

Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet

Tiltak for å overvinne språkbarrierer i offentlig sektor er helt nødvendig for å sikre minoritetsspråkliges grunnleggende rettigheter. En undersøkelse blant helsepersonell viser imidlertid at det hersker stor usikkerhet om når det skal benyttes tolk, og det er få rutiner for å sjekke tolkenes kvalifikasjoner.

TEKST

Emine Kale

Nora Ahlberg

Fanny Duckert

PUBLISERT 5. september 2010

ABSTRACT:

How do health-care workers cope with language barriers?

Two focus group interviews with health-care workers were conducted from 2004 to 2005 as a part of a study on language barriers and the use of interpreters within the public health sector in Norway. Discussions in the focus groups indicated that when encountering language-based barriers, health-care professionals frequently rely on ad hoc solutions. The use of family members as interpreters is an example of such a solution. A key area for further improvement is the process of raising awareness among health-care workers and health-care institutions regarding the formal responsibility they have in relation to the «Patient Rights Law» and «The Health Personnel Law». Language barriers that are not properly addressed may detrimentally affect equal access to health services. The lack of proper interpreter services has continued to be a challenge for public health care in Norway.

Keywords: access to health services, intercultural communication, use of interpreters in health care.

EMNER

tilgang til helsetjenester

interkulturell kommunikasjon

bruk av tolk i helsevesenet

Denne artikkelen bygger på NAKMIs rapport «Vi tar det vi har». Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse

Møte på en døgnavdeling på et psykiatrisk sykehus. Flere er innkalt til møte. Pasienten snakker ikke norsk, og mannen hennes påtar seg rollen som oversetter. De ansatte på avdelingen har ikke innkalt tolk, fordi de mener det blir altfor mange på møtet, og fordi mannen til pasienten stiller opp som «tolk». Forfatteren, som er innkalt som fagperson og kan pasientens morsmål, erfarer at oversettelsen mannen utfører, er av svært dårlig kvalitet og tidvis helt feil. Mannen ser ut til å streve med å forstå selv, men later som han forstår, kanskje for stolt til å innrømme at han ikke har tilstrekkelige språkkunnskaper.

**«Når språklige barrierer oppsto
hersket det stor usikkerhet blant
helsepersonellet om hvorvidt
pasienten hadde forstått
innholdet i kommunikasjonen,
og om en selv hadde oppfattet
pasienten riktig»**

Vignetten er hentet fra førsteforfatterens egen praksis, og det er grunn til å tro at mange helsearbeidere vil kjenne seg igjen i situasjonen. En rekke studier har vist at språklige barrierer som ikke håndteres på en god måte, reduserer kvaliteten på og tilgangen til helsetjenester Bischoff, Bovier, Isah, Fran, Ariel & Louis, 2003; Essen, 2001; Gerrish, 2001; Jacobs, Shepard, Suaya & Stone, 2004; Jeppesen & Tamer, 1988, Kazzi & Cooper, 2003; Rhodes & Nocon, 2003). Språkbaserte kommunikasjonsbarrierer utfordrer prinsippet om likeverdige helsetjenester til alle – som faktisk er en lovfestet rett for alle borgere i Norge. Fagpersoner anbefaler at det brukes profesjonell tolk for å overvinne språklige barrierer, fremfor å bruke ikke-profesjonelle, som for eksempel familie og venner (Frederics, 1996; Meyer, 1997; Nilsen, 2000; Vasquez & Javier, 1991; Woloshin, Bickell, Schwartz, Gany & Welch, 1995.).

Selv om retten til å anvende tolk i offentlige tjenester er svakt forankret i norsk lovgivning, kan den utledes fra andre lover, slik som forvaltningsloven og pasientrettighetsloven. Sistnevnte vektlegger pasienters rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelp og deres rett til å få nødvendig informasjon for innsikt i sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Loven sier at informasjonen som gis, skal tilpasses pasientens forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (§3–5). Ifølge lov om helsepersonell har helsepersonell ansvar for å oppfylle kravene i pasientrettighetsloven. Dermed legger gjeldende lover et selvstendig ansvar på helsepersonell når det gjelder å vurdere behovet for språklig tilrettelegging for å ivareta pasientens rett til medvirkning og informasjon.

Da det finnes lite systematisk kunnskap om erfaringer med språklige barrierer og tolkebruk i helsevesenet, ble det i 2004 gjennomført en spørreskjemaundersøkelse ved Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). Et utvalg av helsepersonell (453 personer inkludert leger, sykepleiere, psykologer og flere) fra den offentlige

førstelinje- og spesialisthelsetjenesten som betjener bydeler med høy andel av innvandrerbefolkningen i Oslo, deltok i undersøkelsen. Selv om svarprosenten var lav (35,1 %), ga undersøkelsen noen viktige indikasjoner for situasjonen i den norske hovedstaden.

**«Selv om retten til å anvende
tolk i offentlige tjenester er svakt
forankret i norsk lovgivning, kan
den utledes fra andre lover, slik
som forvaltningsloven og
pasientrettighetsloven»**

Nesten en tredjedel av respondentene foretrakk alltid eller ofte å jobbe uten tolk, selv om språklige barrierer eksisterte. I situasjoner hvor de opplevde behov for tolk, svarte 49 % av respondentene at de «alltid» eller «ofte» kommuniserte med pasienten gjennom familiemedlemmer eller pasientens venner. Begrunnelsene var blant annet at å bestille tolk var tidskrevende og upraktisk, at det var dårlig tilgjengelighet på gode tolker, at det var vanskelig å skaffe tolk i akutte situasjoner, og dårlig planlegging. Halvparten av respondentene opplevde behov for kompetanseheving blant tolker, og en tredjedel, ga uttrykk for en viss misnøye med sin egen måte å arbeide med tolk på. Videre ga 70 % uttrykk for misnøye med mulighetene på arbeidsplassen for øking av egen kompetanse i tolkebruk (Kale, 2006).

I forlengelse av denne spørreskjemaundersøkelsen ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer med helsepersonell. Resultatene av disse diskusjonene vil bli presentert i denne artikkelen.

Metode

Fokusgruppediskusjoner er en veletablert kvalitativ forskningsmetode og brukes ofte i kombinasjon med andre forskningsmetoder. Metoden ble valgt for å få mer nyansert kunnskap om helsepersonells erfaringer med språklige barrierer og tolkebruk. Den første gruppen, med åtte deltakere, ble rekruttert gjennom våre kontaktpersoner ved somatiske poster/avdelinger på tre forskjellige sykehus hvor spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført. I den andre gruppen deltok seks fagpersoner fra psykiatrisk divisjon ved ett av sykehusene. Gruppene var varierte med hensyn til alder, kjønn og kulturell og faglig bakgrunn. Gruppeintervjuene ble ledet av to ansatte fra NAKMI med helsefaglig bakgrunn. Diskusjonene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert og tematisk analysert. Fokusgruppediskusjonene ble organisert rundt få hovedtemaer:

- Hvor ofte opplever du språklige barrierer?
- Hva gjør du for å overkomme disse barrierene?
- Benytter du deg av tolketjenester?

- Bruker du familie og venner som oversettere?
- Hvordan begrunner du valgene du tar?
- Opplever du behov for mer kompetanse når det gjelder å arbeide med tolk?
- Hvordan opplever du kvaliteten på tolketjenester du benytter?
- Har du forslag til tiltak/ideer som kan forbedre dagens situasjon?

Resultater

Å møte pasienter man ikke deler et felles språk med, var noe samtlige deltakere i undersøkelsen hadde erfart. Når språklige barrierer oppsto, og det ikke ble brukt noen form for språklig assistanse, hersket det stor usikkerhet blant helsepersonellet både om hvorvidt pasienten hadde forstått innholdet i kommunikasjonen, og om en selv hadde oppfattet pasienten riktig: «Det blir vanskelig, du vet at pasienten ikke forstår alt som blir sagt, og det er et etisk dilemma som er vanskelig, for informasjon må jo gis.»

En erfaren helsearbeider fortalte at hun etter en gjennomgang av journaler for noen år siden forsto at språklige barrierer var en viktig årsak til mange av problemene de opplevde på avdelingen. Dette gjaldt særlig pasienter som ble assosiert med mye «kaos» fordi de glemte beskjeder, ikke kom til avtalte timer eller kom på gale dager, glemte å ta premedikasjonen, osv. Hennes erfaring var at selv om pasientene kunne ha et muntlig språk som virker adekvat, sikret ikke dette at de forsto alle beskjeder som ble gitt. Et viktig moment som ble trukket frem, var at sykdom i seg selv kunne utgjøre en belastning som igjen påvirket fremstillings- og forståelseevnen negativt.

Det var enighet blant deltakerne i fokusgruppene om at det var lettvinnt, enkelt og fristende å bruke venner og familiemedlemmer som språklige medhjelpere. Det ble beskrevet flere situasjoner hvor det å organisere samtaler med tolk var vanskelig og tungvint. Det ble særlig vist til akutte situasjoner hvor det var vanskelig å planlegge i forveien. Man opplevde at det fungerte best med tolk hvis man kunne bestille tolken en til to dager i forveien. Hvis det ikke var en planlagt situasjon, brukte man som regel det som var tilgjengelig av hjelp for å kommunisere, som oftest pårørende, også barn. En deltaker uttrykte spontant: «Alt mulig bruker vi som tolk. Vi tar det vi har.» I slike situasjoner, for eksempel under en fødsel, ble ikke telefontolkning opplevd som noe alternativ. Ingen hadde forslag til alternative metoder som kunne tenkes å forbedre kommunikasjonen i slike situasjoner. Et eksempel på situasjoner som var særlige problematiske, var legevisitten på en sengepost, fordi man aldri visste eksakt når legen kom til en pasient. I slike situasjoner var det lettere å ty til familiemedlemmer, da de som oftest gjerne stilte opp.

Flere av deltakerne hadde også opplevd at pasienter ikke ville ha tolk av frykt for sladder i sitt hjemmemiljø. Det var også vanlig at pasienter tok med seg pårørende som kunne tolke for dem, og det var heller ikke sjelden at barn, både store og små, tolket for foreldrene sine. Det virket med andre ord som at det var utbredt aksept for å bruke pårørende som tolk, og at helsepersonell ikke var godt nok kjent med problemene som kunne knytte seg til dette. Da det ble spurt om problematiske sider ved å bruke pårørende som språkassistenter, var det likevel enighet om at det var en del ulemper

forbundet med å bruke pårørende som tolk, selv om de fleste mente at det ville være vanskelig å endre en utbredt praksis. Noen mente at så lenge samtalen dreide seg om nøytrale temaer, var det greit at barn var tolker for sine foreldre. Derimot var alle enige om at barn skulle skånes fra å oversette beskjeder som handlet om at noe er galt, for eksempel alvorlig sykdom.

Det ble beskrevet en rekke dilemmaer med pårørende som tolker. Usikkerheten var spesielt stor når det var informasjon av alvorlig karakter som skulle oversettes. Et eksempel var å informere om kreftdiagnoser: «Det å jobbe på en kreftavdeling innebærer at man har en del tøffe beskjeder å gi, og da vet man ikke helt hvor mye pasienten selv får med seg, fordi du merker at pårørende ofte vil skåne den syke.» Et annet eksempel var: «På diabetes-poliklinikken for gravide kvinner, ser vi at kvinnen ikke følger opp det vi har sagt om kostråd og blodsuktermålinger. Da lurer vi på hva ektefellen egentlig har sagt, og vil gjerne ha inn tolk, men da hender det at han motsetter seg det. Det har til og med hendt at mannen har sagt at han ikke synes dette er riktig, og så har han nektet å formidle det vi har prøvd å si til hans kone.»

Noen hadde opplevd å komme i konflikt med pårørende når de hadde foreslått profesjonell språkassistanse. Pårørende kunne oppleve det som en undervurdering av deres språkkompetanse eller som en unnskyldning for å utestenge ham/henne fra samtalen. Når det var snakk om sensitive forhold, for eksempel mishandling, kunne dette fortone seg som særlig problematisk.

Det kunne være store forskjeller på tolkebruk, avhengig av om man jobbet på akuttmottak, poliklinikk eller på sengepost, eller om man jobbet innenfor somatikk eller psykisk helsevern. Det var ikke uvanlig å ha tolk i samtaler ved poliklinikker innenfor psykisk helsevern, hvor verbal kommunikasjon har en sentral plass i utredning og behandling. Når det gjaldt sengeposter, var det ikke uvanlig å benytte tolk ved innkomstsamtaler, mens det resten av tiden ble brukt lite tolk, med mindre det var planlagt en samtale med fagperson(er) under oppholdet: «De er hos oss 24 timer i døgnet, og det kan jo ikke tolken være, så hva er det som er viktig? Er det samtalen med for eksempel lege eller sosionom vi skal prioritere, eller er det rett og slett under daglige samhandlinger at tolken skal være der?»

Det ble nevnt at språklige barrierer kunne hindre pasienter i å delta i gruppebehandlinger på psykiatriske poster, hvor bruk av tolk ble opplevd som forstyrrende for andre deltakere i gruppen. Da dette eksempelet ble nevnt, satte det i gang en lang diskusjon om problemstillinger rundt lik tilgang til helsetjenester. En del deltakere ga uttrykk for risikoen for at vegringen mot å overkomme språklige barrierer kunne ramme en gruppe pasienter på en systematisk måte. Én ga uttrykk for sin resignasjon over konsekvensene på denne måten: «...her er det noe med å innse at vi ikke får til det optimale: betyr det at vi da ikke skal gjøre det?»

Tolkens rolle og kvalifikasjoner

En felles erfaring hos deltakerne i fokusgruppene var at kvaliteten på det arbeidet tolkene utfører, varierte ganske mye. Flere hadde erfart at tolken kom for sent eller

måtte avbryte konsultasjonen for å løpe ut og legge penger på parkeringsautomaten. Noen reagerte på at ikke alle tolker uoppfordret opplyste om sin taushetsplikt i begynnelsen av samtalen. Noen hadde opplevd det som svært forstyrrende at tolken mottok mobiloppringinger under konsultasjoner. Usikkerhet om tolkens kvalifikasjoner hadde flere opplevd. En fortalte om en episode som hun hadde opplevd som grov svikt i tolkens fagetiske kvalifikasjoner. Denne tolken hadde avbrutt pasienten og begynt å snakke om egne traumatiske opplevelser midt i en psykoterapitime. Flere fortalte om episoder hvor helsepersonell ble usikre på tolkens nøytralitet og habilitet.

Det kan være vanskelig å skille mellom hva som skyldes «rene» språkbarrierer og sosiokulturelle forhold, og hva som er uttrykk for en svekkelse på grunn av sykdom, spesielt når det dreier seg om pasienter med et sammensatt symptom-bilde. Noen av deltakerne ytret et ønske om å kunne bruke tolken som kulturformidler i nettopp slike situasjoner. Men det var svært forskjellige synspunkter her. De som var ansatt i psykisk helsevern, ga uttrykk for at det var vanskelig å ha en tredjeperson til stede i psykologisk behandling, hvor relasjonen mellom behandler og pasient anses for å være et bærende element. En mente at det å ha tolk i terapirommet kompliserte samhandlingen for både terapeuten og pasienten. Å tillegge tolken en ny rolle som kulturformidler ville komplisere det ytterligere. «... når det egentlig skal være en relasjon mellom deg og meg, og så kommer det to andre på siden (tolk og kulturformidler) som liksom skal drive og sufflere oss, hvordan skal det gå da?» Flere var også skeptiske til forventninger om at tolken skulle vite bedre enn pasienten, mens andre mente fordelene med å spørre tolken var at det var lettere og tidssparende å få informasjon om kulturen fra tolken enn fra pasienten på grunn av språkbarrierene.

Forslag og ideer til tiltak

Alle var enige om at det var viktig med kunnskapsøking hos helsepersonell om tolkebruk. Bevisstgjøring om fordeler ved å bruke profesjonelle tolker vs. pårørende/venner ble trukket frem som svært viktig. Å måtte argumentere for bruk av tolk overfor pasienter eller pårørende, var en kjent situasjon for flere. En hadde imidlertid erfart at det var lettere å argumentere for tolkebruk hvis det var mange medisinske uttrykk som var vanskelige å oversette for ufaglærte. Et forslag gikk ut på å vri fokus bort fra pasienten ved å legge vekt på helsearbeiderens selvstendige behov for tolk, for å være sikker på at informasjonen blir korrekt forstått.

Likeså mente de at det var viktig å bevisstgjøre helsepersonell på deres eget ansvar for å informere og veilede, jf. pasientrettighetsloven, og at man har plikt til å dokumentere at pasientene har fått den informasjonen de har krav på. Hvis helsepersonell valgte å ikke bruke tolk, skulle begrunnelsen for det stå i klartekst i journalen. Det var enighet om at det var viktig å bevisstgjøre helsepersonell på at de har et selvstendig ansvar for å kvalitetssikre jobben sin.

Flere uttalte at det viktigste arbeidet en kunne gjøre overfor helsepersonell, var «å jobbe med holdningsendring i det å jobbe med innvandrere». En deltaker uttrykte sin frustrasjon i så måte: «Skal min faglige praksis utstråle det jeg synes om

innvandringspolitikken? Mange sier for eksempel; »...men hun har bodd her i så mange år og burde kunne språket nå.» En annen deltaker sammenlignet holdningsarbeidet med husarbeid: «... du må gjøre det om igjen og om igjen. Det blir aldri ferdig, og det synes ikke, bare når ingen gjør det på lenge, så synes det...» En mente at holdningsarbeid også bør avlive myter. Hun nevnte som eksempel at mange tror at alle minoritetskvinner bare godtar kvinnelige tolker, noe som ikke stemte med hennes egen erfaring.

Flere ønsket mer synlig informasjon om tolketjenester på postene og avdelingene. De ønsket også mer informasjon og diskusjon på arbeidsplassene om tolkebruk, og en mer felles forståelse blant kollegaer av når man skal bruke tolk, og hva tolken kan brukes til. Mange påpekte at etablering av en forpliktende og godkjent prosedyre fra ledelsen når det gjelder bruk av tolk, var helt essensielt for at helsepersonell skulle gjøre en god jobb: «Det er mye velvilje, tror jeg, men det blir liksom ingenting av det så lenge det ikke er noen forpliktende retningslinjer som sier at man må forholde seg til dette.»

Flere ønsket mer fokus på økonomiske rammebetingelser og muligheten til å ha realistiske budsjetter som tillater bruk av tolk. Som en deltaker sa: «Man erfarer at avdelingene som har dårlig økonomi, prioriterer bort tolkeutgiftene.» Det ble trukket frem at bruk av tolk krevde mer tid av helsepersonell, uten at dette ble synliggjort i effektivitetsmålene for organisasjonene. Det ble etterlyst effektivitetsmål som synliggjorde konsekvensene av å bruke tolk. Noen mente at den eksisterende definisjonen av effektivitet, basert på telling av «antall hoder» man har behandlet, burde endres, og det samme burde fokuset på kortsiktige mål. Jo flere pasienter som trenger tolk, desto færre konsultasjoner per tidsenhet. Men hvis en tar seg den tiden som trengs til å bestille tolk og tilrettelegge for samarbeid med tolken i begynnelsen av en behandling, så vil en kunne spare mye tid senere ved å unngå flere konsultasjoner. Et annet tiltak som ble diskutert, var bedre henvisningsrutiner på alle nivåer i helsevesenet. Helsepersonell bør være flinkere til å registrere behovet for tolk og nøyaktig angi språk både i innkomstnotater og epikriser.

Diskusjon

Selv om det er metodiske begrensninger i vår fokusgruppestudie og resultatene må tolkes med forsiktighet, kan de kanskje gi noen viktige innspill. Resultatene tyder i alle fall på at profesjonell språklig assistanse brukes i mindre grad enn behovet skulle tilsi i helsevesenet i Oslo. Diskusjonene avdekket at det er en tendens til å velge den lettest tilgjengelige måten å løse språklige barrierer på: å bruke familie (inkludert mindreårige barn), og venner som oversettere eller man «tar det man har for hånden». Dette synes særlig utbredt i situasjoner hvor planlegging av helsehjelpen i forkant er vanskelig. Diskusjonene tydet på at en annen mulig årsak er at tolkebruk ikke er en naturlig og integrert arbeidsmetode i helsevesenet.

Mange opplever tolkebruk som tidkrevende og upraktisk i en hektisk arbeidsdag. Men hvordan skal man tolke dette? Opplever helsepersonell bruk av tolk som upraktisk på grunn av de begrensningene dette medfører i konsultasjonen? Handler det om egen

manglende erfaring med å bruke tolk, om pasienters uvilje, eller om at rutinene for bestilling av tolketjenester er for kronglete? En annen viktig grunn som oppgis for ikke å bruke tolk, er at tolketjenestene oppleves som vanskelig tilgjengelige. Betyr dette at man ikke får tak i tolker så raskt og ofte som man trenger det? Handler det om knappe ressurser på gode tolker, eller om tungvinte prosedyrer for bestilling?

At det er en utstrakt aksept blant helsepersonell for å jobbe uten tolk, selv om det er språklige barrierer, kan også være utrykk for manglende bevissthet hos helsepersonell om eget ansvar for å tilrettelegge kommunikasjonen slik det er nedfelt i lov om pasientrettigheter § 3-2 og § 3-5. Samtidig kan dette ikke forstås uavhengig av de organisasjonsmessige og institusjonelle føringene helsepersonell jobber innenfor. Slike føringer er for eksempel effektivitetsmålene ved helseinstitusjoner, som vanligvis opererer med antall behandlede pasienter. Slike effektivitetsmål vil ikke oppmuntre helsepersonell til å bruke mer tid til forberedelser og utvidelse av konsultasjonstiden, noe som kan være nødvendig når det er behov for profesjonell språklig assistanse. Et annet viktig forhold, som ble påpekt av flere, er mangelfulle prosedyrer og forpliktende retningslinjer på arbeidsplassen om hva helsepersonell skal gjøre når de møter språklige barrierer.

Selv om det institusjonelle ansvaret ikke kan underslås, vil personlige holdninger og oppfatninger hos helsepersonell også spille en viktig rolle. Noen vil kanskje tenke at språkproblemer først og fremst er pasientens problem, fordi han/hun har plikt til å lære seg majoritetsspråket, og fordi konsekvensene først og fremst rammer ham eller henne. Ut fra dette synet har pasienten hovedansvaret for å gjøre noe for å overvinne språkbarrierene. Imidlertid er det ikke slik at språklige barrierer skaper kommunikasjonsproblemer bare for pasienter. De har konsekvenser for alle involverte – også for helsepersonell selv. For eksempel er en direkte konsekvens at helsepersonells muligheter til å utøve faget sitt blir innskrenket. Hvis slike erfaringer gjentar seg, kan det føre til frustrasjon, opplevelse av utilstrekkelighet og tap av kontroll over sin egen arbeidssituasjon. Fra lovens side pålegges helsepersonell et ansvar for kommunikasjonens kvalitet. I tillegg til at pasientenes rettigheter ivaretas gjennom lovgivningen, vil den også indirekte føre til en mer tilfredsstillende arbeidssituasjon for helsearbeidere.

«Pasientens motforestilling mot å bruke tolk, sammen med praktiske hindringer, kan være med på å høyne terskelen hos helsepersonell for å benytte profesjonell tolk i en hektisk arbeidsdag»

Et annet forhold som kan forklare hvorfor helsepersonell ikke bruker tolk så ofte som behovet skulle tilsi, kan være pasientens egen negative holdning til å bruke tolk. I

spørreskjemaundersøkelsen var det relativt få (6 %) som oppga dette som en viktig grunn til å ikke benytte tolk. Flere i fokusgruppene ga derimot uttrykk for at de noen ganger ikke brukte tolk fordi pasienten selv ikke ønsket det på grunn av frykt for at tolken ikke skulle overholde taushetsplikten. Dette kan være et reelt problem, særlig når pasienten og tolken kommer fra små miljøer hvor «alle kjenner alle». Det kan være ubehagelig å utlevere seg til en utenforstående vedrørende intime forhold, samtidig som tolken kanskje er en person pasienten også har andre relasjoner til i sitt nærmiljø. En del sykdommer, for eksempel mentale lidelser, kan være svært stigmatiserende i pasientens miljø. Det er også viktig å huske at noen pasienter kan oppleve det å be om tolk som nederlag og lar være av den grunn. Pasienter kan også være skeptiske til å bestille tolk fordi er usikre på hvem som har ansvar for å betale tolkeutgiftene.

Alt i alt det kan være mange grunner til at pasienten ikke ønsker å ha en profesjonell tolk i sin kontakt med helsevesenet. Det sier seg selv at pasientens motforestilling mot å bruke tolk, sammen med praktiske hindringer, kan være med på å høyne terskelen hos helsepersonell for å benytte profesjonell tolk i en hektisk arbeidsdag. Dette fratår likevel ikke helsepersonell ansvaret for å vurdere kommunikasjonens kvalitet og behovet for språklig assistanse. Det innebærer at selv om pasienten ikke ønsker tolk, kan helsepersonell ha et selvstendig behov for å benytte tolk i sin yrkesøvelse.

Fokusgruppediskusjonene viste at det er bred aksept for å benytte pasientens familie og venner, også barn, som oversettere, noe som også kom frem i spørreskjemaundersøkelsen. Diskusjonene i gruppene viste at selv om noen har erfart negative sider ved å bruke pårørende som oversettere, så mente mange at dette var en så lettvinnt og utbredt praksis at det ville være vanskelig å endre det.

Spørreundersøkelsen sier ikke noe om omfanget av bruk av mindreårige barn som tolk. Men halvparten av dem som svarte, benyttet familie og venner «alltid» eller «ofte», og det er rimelig å anta at pasientens mindreårige eller voksne barn går inn under familie. Det var bred enighet i en fokusgruppe om at det var greit at barn kunne være tolk for foreldrene sine så lenge samtalen dreide seg om «nøytrale temaer». Imidlertid har noen oppsiktsvekkende eksempler på bruk av barn som oversetter i helsevesenet blitt omtalt i pressen i de siste årene. Ett eksempel er en pike på 12 år som var med i fødestuen for å tolke da moren hennes skulle føde. Et annet eksempel er en tenåring som hadde vært «tolk» i morens konsultasjoner i helsevesenet over lengre tid, og som besvimte da hun skulle oversette legens budskap om at moren bare hadde kort tid igjen å leve (Dawood, 2004). Begge tilfellene handler om opplevelser som kan være traumatiske for barn, og dokumenterer grov svikt hos helsepersonell i å ta barnas perspektiv.

Det er imidlertid flere gode argumenter mot bruk av barn som oversettere for foreldrene sine, også under såkalt nøytrale samtaler eller i mindre dramatiske situasjoner. Dette vil ofte være en oppgave barn ikke er modne for kognitivt og emosjonelt. I tillegg til at det er en emosjonell belastning for barna å oppleve foreldrene som hjelpeløse/ hjelptrengende i samfunnet, vil dette også påvirke dynamikken innad i familien negativt. Derfor vil bruken av pasienters mindreårige barn i offentlige tjenester være uetisk og faglig uforsvarlig, også med tanke på hva som er til barnets beste. En slik praksis kan også

være på kollisjonskurs med FNs barnekonvensjon, som Norge også har ratifisert (Jareg & Pettersen, 2006).

Et annet forhold som kan forklare hvorfor en betydelig andel helsepersonell i undersøkelsen foretrekker å arbeide uten tolk, kan knyttes til det faktum at å bruke tolk kan være utfordrende. Kommunikasjon tar tid når alt må sies to ganger på forskjellige språk, og muligheten for å uttrykke seg presist og naturlig blir innskrenket. Spontaniteten i dialogen blir forstyrret, og kommunikasjonen kan oppleves mekanisk. Begge tolkebrukerne har mindre kontroll over det som skjer, når samtalen går gjennom en tredjeperson, og dette kan føles ubehagelig (Wadensjø, 1997). Derfor er det viktig at helsepersonell har kunnskap om at samtaler med tolk er «formidlede» samtaler som bør vurderes på egne premisser, og er ikke det Clark (1996) kaller «personlige» samtaler, hvor direkte ansikt-til-ansikt-kommunikasjon er mulig. Vår undersøkelse viser samtidig at det å arbeide med tolk ikke alltid oppleves som begrensende eller tungvint. En av deltakerne mente at «... En god tolk gir struktur og effektivitet i konsultasjonen – en hjelp som ofte er et pluss sammenlignet med å snakke med norskkyndige». Men som diskusjonene i fokusgruppene tydelig har vist: For at en tolkebruker skal ha denne opplevelsen, kreves det at vedkommende har kunnskap om hvordan man best kan arbeide med tolk, og er klar over både begrensningene og mulighetene som ligger i dette.

Konklusjon

Da NAKMIs rapport kom i 2006 (Kale, 2006), fikk den oppmerksomhet i media og faglige kretser og en del praktiske tiltak ble iverksatt, for eksempel prosjektet «Likeverdige helsetjenester med særlig vekt på innvandrere» ved Helse Sør-Øst (Valio, 2009). Imidlertid er det mye som tyder på at situasjonen ikke er vesentlig endret i dag (Svela, 2007; Smedtorp, 2008; Valio, 2009). En tverrfaglig arbeidsgruppe, nedsatt av Integrerings- og mangfoldighetsdirektoratet, som leverte sin rapport til Arbeids- og inkluderingsdepartementet i august 2009, har konkludert med at det fortsatt er få rutiner for å sjekke tolkenes kvalifikasjoner, at det hersker stor usikkerhet om når det skal benyttes tolk, om hvem som har ansvar for kvalitetsmessig sikring og bestilling av av tjenesten, og om hvor utgiftene skal skal dekkes (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2009). Det finnes per i dag ingen overordnede retningslinjer for bruk av tolk i offentlig tjenesteyting og det er stor variasjon i hvordan tolking er ivaretatt i de ulike sektorene, både med hensyn til finansiering, definerte behov, regulering, retningslinjer, rutiner og praksis. Arbeidsgruppen konkluderer med at dagens situasjon ut fra et rettsikkerhetsmessig perspektiv er bekymringsfull og snarest må gripes fatt i. Tiltak for å bedre kvalitetssikringen i offentlig sektor er helt nødvendig for å sikre minoritetsspråkliges grunnleggende rettigheter.

Emine Kale

NAKMI, Bygg 37A

Oslo universitetssykehus HF

Ullevål sykehus

Postboks 4956 Nydalen

0424 Oslo

E-post emine.kale@nakmi.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 9, 2010, side 818-823

TEKST

Emine Kale, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)

Nora Ahlberg

Fanny Duckert, Universitetet i Oslo

KONTAKT: fanny.duckert@psykologi.uio.no

+ Vis referanser

Referanser

Ahlberg, N. & Duckert, F. (2006). Minoritetsklinter som helsefaglig utfordring. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 12, 1276-1281.

Baker, D., Parker, R., Williams, M. V., Coates, W. C. & Pitkin, K. (1996). Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. Journal of the American Medical Association, 275, 783-788.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2009). Bedre forvaltningspraksis for bruk og bestilling av tolk. Forslag til tiltak fra tverretattlig arbeidsgruppe. Rapport sendt Arbeids- og inkluderingsdepartementet 15. august 2009.

Bischoff, A., Bovier, P., Isah, R., Fran, G., Ariel, E. & Louis, L. (2003). Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. Social Science & Medicine, 57, 503-512.

Clark, H. (1996). Using Language. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Dawood, R. (2004). Flerkulturell sykepleie og små oversettere. Individuell fordypningsoppgave i sykepleie. Oslo: Høgskolen i Oslo.

Djuve, A. B. & Pettersen, H. C. (1998). Syk og misforstått? En kartlegging av erfaringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål Sykehus. FAFO-notat 1998:12.

Dyhr, L. (1996). Det almene i det anderledes. København: Central Forskningsenhet for Almen Praksis.

Essen, B. (2001). Perinatal morality among immigrants from Africa's Horn. The importance of experience, rationality, and tradition for risk assessment in pregnancy and childbirth. Akademisk avhandling, Medicinska fakulteten, Lunds universitet, Malmö.

Frederics, C. (1996). Using non-professional interpreters in a multiethnic primary care clinic. University of Malaya, Malaysia. Lokalisert 24.01.2005 på Internett: <http://www.criticallink.org/journalsc12/10.htm>.

Galal, L. P. & Galal, E. (2002). Talking i sosialpsykiatrien. København: Videnscenter for Sosialpsykiatri.

Gerrish, K. (2001). The nature and effect of communication difficulties arising from interactions between district nurses and South Asian patients and their carers. Journal of Advanced Nursing, 33, 566-574.

Jacobs, E., Shepard, D., Suaya, J. & Stone, E. (2004). Overcoming language barriers in health care: Costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health*, 94, 866-869.

Jareg, K. & Pettersen, Z. (2006). Tolk og tolkebruker - to sider av samme sak. Bergen/Oslo: Fagbokforlaget/NAKMI.

Jeppesen, E. Z. & Tamer, F. (1988). Tyrkiske indvandrerkvinders erfaringer og holdning i forbindelse med fødsel i Danmark. *Ugeskrift for Læger*, 4, 1668-1671.

Kale, E. (2006) «Vi tar det vi har». Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse (red. Ahlberg, N.). NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006.

Kale E. & Syed, H. R. (2010). Language Barriers and the Use of Interpreters in the Public Health Services. A Questionnaire-Based Survey. *Patient Education and Counseling*. Under utgivelse.

Kazzi, B. & Cooper, C. (2003). Barriers to the use of interpreters in emergency room pediatric consultations. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 39, 259-263.

Lov 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

Lov 1999-07-02 nr.64: Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)

Magelssen, R. (1999). Veien blir til mens vi går. Rapport fra Seksjon for internasjonal helse, Senter for forebyggende medisin, Medisinsk divisjon, Ullevål sykehus.

Meyer, B. (1998). Interpreter-mediated doctor-patient communication: The performance of non-trained community interpreters. Foredrag. Second international conference on interpreting in legal, health, and social service settings, Vancouver, Canada, 19.-23. mai 1998. Lokalisert 08.09.2005 på Internett: http://www.criticallink.org/English/criticallink2_papers.htm

Ngo-Metzger, Q., Massagli, M. P., Clarridge, B. R., Manocchia, M., Davis, R., Iezzoni, L.I. & Philips, R. S. (2003). Linguistic and cultural barriers to care. *Journal of General Internal Medicine* 18, 44-52.

Nilsen, A. B. (2000). Lik mulighet for å forstå og bli forstått? I K. Andenæs, N. Gotaas, A.B. Nilsen, & K. Papendorf (red.), *Kommunikasjon og rettsikkerhet* (s. 37-79). Oslo: Unipub forlag.

Rhodes, P. & Nocon, A. (2003). A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford. *Health & Social Care in the Community* 1, 45-60.

Smedtorp, I. C. (2008). Fastleger og tolkebruk. Masteroppgave innlevert ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Svela, R. R. (2007). Den vanskelige tolkerollen. Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. Hovedoppgave levert til Universitetet i Oslo, profesjonsstudiet i psykologi.

Sørensen, E. (1989). Innvandrerbarn i sykehus. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 109, 1377-1380.

Vasquez, C. & Javier, R. A. (1991). The problem with interpreters: Communicating with Spanish-speaking patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 163-165.

Woloshin, S., Bickell, N. A., Schwartz, L. M., Gany, F. & Welch, G. (1995). Language barriers in medicine in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 273, 724-728.