre noe eller gitt ham spesielle meldinger.

Særlig eldre døve kan ha en autoritetstro som kan medføre at de svarer gjennomgående bekreftende på spørsmål. Selv om tolken ideelt sett også skal fungere som en kulturell brobygger og i dette tilfellet kunne ha bidratt avklarende allerede under legekonsultasjonen, kan det ikke forventes at tolken kan redegjøre for alle kohorteffekter av den typen som det i eksempelet over. Vi kan dermed i noen tilfeller oppleve at tolken har oversatt perfekt, mens resultatet likevel blir feilaktig. For oss som jobber med døve, er Fritz Moens historie selve eksempelet på hvor uheldig det er å undervurdere de underforliggende kulturelle forhold. Dokumentarfilmen om saken som tidligere i år ble vist på norske kinoer, illustrerer hvordan Moen svarte feil for seg da han ble avkrevd «Sannheten» under rettssaken. Moen var døv, sønn av norsk mor og tysk soldat, og dessuten hørte han til en generasjon døve med en utpreget autoritetstro holdning i forhold til hørende. En kan bare forestille seg hans samarbeidsvilje for å bidra positivt til saksgangen. «Sannheten» for ham var hendelsene slik han hadde lest om dem i avisen. Det gikk atskillige år før hans forvirrende skylderkjennelse ble studert i lys av språklige og kulturelle faktorer.

Er det nødvendig å prioritere når tolk skal anvendes, kan en velge å bruke tolk i utredningsfasen og heller klare seg uten tolk i de etterfølgende terapisaftalene

Tolken har et ansvar for at det som tolkes, er korrekt, men det er likevel en kjensgjerning at feil forekommer. Siden små nyanseforskjeller kan få store konsekvenser i en utredning, må psykologen ta et selvstendig ansvar for sine vurderinger og ikke lene seg ukritisk til tolkesituasjonen. Du kan likevel langt på vei sikre at dere har forstått hverandre rett, ved å stille kontrollspørsmål. Dette er imidlertid en langt mer krevende øvelse når du jobber gjennom tolk, blant annet fordi du som regel da må gå flere avklaringsrunder enn med pasienter som har norsk som førstespråk.

Å bruke standardiserte intervjumaler (eksempelvis MINI, SCID eller MADRS) i diagnostiseringsarbeid er altså vanskelig. Jeg mener likevel at det kan gjøres med tolk så lenge man er oppmerksom på mulige feilkilder. Testing av døve med tolk er imidlertid et langt mer minebelagt område. Det er utbredt praksis flere steder å gjennomføre WAIS-kartlegging via tegnspråktolk. Utredninger med WAIS har stor gjennomslagskraft i behandlings- og rehabiliteringsapparatene, noe som gjør at testen må brukes med årvåken varsomhet. WAIS er imidlertid en test som opprinnelig ble laget av og for medlemmer av vestlige majoritetskulturer. Den er bygget opp slik at

vanskelighetsgraden øker innover i testopptaket. Denne graderingen er et grunnleggende element i WAIS og for vurderingen av evneprofilen til den som testes. Ikke minst derfor skal administreringen følge en nøyaktig standardisert prosedyre. Spørsmålene på verbalprøvene har gjennom årene vist seg å være kulturelt ladet, noe som også gjør vurdering av vanskelighetsgrad usikker når testtakeren ikke har norsk som førstespråk. Alle døve vil for eksempel kunne gi en god og inngående forklaring på hvorfor døve «ikke kan snakke», som er et spørsmål i WAIS, mens andre spørsmål vil være mindre aktuelle eller relevante for dem enn de er for hørende. Rangeringen av spørsmålenes vanskelighetsgrad er altså ikke kjent for denne pasientgruppen, og en har derfor ikke mulighet til å sikkert vurdere reliabiliteten i evneprofilen når en må benytte tolk i testopptaket.

Det er også problemer knyttet til tolkningen av delprøver på utførelsesdelen. Deltesten Tallhukommelse har eksempelvis vist seg lite reliabel som følge av at testleddet ikke tapper den samme informasjonen når oppgavene presenteres henholdsvis auditivt (testlederen leser tallrekker som testtakeren lytter til) eller visuelt (tolken avgir talltegn som avleses med synet). Det auditive registeret er bedre rustet til å håndtere sekvensielt presenterte data enn det visuelle (Boutla et al., 2004) og døve med gode og normale evner vil derfor kunne komme dårlig ut på denne deltesten. Generelt bør WAIS-utredning med tolk unngås, fordi det er så mange feilkilder. Det største problemet knytter seg til at det for WAIS ikke er etablert normer for døve, ei heller egne rutiner for administrering via tolk. Psykologen har ingen mulighet til å gjøre selvstendige, kliniske observasjoner når testingen foregår på et fremmedspråk. Det er ikke mulig for psykologen å ta stilling til hvorvidt den døve har oppfattet hva oppgaven går ut på, eller å gjøre vurderinger av svarlatenstid.

Dersom det likevel er mange forhold som peker i retning av at den døve pasienten trenger en slik utredning, bør en derfor oppsøke veiledning av spesialist som har kunnskaper om denne pasientpopulasjonen, eller eventuelt viderehenvise til Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse (www.nshp.no), som har et landsdekkende tilbud.

Psykologrollen kontra tolketollen

I Norge har tegnspråktolker både en utdanning på bachelornivå og en offentlig godkjenning. Tolken er altså ikke bare et kommunikativt hjelpemiddel, men en fagperson. Det tverrfaglige samarbeidet får bedre vilkår når partene har en felles forståelse for hverandres oppgaver og plikter. Et eksempel fra klinisk praksis:

Tolk bistår i en samtaleterapi med en döv pasient som har samlivsvansker. Pasienten ønsker å gå ut av ekteskapet på grunn av ektefellens mangeårige rusproblemer, men er fortsatt svært ambivalent. Tolken ber pasienten om å gjenta på et punkt hvor pasienten er usammenhengende, men kanskje i ferd med å sette ord på noe sentralt for første gang. Tolkens iver etter nøyaktig oversettelse bremser pasienten opp.

For å motvirke slike situasjoner må tolk og psykolog på forhånd ha kommet til en enighet om at tolken noen ganger skal avstå fra avbrytelser for å fremme en annen effekt, nemlig at pasienten lar talen strømme.

Mange tolker vil vegre seg for å ta behandlingstolking innenfor psykiatrien, og det kan det være mange grunner til. Et praktisk problem er at pasienter relativt ofte uteblir fra avtaler, og en del tolker jobber på oppdragsbasis. Døvemiljøet er dessuten lite, og derfor kan tolken vite ting om pasienten fra andre tolkeoppdrag som pasienten ikke tar opp i timen. I slike tilfeller må tolken være seg bevisst

at det ikke alltid er slik at pasienten vil at terapeuten skal vite alt. Selv erfarne tolker kan oppleve det belastende å sitte inne med slik kunnskap, og det er en av grunnene til at samarbeidssamtaler mellom tolk og psykolog er så viktig.

En pasient fortalte om sine år som elev i døveskolen, hvor lærerne hadde vært uvennlige og ikke kunne tegnspråk. Pasienten gav uttrykk for en sterk bitterhet over at hun aldri hadde fått gjennomført noen skikkelig utdanning. Psykologens respons var kjølig og uengasjert med et forslag om at pasienten kunne prøve å melde seg på kurs for personer med lærevansker. Tolken ble kraftig provosert over dette. Etter at timen var over, forklarte psykologen at dette var en såkalt » paradoksal intervensjon» som hun hadde valgt fordi pasienten syntes å relatere alt som gikk galt i livet, til at døveskolen hadde tilbudt henne så dårlig skolegang. Psykologen betvilte ikke et øyeblikk at døveskolen hadde gjort feil, men forklarte sitt valg av intervensjon med at dette var en livsanskuelse som ikke gjorde pasienten noe godt. Tolken hadde ingen vansker med å se dette poenget, og satte pris på å få denne forklaringen.

Eksempelet viser betydningen av å passe på at tolken får mulighet til å ta opp sine reaksjoner og spørsmål til arbeidet. Pasienten vil noen ganger forholde seg emosjonelt til tolken, noe som kan være en prøvelse for både psykolog og tolk. Dersom aggresjon oppstår, vil dette oftere rettes mot tolken enn mot terapeuten. At fagpersonene fungerer som et samkjørt lag, gagnar alle parter.

Pasienten bør gis mulighet til å delta i vurderingen av tolkebehovet. En generell mistenksomhet og negativ innstilling til tolker er imidlertid ikke noe godt vurderingskriterium alene. Jeg må ta selvstendig stilling til hvordan jeg best kan utføre mitt arbeid i hvert enkelt tilfelle. Det kan likevel lønne seg å avklare om pasienten har tillit til tolken, særlig hvis dette ser ut til å være en problemstilling. Erfaringsmessig kan dette godt gjøres med tolken til stede. Behandleren kan for eksempel spørre om det er noe det er vanskelig å snakke om med tolk til stede, og hva som eventuelt hindrer åpenhet. Behandleren kan også spørre om hvordan man eventuelt kan tilrettelegge for at pasienten skal kunne føle seg mest mulig trygg i samtalen.

En av mine mannlige pasienter var sterkt plaget av sosial angst, tvangstanker og bekymringer knyttet til fysisk helse. Han hadde ulike somatiske helseplager han trengte legeoppfølging for. Under et legebesøk hadde han hatt et sinneutbrudd overfor en tolk, og han ble så flau over dette at han ikke lenger våget å benytte tolk. Dette ble etter hvert en uholdbar situasjon siden pasienten hadde et reelt behov for oppfølging av lege. Pasienten gav etter hvert samtykke til at jeg fikk kontakte en annen, navngitt tolk for at vi sammen kunne finne en løsning på dette problemet. Pasientens sårbarhet og krenkbarhet gjorde arbeidet utfordrende, og prosessen tok form av eksponeringstrening i bruk av tolk. Etter hvert lyktes det pasienten å ta tolken med til legetime, noe både pasient og fastlege uttrykket lettelse over i etterkant.

Å utforske mistillit til tolker spesielt og andre mennesker generelt kan for øvrig være en spennende terapeutisk intervensjon. Minoritetspasienter har begrenset mulighet til å etablere seg alternative, sosiale nettverk dersom de trekker seg unna det nettverket de tross alt har. De negative konsekvensene av sosial tilbaketrekking er også en sentral utfordring i behandlingsarbeidet med døve pasienter. I samtalerapien vil jeg prøve å lete etter nyanseringer i beretningene min mistenksomme og utrygge døve pasient kommer med, og som regel kan vi finne frem til at noen mennesker er ryktespredere, mens andre kan stoles på.

Retningslinjer motvirker marginalisering

Det er krevende å bruke tolk, og gevinsten oppleves ofte som liten. Problemet er at det i dag råder et underforbruk av tolketjenester i psykisk helsevern, og dette er problematisk i forhold til sikring av pasientrettigheter for språklige minoritetspasienter. Det er derfor behov for faglige retningslinjer for bruk av tolk i psykisk helsevern generelt og for psykologarbeid spesielt. Slike faglige retningslinjer vil motvirke marginaliseringen av denne pasientgruppen. I dag står helsepersonell overlatt til seg selv med kun en generell lovformulering på den ene siden og press om økonomisk minsteforbruk fra arbeidstedet på den andre. At helsepersonell mangler kompetanse i bestilling og bruk av tolk, hjelper ikke på denne situasjonen. Barn, selv om de er over myndighetsalder, bør i det lengste ikke brukes som tolker, og det er foruroligende at slik praksis i dag er utbredt.

Det er også behov for språkuavhengige, generelle faglige retningslinjer for bruk av tolk i psykisk helsevern, og det er ønskelig at slike retningslinjer utformes i et tverrfaglig og tverrspråklig samarbeid av fagmiljøene som har spesialistkompetanse i behandling av minoritetspasienter.

Bruk av tolk er en problemstilling som de fleste psykologer i klinisk praksis har blitt eller kommer til å bli stilt overfor. Derfor er det uheldig dersom vår profesjon fortsetter å betrakte tolkebruk som en klinisk unntakstilstand. I tabell 1 har jeg formulert et utkast til punkter for fremtidige faglige retningslinjer. Det er imidlertid ingen konsensus her, og punktene er derfor kun å betrakte som innspill til en bredere gjennomgang. Bruk av barn som tolk og bruk av tolk ved testing er både problematisk og ofte forekommende, og debatten bør løftes bredt i profesjonsstanden vår. Ved å sette spørsmålsteget ved en utbredt praksis på denne måten håper jeg nettopp å oppnå en debatt.

Tabell 1. Innspill til faglige retningslinjer for bruk av tolk i psykisk helsevern

- Vurderinger knyttet til tolkebehov i arbeid med pasienter som hører til språklige minoriteter, skal nedtegnes i journal.
- Særlige vurderinger vedrørende tolkebehov skal gjøres i forbindelse med utredning, testing, diagnosegjennomgang, anamneseopptak, gjennomgang knyttet til medisiner og bivirkninger og psykoedukasjon.
- Psykologrollen og tolkerollen kan noen ganger komme i konflikt, og det er behov for en tverrfaglig gjennomgang av hvordan en skal møte denne typen utfordringer. Et eksempel kan være når tolkens fokus på korrekt språklig oversetting kommer i konflikt med psykologens fokus på relasjonsbygging til pasienten.
- Barn må ikke brukes som tolker.
- Standardiserte, kliniske intervjumaler må brukes med forsiktighet. Både over- og underrapportering av plager vil kunne forekomme. Oppsøk veiledning ved tvil.
- Det er behov for retningslinjer som spesifikt omhandler bruk av tester.
- Helsepersonell kan i noen tilfeller ha behov for veiledning i tilknytning til arbeidet med språklige minoritetspasienter. Noen ganger er viderehenvisning nødvendig. Det er behov for å etablere og gjøre tilgjengelig en oversikt over aktuelle kompetanse- og behandlingssteder for viderehenvisning eller veiledning i slike spørsmål.

I tabell 2 har jeg satt opp en huskeliste for behandlere som skal bestille og jobbe med tolk. Disse punktene er tenkt som et hjelpemiddel. Som regel vil lokale forhold gjøre noen av dem vanskelig å følge, og det beste er å samtale med tolken på forhånd.

Tabell 2. Sjekkliste i forbindelse med bruk av tolk

- Pasientens rett til tolk ved behandling er nedfelt i pasientrettighetsloven § 3–5, og vurderinger vedrørende tolkebestilling gjøres på grunnlag av denne.
- Ved tolkebestilling angis lengde på tolkeoppdraget og saksområde (for eksempel terapeutisk samtale med psykotisk person), slik at tolken kan forberede seg mentalt og faglig.
- Oppgi hvor mange som skal delta i samtalen.
- Ved tolkebestilling kan det være lurt å be tolken komme i god tid og gjerne før pasienten. Bestill nok tid til en forsamtale med tolken første gang, for å bli enige om felles retningslinjer for samarbeid. En forsamtale utgjør ca. 15 minutter der behandler og tolk gjennomgår hvor i rommet de skal sitte, avklaring rundt taushetsplikt, tolkereglene, pauser og andre praktiske ting.
- Bestill nok tid til en ettersamtale, slik at dere kan diskutere hvordan samarbeidet gikk, og hva som eventuelt kan gjøres bedre. Du kan fortelle klienten at en slik ettersamtale innebærer en drøfting av tolkesamarbeidet og ikke av pasienten.
- Tolken bør ikke vente sammen med pasienten før timen. Tolken bør inviteres til å vente på et pauserom eller liknende, atskilt fra venterommet.
- Legg inn pauser på samtaler som overskrider 45 minutter, og avtal dette med tolken.
- Tolken bør ha mulighet til pause uten pasienten til stede.
- Ha respekt for tolkens tid. Det er ofte andre oppdrag som venter. Det er behandlerens ansvar å overholde tidsrammene.
- Husk å avbestille tolken dersom du blir syk eller pasienten avbestiller.
- Tolken bør innlede samtalen med å gjengi tolkereglene, først til klienten og deretter til behandleren på norsk. Dette vil typisk omhandle at tolken har taushetsplikt, og at tolken skal oversette alt som blir sagt. Snakk med tolken under forberedelsene om hvordan dere gjør dette.
- Arranger stolene slik at pasienten ser behandleren og tolken samtidig.
- Snakk direkte til din samtalepartner. Se på den du snakker til, ikke på tolken.
- Still ikke mer enn ett spørsmål om gangen.
- Still kontrollspørsmål for å sjekke om pasienten har forstått.
- Unngå ordtak og unødig vanskelige ord. Noen norske ordtak er uoversettelige, og det kan ikke forventes at tolken behersker fagterminologi.
- Sjekk om pasienten opplever det trygt å gjennomføre samtalen.
- Tolken skal ikke hente eller kjøre pasienten eller formidle beskjeder. Tolken er en fagperson og ikke en assistent.
- Tolken oversetter det som blir sagt og kan ikke la være å tolke det som sies, selv om det blir pinlig eller ubehagelig. Dette er et viktig punkt som skiller profesjonelle, offentlig godkjente tolker fra de ikke-profesjonelle.

- Du kan ikke si ting som du ikke ønsker at tolken skal oversette, og du kan ikke ha private samtaler med tolken på stedet.
- Oversettelsen fra tolken foregår i «jeg-form», altså oversettes det som sies, til første person.
- Be om å få den samme tolken i en konsultasjonsserie. Dette er ikke alltid mulig, men det er helt legitimt å be om det. Da har du mulighet til å etablere et samarbeidsforhold som er vanskelig når det kommer forskjellig tolk til hver time. Fast tolk gjør det hele også mer forutsigbart for pasienten. Snakk eventuelt med tolken om fremtidige avtaler.

Katharine Cecilia Peterson
Oslo universitetssykehus HF
0514 Oslo
Tlf. 22 92 35 20
E-post katharine.peterson@aus.no

Referanser

- Ahlberg, N. (2006). Tolking og Kulturkompetanse – Rapporten «Vi tar det vi har.» Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006.
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D.K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I: T. Berge & A. Repål (red). *Håndbok i kognitiv terapi*, s. 24–60. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Boutla, M., Supalla, T., Newport, E.L. & Bavelier, D.(2004). Short-term memory span: insights from sign language. *Nature Neuroscience*, Vol. 7, 997–1002.
- McCay, V. & Miller, K. (2001). Interpreting in Mental Health Settings: Issues and Concerns. *American Annals of the Deaf*, 146 (5), 429–34.
- Lovisenberg Diakonale Sykehus sine nettsider om tolk: www.lds.no.
- Oslo kommunes nettsider – Tolketjenesten i Oslo (www.storby.oslo.kommune.no/tolketjenesten_i_oslo)
- Lov 1999–07–02 nr 63: lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), www.lovdata.no.
- Stige, S. H. (20 099). Brubygging og vegen mot eit kultursensitivt helsevesen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*,46, 367–371.