

Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester

Behovet for tolketjenester i helse- og omsorgssektoren øker, samtidig som det er et underforbruk av tolk i helsetjenesten. Vår kvalitative studie blant innvandrerpasienter og helsepersonell viser at det fortsatt mangler rutiner for å informere pasienter om retten til tolk. Det mangler også rutiner for å kvalitetssikre helsepersonells tolkebruk og deres vurdering av tolkebehovet.

TEKST

Christopher Le

Emine Kale

Kirsti Jareg

Bernadette Nirmal Kumar

PUBLISERT 4. oktober 2013

ABSTRACT:

When the patient speaks *a little* or *some* Norwegian: Gaining a better understanding of underutilization of interpreters in healthcare services

Underutilization of interpreters in Norwegian healthcare services is well documented. Our study aims to gain a better understanding of the underutilization, providing both the patients' and the health care workers' perspectives. Two focus-group interviews were conducted in 2011 at Norwegian Centre for Minority Health Research (NAKMI). The first group consisted of health care workers from Oslo University Hospital with different professional backgrounds. The second group consisted of patients 20-35 years old and with Vietnamese background who had received or were receiving treatment at the Oslo University hospital. Our findings show a lack of information to patients about their rights to have an interpreter, particularly patients in the so-called gray-zone (patient who speaks *a little* or *some* Norwegian). This, along with the lack of standardized routines and practices to monitor the need and use of interpreters, contributes significantly to underutilization of interpreters. As long as underutilization of interpreters persists, the health care services will be challenged in providing equitable health care services.

Keywords: immigrant patients, language barriers in Healthcare, underutilization of interpreters, use of interpreters, Vietnamese patients



ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND

Jeg kom til sykehuset for første gang. De sa at de skulle undersøke meg, og så ta bort et eller annet fra brystet mitt. Jeg hadde ingen anelse om hva de skulle ta bort og hvorfor. Litt norsk forsto jeg jo, men ikke dette. Hva skal de gjøre nå? Veldig redd og engstelig var jeg... og spurte om vedkommende kunne prate litt saktere og forklare hva som feilet meg. De forklarte og beskrev. Hjalp ingenting. Følte at jeg ble mer og mer redd fordi jeg visste at noe feilet meg,

men ikke hva og hvor alvorlig. Jeg kom tilbake en uke senere. Det samme skjedde. Det sliter meg helt ut.

Kvinnelig informant i 30-årene (2011).

Sitatet over er en historie som en av pasientinformantene våre fortalte om sine møter med helsetjenesten. Andelen av innvandrere øker stadig i Oslo. Hovedstaden har i de siste 50 årene gått fra å være en tilnærmet språklig homogen by til å være en multietnisk, multikulturell og multispråklig hovedstad (Statistisk sentralbyrå, 2012). Bare 7 % av voksne ikkevestlige innvandrere har gode leseferdigheter på norsk. 60 % av innvandrere med fem års botid har problemer med å forstå enkle tekster (Gabrielsen & Lagerstrøm, 2005). 40 % av alle innvandrere har en botid på under fire år (NOU nr. 7, 2011). Når man er syk og bekymret, forstår man enda mindre (Le, 2013). Det kan derfor være en utfordring å tilby likeverdige helsetjenester til pasienter med annen kulturell bakgrunn og varierende norskferdigheter.

«Helsepersonellens erfaringer viser at pasienten ofte behersket norsk mye dårligere enn helsepersonell først trodde»

Whitehead (2000) definerer likeverdig helsetjeneste (Equity in health care) som «equal access to available care for equal need; equal utilization for equal need; equal quality of care for all». Dette betyr at man må bygge ut og planlegge helsetjenestene slik at de reelle behovene dekkes (Le, 2013). Mangfoldet gjelder både helse, risikofaktorer og sykdomsforståelse, og dette må man ta hensyn til for å kunne levere likeverdige helsetjenester. Kultur og språk er sentrale faktorer i planlegging av likeverdige helsetjenester (U.S.Dep., 2001). Sitatet i innledningen illustrerer dessverre at det norske helsevesenet fortsatt har vansker med å tilpasse tjenestene til befolkningsgrupper som ikke behersker norsk i det hele tatt eller i varierende grad. Helsevesenet må forstå og møte innvandrerbefolkningens ulike behov hvis det skal klare å ivareta behandlingskvaliteten og pasientsikkerheten (Flores, Abreu, Barone, Bachur & Lin, 2012; Karliner, Jacobs, Chen & Mutha, 2007).

Tabell 1. Intervjuguide for semistrukturert fokusgruppeintervjuer med helsepersonell og pasienter.

TEMA/SPØRSMÅLSSTILLING	HELSE- PERSONELL	PASIENT
Hvordan forstår dere begrepet «litt norsk»?	X	X

TEMA/SPØRSMÅLSSTILLING	HELSE- PERSONELL	PASIENT
Hvilke faktorer og vurderingskriterier erfarer dere at det legges til grunn for tolkebruk ved innkomst? Eventuelt under sykehusopphold? (bruk av profesjonell tolk)	X	X
Kan dere beskrive dagens situasjon med hensyn til tolkebruk på deres arbeidsplass?	X	
Fortell om deres egne kunnskaper/erfaringer med tolkebruk og ikke-tolkebruk i en behandling/konsultasjon	X	X
Hvordan ser dere for dere en organisasjonsstruktur, organisering og rutine hvis tolkebruk er en integrert del av helsetjenesten?	X	X

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

Informasjonen skal være tilpasset mottagerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Flere studier viser at dersom språklige barrierer ikke blir håndtert på en god måte, kan det føre til redusert kvalitet på og tilgang til helsetjenester (Bischoff et al., 2003; Diamond, et al., 2009; Essen, 2001; Flores et al. 2003 & 2012; Gerrish, 2001; Green et al., 2005; Jacobs, Shepard, Suaya & Stones, 2004; Kazzi & Cooper, 2003; Rhodes & Nocon, 2003). Det er anbefalt å bruke kvalifisert språklig assistanse, i form av frammøtetolk, som et verktøy for å overkomme språklige barrierer (Jareg & Pettersen, 2006). Dette virkemiddelet får støtte av en fersk amerikansk studie som viser at risikoen for reinnleggelse etter 30 dager er betraktelig mindre for pasienter som benytter kvalifisert tolk (Lindholt, Hargraves, Ferguson & Reed, 2012).

Norske helsemyndigheter har anerkjent at språklige barrierer utfordrer prinsippet om likeverdig helsetjeneste (Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017, 2013). Dette vises også gjennom Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til Regionale Helseforetak RHF for 2009, hvor det presiseres at tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov (St.meld. nr. 47, 2008–09; Oppdragsdokument, 2009). Dette innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. Det er tidligere dokumentert underforbruk av tolk i helsevesenet til tross for eksisterende lovverk og tilstrekkelig økonomisk bevilgning (Kale, 2006; Valio, 2009). Studiens formål er derfor å oppnå en

dypere forståelse av hvorfor det er underforbruk av tolk i helsetjenesten, sett både fra pasientens og helsepersonellens perspektiv.

Metode

Både pasienter og helsepersonell bruker tolketjenester, og kan derfor defineres som «tolkebrukere». For å gi et mer nyansert bilde av hvorfor det er underforbruk av tolk, har vi derfor valgt å studere dette både fra et pasientperspektiv og et helsepersonellperspektiv.

Design og prosedyre. Sommeren 2011 gjennomførte Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) en kvalitativ studie om tolkebruk ved Oslo universitetssykehus. Dette ble gjort ved hjelp av fokusgruppeintervjuer, som er en veletablert kvalitativ forskningsmetode for å oppnå en mer nyansert forståelse av hvorfor mennesker handler som de gjør (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er en tidseffektiv metode for å få relevant informasjon innenfor et begrenset tema. Førsteforfatteren ledet to fokusgruppeintervjuer ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Diskusjonene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert og tematisk analysert. Fokusgruppeintervjuet med pasienter ble gjennomført på vietnamesisk, som også er morsmålet til førsteforfatteren. Transkripsjonen skjedde på vietnamesisk, men sitater som brukes i datapresentasjonen, er oversatt til norsk. Fokusgruppeintervjuene ble organisert rundt temaer fremstilt i tabell 1.

Etikk. Denne studien omfattet ikke pasientsensitive opplysninger, derfor har den ikke henvendt seg til REK. Studien har imidlertid fått tilrådning fra og ble registrert hos Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det ble innhentet nødvendig informasjon og informert samtykke fra både helsepersonell og pasienter i forkant av undersøkelsen.

«Dersom pasienten snakket «en del norsk», var det ikke behov for tolk, ifølge helsepersonellinformanter»

Utvalg. Den ene fokusgruppen bestod av fem voksne pasienter (en mann og fire kvinner) født i Vietnam, rekruttert fra en normal populasjon med snøballmetoden, og alle hadde nylig vært pasienter ved Oslo universitetssykehus. Pasientene var i alderen 20–35 år og hadde bodd i Norge i 4–20 år. Alle hadde behov for tolk, men av forskjellige grunner var tolk ikke benyttet ved kontakten med helsevesenet. Dette var et utvalgs-kriterium da vi forsøkte å forstå hvorfor det er underforbruk av tolk i helsetjenesten. Den andre fokusgruppen bestod av seks helsearbeidere fra Oslo universitetssykehus: en lege, en psykolog, to sykepleiere, en jordmor og en sosionom. To av disse var menn og fire var kvinner, hvorav to av kvinnene hadde innvandrerbakgrunn. Tjenesteansienniteten ved sykehuset var mellom 1 og 20 år. Alle

hadde vært i situasjoner hvor tolk ikke ble benyttet til tross for språklige barrierer i møte med pasienter.

Analyse. Dataanalysen ble gjort i henhold til Kvaales 6-trinnsmetode (Kvale & Brinkmann, 2009). Analysen startet allerede mens intervjuet pågikk. Det ble fokusert hovedsakelig på informantenes beskrivelser av sine opplevelser og tanker om møtene med helsevesenet uten tolk, og på nye erkjennelser de gjør seg når de forteller om egne opplevelser og handlinger. Forskeren forsikret seg fortløpende om at budskapet var blitt forstått på samme måte som informantene hadde ment å formidle det. De neste tre trinnene innebar databearbeiding / fremstilling, datatolkning og analyse av materialet.

Resultater

Gjennom fokusgruppediskusjonene ble det avdekket fem hovedfunn som kan gi en dypere forståelse av årsakene til underforbruk av tolk i helsetjenesten. Vi presenterer dem etter tur.

1. Pasienter har ikke informasjon om sine rettigheter. Diskusjonene tyder på at en viktig grunn til underforbruk av tolk kan være mangelfull eller fraværende informasjon hos pasienter om retten til tolk. Våre pasientinformanter sa at de ikke har fått informasjon om sine rettigheter til tolketjenester, verken fra fastlegene eller sykehuset. En informant uttrykte det slik:

Tolketjeneste finnes ikke. Dersom tjenesten finnes, hvorfor er folk nødt til å velge en fastlege som snakker samme språk for å sikre en bedre kommunikasjon? Det må være veldig få som får informasjon om dette. Alle vi som sitter her, har aldri opplevd å få verken informasjon eller tilbud om tolk.

De intervjuede virket forbauset over retten til tolk når dette ble opplyst under diskusjonen. De ga også uttrykk for skuffelse over ikke å vite hvilke instanser som har ansvar for å bestille en slik tjeneste. Én uttrykte egne erfaringer slik:

Som pasient har vi ikke rett til å bestemme om tolk skal bestilles. Man kan bare be bekjente om hjelp.» Alle var enige om at sykehuset burde ha ansvaret for å spørre om det er et behov, dersom pasienter har rett til tolk. De mener at et slikt spørsmål aldri er overflødig. Alle pasientinformantene mente at «alt blir bare bedre dersom det tilbys tolketjeneste.

Mange var derimot usikre på hvem som har myndighet til å avgjøre om tolk skal brukes eller ikke.

2. Pasienter informeres ikke om sin rett til tolk når de blir innkalt. En gjennomgang av samtlige standardbrev ved Oslo universitetssykehus som sendes ut til pasienter, viste at informasjon om pasienters rett til tolk var fraværende. Når dette ble tematisert i fokusgruppeintervjuet med helsepersonell, mente alle at informasjon om pasienters rett til tolk burde bli en del av helseinstitusjonenes innkallingsrutiner. Dette kunne gjøres for eksempel ved å inkludere informasjonen om retten til tolk i

informasjonsskjemaet som sendes til pasienten når det planlegges innleggelse eller polikliniske timer. De mente at god informasjon om pasienters rett til tolk og om muligheten for å ønske seg tolk i forkant av legetimen/innleggelsen trolig ville føre til økt forespørsel om tolkebruk. Dette sannsynliggjøres også ved at flere av pasientinformantene samstemmig uttrykte: «Hadde de spurt meg om jeg ville ha en tolk, hadde jeg jo helt klart sagt ja.»

3. Når er «litt norsk» for lite? Selv om det ikke foreligger felles prosedyrer for hvordan tolkebehovet vurderes og dokumenteres, er helsepersonell pålagt ansvaret for å vurdere behovet for tolk. Samtlige helsepersonellinformanter i denne studien brukte ofte kategoriene «lite norsk», «litt norsk» og «en del norsk» for å vurdere om en konsultasjon skulle gjennomføres med eller uten tolk. Dersom pasienten snakket «lite norsk», måtte tolk benyttes. Dersom pasienten snakket «en del norsk», var det ikke behov for tolk. Kategorien «litt norsk» derimot beskrev en mellomposisjon der samtlige helsepersonellinformanter mente at tolkebehovet ikke var stort nok til å bestille tolk. Helsepersonellinformantene var usikre på hvilket språklig ferdighetsnivå som skulle markere grenseoppgangene mellom «lite norsk» og «litt norsk» og hvordan dette skulle vurderes.

Som én sa: «Det er vanskelig å definere det. Når er det... hvor er grensa?» I slike situasjoner tenkte flere i helsepersonellgruppen at man kanskje kan klare seg uten tolk, men opplevde grenseoppgangen som utfordrende. Én uttrykte det slik: «Forstår de ikke i det hele tatt, så er det bare å bruke tolk. [...] Men det er i gråsonene at problemene ligger.» Helsepersonellens erfaringer i denne studien viser i tillegg at pasienten ofte behersket norsk mye dårligere enn helsepersonell først trodde når de snakket «litt norsk». Flere helsepersonell i gruppen hadde opplevd slike situasjoner og uttrykte det slik:

Så oppdager vi ofte at de snakker mindre norsk enn det man først trodde. [...]. Men «litt norsk», vi nøyer oss gjerne med det da. Da er vi fornøyd når vi hører at de kan litt norsk.

Pasientinformantene hadde imidlertid en helt annen oppfatning av begrepet «litt norsk». De mente at «litt norsk» må regnes som utilstrekkelig for å føre en konsultasjonssamtale. Helsepersonells vurdering av tolkebehov basert på botid eller «litt norsk» er derfor mot sin hensikt, fordi, som en av pasientene uttrykte det:

Det er ofte slik at man ikke forstår bedre norsk selv om man har bodd i Norge over lengre tid, og samtidig går vietnamesisken i glemmeboken.

Noen mente at «litt norsk» er for lite til å kunne ha en samtale med legen, spesielt hvis de må forklare sin helsestatus eller en forbedrings- eller forverringsprosess i behandlingsforløpet. En annen pasient supplerte med følgende:

Dersom en person ikke forstår et faglig uttrykk, kan hun jo be om en forklaring. Men når en snakker «litt norsk», dvs. at en har et dårlig ordforråd,

er det til og med vanskelig å be om en forklaring. Til og med vanlige uttrykk er det vanskelig å forstå, og det blir enda vanskeligere med faglige uttrykk. [...] Når man ikke forstår, tør man heller ikke si noe, fordi man er redd for å si noe feil. Dette er et helt vanlig problem.

4. Mangelfulle opplysninger om tolkebehov i henvisningene til sykehuset. Samtlige helsepersonellinformanter ønsket å tydeliggjøre viktigheten av at henvisende leger forpliktet til å gjøre en vurdering av tolkebehovet og oppgir dette på henvisningen. De påpekte at henvisningen er utgangspunktet for deres første møte med pasienten. En av helsepersonellinformantene mente at det burde etableres en rutine hvor henvisende leger/helsepersonell informerer om pasientens språkforståelse. Alle helsepersonell i fokusgruppen var enige om at synliggjøring av tolkebehov fra henvisende leger ikke erstatter nødvendigheten av øvrige rutiner i sykehuset som kvalitetssikrer behov for og bruk av tolk. De etterlyser en felles rutine for obligatorisk registrering av tolkebehovet og tolkebruken, som en forlengelse av henvisende legers obligatoriske vurdering av pasientens behov for tolk. Samtlige helsepersonellinformanter mente at den mest hensiktsmessige måten å gjøre dette på var at pasientjournalssystemet tilrettelegges for systematisk registrering av slik informasjon. Dette vil gjøre det mulig for den behandlingsansvarlige å foreta løpende vurdering av pasientens tolkebehov, slik at tolkebruk kan sikres.

5. Manglende kunnskap hos helsepersonell om rett til tolk, og manglende rutiner for vurdering av tolkebehovet. Helsepersonellinformantene var bevisste på at det er viktig å bruke tolk der det er språklige barrierer. Likevel har diskusjonen vist at det er gjennomgående mangel på kunnskap om lov og regelverk som direkte eller indirekte regulerer rett og plikt til tolkebruk i offentlige tjenester. Flertallet i gruppen var uforbeholdent enig i følgende uttalelse: «Jeg er ikke kjent med regel- eller lovverk i forhold til tolk. Finnes det?»

For at rettigheter og plikter om tolkebruk skal etterleves, må kunnskap om dette innarbeides i ordinære opplæringsrutiner. Alle i gruppen støttet opp om at det er nødvendig å «terpe og terpe i internundervisning og nyansatte-undervisning», og at «det er et tema hele tiden». De var enig i at «bare gjennom det her så har jeg blitt mye mer bevisst på... bare å ha sittet her i 2 timer.»

Samtlige helsepersonell etterlyste rutiner for kvalitetssikring av tolkebehovet; «*en metode eller en sjekkliste*» som kan kvalitetssikre deres vurdering av tolkebehov. De mente at implementering av en slik rutine ville ansvarliggjøre tjenesteytere og bedre deres profesjonelle vurdering av situasjonen. Denne vurderingen kunne danne et grunnlag for dokumentasjon av både tolkebehov og faktisk tolkeforbruk. Flere helsepersonellinformanter mente at de blir svært lite ansvarliggjort i hverdagen. En annen informant nevnte i fortsettelsen av dette at det nærmest har blitt en norm blant ansatte at de ofte prioriterer kun de pålagte oppgavene på grunn av stort arbeidstrykk.

Diskusjon

Fokusgruppeintervjuer med helsepersonell og pasienter gir flere forklaringer på hvorfor tolk ikke brukes selv om det foreligger språklige barrierer. Hovedfunnene tyder på et mangelfullt system for å fange opp, håndtere og følge opp tolkebehovet hos pasienter som snakker «litt» eller «lite» norsk. Av studien fremkommer også tiltak som helsepersonell og pasienter mener bør iverksettes for å kvalitetssikre kommunikasjonen, ikke minst for å sikre rapportering og oppfølging av underforbruk av tolk i helsetjenester. Selv om det er bare to fokusgrupper i undersøkelsen, antar vi at funnene har overføringsverdi for øvrige innvandrergupper og annet helsepersonell.

Helsepersonell og pasienter i denne studien har ulike oppfatninger om hvorvidt tolk bør benyttes hvis pasienten snakker «litt norsk». Helsepersonellet mener at tolk må brukes når pasienten snakker «lite norsk», men at «litt norsk» ofte er tilstrekkelig for å gjennomføre en konsultasjon uten tolk, til tross for at de ikke kan definere ferdighetsnivå for «litt norsk» og «lite norsk». Diskusjonene tyder på at det er en vanskelig gråsoner ved vurdering av tolkebehov. Dette er urovekkende med tanke på kvaliteten til denne behovsvurderingen. Helsepersonells skjønnsmessige vurdering av norskferdigheter i slike situasjoner kan tilsløre behov for tolk og kan i seg selv være et hinder for at tolk benyttes. Helsepersonelldeltagere i fokusgruppen overvurderte i flere tilfeller pasientens norskferdigheter. Dette funnet understøtter funn fra en tidligere studie ved NAKMI, hvor 30 % av helsepersonell svarte at det ofte oppstår situasjoner hvor de ikke bruker tolk selv om pasientens norskferdigheter er mangelfulle (Kale, 2006; Kale & Syed, 2010). «Å snakke mangelfull » norsk ble i Kales undersøkelse forklart som:

Du er usikker på om pasienten forstår spørsmålene dine, spørsmål må gjentas flere ganger, du har problemer med å forstå det pasienten sier, pasienten forklarer seg ikke adekvat på norsk, etc.

Vår studie viser at pasientene vurderer tolkebehovet på en helt annen måte. De opplever at «litt norsk» er utilstrekkelig for å gjennomføre samtaler med helsepersonell. Dette er tankevekkende og kan indikere at det er et mørketall når det gjelder tolkebehov / underforbruk av tolk. Dette funnet understøttes av Sørheim, som påpeker at det er stor forskjell mellom norsk som redskap i dagligtale og norsk som redskap i møte med helsetjenester (Sørheim, 2000). Pasientene opplever at det er lett å undervurdere behovet for tolk i helsetjenesten, fordi helsepersonell overvurderer deres norskferdigheter. Dette støttes av tidligere forskning, både fra Norge og internasjonalt (Baker et al., 1996; Djuve & Pettersen, 1998; Magelssen, 1999; Perkins, 2003; Sajjad, 2011).

**«Helsepersonell og pasienter
ønsket at informasjon om retten
til tolk gis før konsultasjonen og
sammen med innkallingsbrev»**

Det er vanskelig å registrere det reelle behovet for tolk. Det er likevel avgjørende for å avdekke det faktiske underforbruket av tolk. Det mangler rutiner for å kvalitetssikre at pasientinformasjon om retten til tolk er lett forståelig, og dokumentasjon på helsepersonells vurdering av tolkebehovet basert på objektive kriterier. Det er nødvendig med systematisk registrering av informasjonsformidling, tolkebehov og tolkebruk i elektroniske pasientjournaler. Helsepersonellinformantene pekte på dette som en effektiv måte for å rapportere om avvik i tolkebruken i helsetjenesten. Helsevesenet bør derfor legge det elektroniske pasientjournalssystemet til rette for hensiktsmessig og systematisk formidling av både retten til tolk og dokumentering av behov for og bruk av tolk.

Spesialisthelsetjenesteloven tydeliggjør at institusjonen må ha systemer som sikrer kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Lov 1999–07–02 nr. 61, § 3–4a), og er i tråd med prinsippet for likeverdig helsetjeneste. Likeverdig helsetjeneste handler om å ha fokuset rettet mot enkeltindividet, hvor kunnskap, verdier og ferdigheter til den det gjelder, står i sentrum (Le, 2013). Helsepersonell i denne studien understreket ved flere anledninger at tolk benyttes når de skjønnsmessig vurderer at det er behov for det, men diskusjonen viser likevel at de savner faste rutiner for og kvalitetssikring av en slik vurdering, samt systematisk opplæring i regelverket og tolkebruk. Det at man overlater tolkebruk til helsepersonells skjønnsmessige vurdering, betyr at de blir delegert en oppgave de ikke har faglig kompetanse i, nemlig språkvurdering. Dette utfordrer pasientsikkerheten og undergraver pasientens rett til medvirkning i henhold til pasientrettighetsloven. Helsepersonells vurdering av tolkebehov uten standardiserte rutiner og objektive kriterier bryter samtidig med intensjonen for likeverdig helsetjeneste, også sett opp mot Whiteheads (2000) definisjon: «equal access to available care for equal need; equal utilization for equal need; equal quality of care for all.»

Dagens rutine for tolkebruk i helsetjenesten er lagt opp slik at tolkebruk helt og fullt er opp til helsepersonells vurdering av tolkebehovet. Pasientene har i den forbindelse mindre innflytelse, spesielt når de ikke får informasjon om sine rettigheter. Diskusjonen blant pasientene i undersøkelsen viser tydelig at tidlig informasjon om retten til tolk og hvem som har ansvar for bestilling og utgifter til tolketjenesten, ville ha påvirket deres holdning og vilje til å bruke tolk. Både helsepersonell og pasienter ga uttrykk for at det er ønskelig at informasjon om pasienters rett til tolk gis i forkant av konsultasjonen og sammen med innkallingsbrev. Pasientdiskusjonen viser at alle deltakerne ønsker å benytte profesjonelle tolker fremfor venner og familiemedlemmer dersom det foreligger et tolketilbud. Dette kan indikere at etterspørsel etter profesjonelle tolker trolig vil øke jo tidligere og bedre informasjon om rett til tolk blir gitt. Godt og tilstrekkelig informasjonsarbeid kan være et virkemiddel for å forebygge underforbruk av tolk.

Oslo universitetssykehus har nylig gitt ut en statusrapport om tolkebruk i helsetjenesten: *Ikke lenger «en tjeneste av ukjent kvalitet»* (Linnestad & Buzungu, 2012). Rapporten påpeker nødvendigheten av at det regelmessig utføres kvalitetsanalyser av

tolketjenesten, særlig med tanke på at det er vanskelig for helsepersonell selv å vurdere kvaliteten på tolkingen. I tillegg til spørsmålet om kvalitet på tolkingen har tidligere studier avdekket et underforbruk av tolk i helsesektoren til tross for tilstrekkelig finansiering og lovverk (Kale, 2006; Valio, 2009). Helsedirektoratet ga høsten 2011 ut en nasjonal veileder om kommunikasjon via tolk (Helsedirektoratet, 2011), som påpeker behovet for å klargjøre rutiner for ansvar for og vurdering av tolkebruk. Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus sine retningslinjer for tolk og tolketjenester (Retningslinjer, 2006 & 2010) sier at ansvaret for å avgjøre om tolking er nødvendig, ligger hos behandlende lege eller annet ansvarlig helsepersonell. Dette forutsetter at sykehuset har systemer som legger til rette for og kvalitetssikrer at retningslinjene etterleves.

Konklusjon

Helsevesenet bryter helselovgivningen og prinsippet for likeverdige helsetjenester så lenge det foreligger underforbruk av tolk i helsetjenesten. God og forståelig pasientinformasjon om retten til tolk fører trolig til økt etterspørsel av tolketjenester. God ansatteopplæring i rett og plikt til tolkebruk vil sannsynligvis ha effekt på helsepersonells holdning og vilje til tolkebruk. I tillegg er innføring av standardiserte rutiner for dokumenterbar og obligatorisk vurdering av tolkebehovet nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten. Dette sikrer både tolkebruk ved behov og innvandrerpasienters likeverdige tilgang til og bruk av helsetjenesten.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 10, 2013, side 999-1005

TEKST

Christopher Le, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)

Emine Kale, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)

Kirsti Jareg, Henning Bang AS

Bernadette Nirmal Kumar, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) Kontakt christopher.le@nakmi.no, tlf. 476 47 265

+ Vis referanser

Referanser

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(10), 783-788.

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(3), 503-512.

Diamond, L C., Schenker, Y., Curry, L., Bradley, E. & Fernandez, A. (2009). Getting by: Underuse of interpreters by resident physicians. *Journal of general internal medicine*, 24(2), 256-262.

Djuve, A. B. & Pettersen, H. C. (1998). Sykt og misforstått? En kartlegging av erfaringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål sykehus (FAFO 1998:2). Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.

- Essen, B. (2001). Perinatal mortality 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.
- Flores, G., Laws, M. B., Mayo, S. J., Zuckerman, B., Abreu, M., Medina, L. & Hardt, E. J. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1), 6-14.
- Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R. & Lin, H. (2012). Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 545-553.
- Gabrielsen, E. & Lagerstrøm, B. O. (2005). Mange innvandrere er dårlige til å lese norsk. *Samfunnsspeilet*, 19(2), 2-10.
- 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(5), 566-574.
- Green, A. R., Ngo Metzger, Q., Legedza, A. T. R., Massagli, M. P., Phillips, R. S. & Iezzoni, L. I. (2005). Interpreter services, language concordance, and health care quality. *Journal of general internal medicine*, 20(11), 1050-1056.
- Helsedirektoratet (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjeneste (IS-1924). Oslo.
- Jacobs, E., Shepard, D., Suaya, J. & Stones, E. (2004). Overcoming language barriers in health care; Costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health*, 94(5), 866-869.
- Jareg, K. & Pettersen, Z. (2006). Tolk og tolkebruker - to sider av samme sak (1.ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kale, E. (2006). «Vi tar det vi har»? om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse (NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006). Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse - NAKMI.
- Kale, E., Ahlberg, N. & Duckert, F. (2010). Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(9), 818-823.
- 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*, 81(2), 187-191.
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H. & Mutha, S. (2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754.
- Kazzi, B. & Cooper, C. (2003). Barriers to the use of interpreters in emergency room pediatric consultations. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39(4), 259-263.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Le, C. (2013). Hvordan sikre likeverdige helsetjenester? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(1), 49-51.
- Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J. & Reed, G. (2012). Professional Language Interpretation and Inpatient Length of Stay and Readmission Rates. *Journal of general internal medicine* 27(10), 1294-1299.
- Linnestad, H. & Buzungu, H. F. (2012). Ikke lenger «en tjeneste av ukjent kvalitet». Statusrapport om tolkefeltet i helsevesenet i hovedstadsområdet. Oslo: Helse Sør-Øst og Oslo kommune.
- Lov 1999-07-02 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
- LOV 1999-07-02 nr.63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
- Magelssen, R. (1999). Veien blir til mens vi går (Rapport fra Seksjon for internasjonal helse, Senter for forebyggende medisin, Medisinsk divisjon). Oslo: Ullevål sykehus.

- Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 (2013). Likeverdig helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU nr. 7 (2011). Velferd og migrasjon: Den norske modellens framtid. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Oppdragsdokument (2009). Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Perkins, J. (2003). Ensuring linguistic access in health care settings: An Overview of Current Legal Rights and Responsibilities. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.
- Retningslinjer. (2006). Retningslinje for bruk av tolk og tolketjenester i møte med flerspråklige. Oslo: Helse Sør-Øst RHF. Retningslinjer. (2010). Retningslinje for tolk og tolketjenester i møte med minoritetsspråklige pasienter. Oslo: Oslo universitetssykehus.
- Rhodes, P. & Nocon, A. (2003). A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford. *Health & Social care in the community*, 1(1), 45-60.
- Sajjad, T. A. (2011). Hvis det fødes et sykt barn, hva tror du det skyldes? Doktoravhandling. Det medisinske fakultetet, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
- Statistisk sentralbyrå (2012). Innvandrere og norskfødte som andel av befolkningen, etter fylke, 1. januar 2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- St. meld. nr. 47 (2008-09). Samhandlingsreform: Rett behandling ? på rett sted ? til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sørheim, T. A. (2000). Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Valio, T. (2009). Integrering av tolk i helsetjenesten: Analyse av bruk av tolk ved helsetjenester drevet av Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune. Oslo: Universitetet i Oslo.
- U.S.Dep. (2001). National standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care (Final report). U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health.
- Whitehead, M. (2000). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.