



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-02-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-04-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 336

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Hvordan opplever innvandrere bruk av tolk i møte med helsevesenet?

**Antall ord \*:** 7936

**Engelsk tittel \*:** How does immigrants experience the use of interpreters in healthcare?

**Egenerklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen** **Nei**  
**konfidensielt materiale?:**

**Jeg bekrefter at jeg har** **Ja**  
**registrert oppgavetittelen**  
**på norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

**Hvordan opplever innvandrere bruk av tolk i møte med helsevesenet?**

**How does immigrants experience the use of interpreters in healthcare?**

**Kandidatnummer 336**

Bachelorutdanning i Sykepleie, kull 2017

HVL/Haugesund/Avdeling for helsefag

Veileder: Ingrid Gilje Heiberg

Innleveringsdato: 22.04.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Økende innvandring har bidratt til en mer kulturelt, religiøst og flerspråklig sammensatt befolkning. Det er vist at innvandrere har dårligere tilgang til og kvalitet på helsetjenester i samfunnet, kommunikasjonsproblemer på grunn av mangel på et felles språk er en medvirkende årsak til dette. Profesjonelle tolketjenester er likevel ikke benyttet i tilstrekkelig grad i norsk helsevesen.

**Problemstilling:** Hvordan opplever innvandrere bruk av tolk i møte med helsevesenet?

**Hensikt:** Å kartlegge hvordan innvandrere erfarer bruk av tolk, for å øke helsepersonellens kunnskap om hvordan en best kan ivareta innvandrerpasientens behov, og samtidig kvalitetssikre det helsefaglige arbeidet.

**Metode:** For finne svart på problemstillingen har jeg gjennomført en litteraturstudie, med søk etter relevante forskningsartikler om tema i databasene CINAHL og PubMed. Søkeordene jeg benyttet var *health care, use of interpreters, immigrant og language barrier*. Etter et utvalg, endte jeg opp med 5 artikler som blir presentert i resultatet og senere drøftet opp mot aktuell teori

**Resultat:** Gjennom dette litteratursøket kommer det frem at manglende bruk av tolk, har mange negative konsekvenser både på individnivå og på systemnivå. Innvandrere opplever fortsatt utfordringer relatert til organisering av tolketjenesten. Bruken av den uformelle tolken er fortsatt utbredt, og den profesjonelle tolken leverer ikke alltid tolketjenester som forventet.

**Oppsummering:** Helsepersonellet har stor makt og innflytelse over avgjørelsen om profesjonell tolk skal benyttes. Kunnskap om retningslinjer og lovverk for bruk av tolketjenester, er derfor avgjørende dersom helsepersonell skal etterleve sin plikt og sitt ansvar for å sikre likeverdige tjenester til denne samfunnsgruppen.

**Nøkkelord:** Innvandrere, helsevesen, kommunikasjon, tolketjenester, uformell tolk, profesjonell tolk

## Summary

**Background:** Increasing amount of immigration has contributed to a more culturally, religiously, and multilingual diverse population. It has been showed that immigrants have poorer access and quality of healthcare services in the society. Problems of communication due to the lack of a common language, is a contributing factor. Yet professional interpreter services are not being used sufficiently in Norwegian health care.

**Problem to be addressed:** How does immigrants experience the use of interpreters in healthcare?

**Purpose:** To explore how immigrants experience the use of interpreter, and to increase health professional's knowledge on how to best take care of the immigrant patient needs and at the same time ensure the quality of their work.

**Method:** To find an answer to the problem, I have done a literature study in search of relevant research articles about the theme in the databases CINAHL and PubMed. The search terms I used was *health care, use of interpreter, immigrant* and *language barrier*. After a selection I ended up with 5 articles that gets presented and then discussed against relevant theory.

**Results:** Through this literature study it is found that the lack of use of interpreters has many negative consequences om both individually and system level. Immigrants still experiences challenges related to the organization of interpreter services. The informal interpreter is still widely used, and the professional interpreter does not always deliver its services as expected.

**Summary:** Health professionals has great power and influence on the decision of use of professional interpreter. Knowledge on guidelines and laws on use of interpreter services is therefore crucial if the health professionals are going to fulfill their duty and responsibility to ensure equal services to this group of society.

**Key words:** Immigrant, health care, communication, interpreter services, informal interpreter, professional interpreter

## Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon .....	1
2. Teori .....	3
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	3
2.2 Migrasjon .....	4
2.3 Kommunikasjon .....	5
2.4 Bruk av tolk.....	6
3. Metode.....	9
3.1 Litteraturstudie .....	9
3.2 Søkeprosess.....	9
3.3 Kildekritikk .....	11
3.4 Metodekritikk.....	11
4. Resultat.....	13
4.1 Informal interpreting in general practice: the migrant patient´s voice.....	13
4.2 “I understand all the major thing”: How older people with limited English proficiency decide their need for a professional interpreter during health care after stroke.....	13
4.3 Migrants’ perception of using interpreters in health care .....	14
4.4 Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden .....	15
4.5 Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients.....	15
5. Drøfting .....	17
5.1 Hvordan oppleves organiseringen av tolketjenesten? .....	17

5.2 Den uformelle tolken .....	19
5.3 Den profesjonelle tolken .....	21
5.4 Implikasjoner for praksis .....	23
6. Konklusjon .....	25
Referanser.....	26
Vedlegg 1 - Søkehistorie.....	29

## 1. Introduksjon

Økende internasjonal innvandring gjør at vi også her i Norge har fått en mer kulturelt, religiøst og flerspråklig sammensatt befolkning (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s.11). Helse og omsorgssektoren har et overordnet mål om å tilby likeverdige tjenester av god kvalitet til alle Norges innbyggere (Helsedirektoratet, 2011, s 4). Internasjonal og nasjonal forskning har vist at innvandrere har økt risiko for sykdom og dårligere helse, sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Likevel er både tilgang og kvalitet på helsetjenestene ofte dårligere for denne samfunnsgruppen (Alpers, 2018, s. 28).

Kommunikasjonsproblemer ved mangel på et felles språk, kan for enkeltindividet føre med seg negative konsekvenser i form av sosial isolasjon, nedsatt psykisk- og fysisk helse (Hanssen, 2016, s. 90). Bruk av tolk i Norge er fortsatt ikke regulert i en egen lov, men det finnes likevel en del bestemmelser i lovverket som gir både plikt og rett til bruk av tolk. Regjeringen har satt i gang et arbeid med å utarbeide en tolkelov, som skal avklare og tydeliggjøre det offentliges ansvar for å sikre likeverd og rettssikkerhet, når det gjelder liv og helse, gjennom god og korrekt kommunikasjon (IMDi, 2020).

I hjemmesykepleiepraksis møtte jeg en pasient hvor jeg opplevde store kommunikasjonsutfordringer, fordi vi ikke hadde et felles språk. Sykepleien ble aldri gjennomført med profesjonell tolk til stede, det ble i stedet benyttet non-verbal kommunikasjon, tilgjengelige familiemedlemmer eller andre bekjente som kunne oversette det vi ønsket å formidle til hverandre. Flere ansatte gav uttrykk for at de opplevde situasjonen som vanskelig, og det forekom ofte misforståelser mellom pasienten og helsepersonellet.

Manglende bruk av tolk blant helsepersonell, begrunnes blant annet med dårlig tilgjengelighet, at det oppleves tidkrevende og upraktisk. Flere etterlyser også rutiner og retningslinjer for anskaffelse og bruk av tolk på arbeidsplassen (Helsedirektoratet, 2011, s. 4). Mangelfull eller dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og mottaker av helsehjelp gir økt risiko for at den kan forekomme profesjonelle feil eller mangler. Gjennom god kommunikasjon, kan en dermed kvalitetssikre det helsefaglige arbeidet som skal gjennomføres (Eide og Eide, 2007, s. 24).

Jeg har selv innvandret til Norge og har en annen etnisk, kulturell og språklig bakgrunn. Jeg kan snakke engelsk, men før jeg lærte meg å snakke norsk, opplevde jeg hvor utfordrende det kan være å ikke være en del av det språklige fellesskapet i samfunnet. Nå mestrer jeg språket,

men likevel vil det å utrykke meg på norsk eller engelsk, aldri kunne sidestilles med å utrykke meg på mitt morsmål. I ettertid har jeg tenkt mye på pasienten jeg møtte i hjemmesykepleien, vi opparbeidet aldri en god relasjon til hverandre, på grunn av språkbarrieren.

I arbeidet mitt med bacheloroppgaven har jeg derfor lyst til å finne ut mer om hvordan innvandrere opplever språkbarrierer og bruk av tolk i møte med helsetjenesten.

Problemstilling min blir som følger:

*Hvordan opplever innvandrere bruk av tolk i møte med helsevesenet?*



## 2. Teori

I teorikapittelet av oppgaven vil det være hensiktsmessig å gjøre rede for en del overordnet teori som gir grunnlag og forståelse for temaet i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 64). Jeg har derfor valgt å trekke inn sykepleieteori, samt teori om migrasjon, kommunikasjon og bruk av tolk.

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

International Council of Nurses (ICN) definerer sykepleie på denne måten;

Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles. (ICN, 2002)

Dette er grunnlaget for den sykepleierfaglige yrkesutøvelsen, altså med pleie og omsorg for alle mennesker, både syke og friske, med et helsefremmende og sykdomsforebyggende fokus. Skal sykepleieren oppnå dette, også blant innvandrere i møte med helsevesenet, må en kunne samhandle, veilede og undervise pasienten. En er dermed helt avhengig av god kommunikasjon for å legge til rette for forståelse og brukermedvirkning hos denne samfunnsgruppen.

I arbeidet med denne oppgaven mener jeg også teorien til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee vil være aktuell. Travelbee sin definisjon på sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren bistår et individ, en familie eller et samfunn, i å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, men også om nødvendig bidra til å finne mening i denne opplevelsen (Travelbee, 1971, s. 7). Denne definisjonen, er ifølge Travelbee også selve målet med sykepleien. For å oppnå dette må det etableres en relasjon mellom den profesjonelle sykepleieren og pasienten, eller det individet som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 1971, s.16). En slik mellommenneskelig relasjon kan bare etableres mellom to mennesker, dersom en møter hverandre som unike individer og ser forbi stereotypier og roller. Denne relasjonen tar tid å bygge opp, og skapes gjennom all interaksjon dem imellom. Interaksjonsprosessen deles gjerne inn i faser, det første møte, fremvekst av identitet, empati og sympati, før en altså kan klare å oppnå et ekte menneske til menneske forhold (Travelbee, 1971, s. 119). Kommunikasjon, er ifølge Travelbee, viktig for å bidra til dannelsen av en slik

mellommenneskelig relasjon. Sykepleieren kan gjennom å forstå betydningen av den sykes kommunikasjon, bruke denne informasjonen for å kartlegge sykepleietiltak (Travelbee, 1971, s. 93). Samtidig bør den profesjonelle sykepleieren evne å bruke seg selv på en terapeutisk måte i samhandling med pasienten. Dette innebærer selvforståelse og selvvinnsikt, evne til å forstå egen og andre menneskers adferd, og hvordan vår adferd kan påvirke andre. En profesjonell sykepleier kan benytte denne kunnskapen på en effektiv måte ved implementering av sykepleietiltak (Travelbee, 1971, s 19). Jeg mener denne mellom menneskelige prosessen og forståelsene av hverandre som individer vil bli vanskelig å etablere dersom en ikke kan kommunisere på et felles språk.

## 2.2 Migrasjon

«Migrasjon betyr en hvilken som helst forflytning av mennesker over landegrensene fra et sted til et annet, ofte over lange avstander og i store grupper» (Kumar, 2010, s. 28). En migrant, eller innvandrer er i det offisielle Norge betegnet som «en person som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre» (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s.13). I denne oppgaven velger jeg derfor videre å benytte begrepet innvandrer.

Det finnes flere grunner til at mennesker migrerer, noen er på flukt fra krig og konflikt i sine hjemland, noen reiser på grunn av mulighet for arbeid eller studier, mens noen reiser på grunn av familiegjenforening. Økende internasjonal migrasjon bidrar til en mer kulturelt og etnisk sammensatt befolkning (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s.13). Ifølge statistikk fra 2019 finnes det totalt 765 108 innvandrere i Norge, noe som utgjør 14,4 % av Norges befolkning (SSB, 2019).

Innvandrere blir gjennom migrasjonsprosessen utsatt for en rekke stressfaktorer som samlet kan utgjøre en helserisiko. Blant annet det å forlate sine kjente omgivelser og tilpasse seg et nytt samfunn, med søken etter aksept, inkludering og tilhørighet. Mange opplever usikkerhet rundt oppholdstillatelse, bosted og muligheter for arbeid. Bakgrunnen for den enkeltes migrasjon spiller også en vesentlig rolle, noen har erfart traumer, krig, konflikt, overgrep og tortur som vil påvirke deres psykiske og fysiske helse (Magelssen, 2008, s 179).

De fleste innvandrere tilpasser seg likevel med tiden sitt nye samfunn, dets språk, normer og rutiner for arbeid. Dette kan derimot være mer utfordrende for eldre enn yngre innvandrere. I samsvar med resten av befolkningen øker også andelen eldre innvandrere, og dette er dermed

en gruppe som vil ha større behov for helse og omsorgstjenester i tiden som kommer (Debesay, Arora og Bergland, 2018, s 96).

En del av utfordringene vil være å kunne tilpasse helsetilbudet til denne gruppen, blant annet gjennom tilgjengelighet og omsorgstype. Skepsis til omsorgsinstitusjoner er utbredt blant mange eldre med innvandrerbakgrunn. I mange land står den familieorientert omsorgen sterkt, med tradisjonelle forventninger til at unge skal ivareta sine eldre slektninger. Dette kan være krevende for de unge som kanskje allerede har tilpasset seg den norske individualistiske livsstilen, og som samtidig skal kombinere arbeid og ansvar for egne barn (Debesay, Arora og Bergland, 2018, s 97).

For den norske helsesektoren betyr dette at brukerne av helsetjenestene har større religiøse og kulturelle bakgrunns forskjeller enn tidligere, noe som stiller større krav og behov for å kunne tilpasse tilbudet til den enkelte. Den statlige målsettingen er at alle landets innbyggere skal kunne tilbys likeverdige tjenester. For å oppnå dette, vil det være avgjørende at helsepersonell har kompetanse om migrasjon og innvandreres behov for oppfølging i kontakt med helsevesenet (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s.12).

### 2.3 Kommunikasjon

I mellommenneskelige relasjoner står altså kommunikasjonen sentralt. Kommunikasjon, deles gjerne inn to hovedtyper, verbal og nonverbal, som kan formidles på ulike nivåer og styrker. Gjennom verbal kommunikasjonen blir budskapet formidlet gjennom bruk av ord, mens den nonverbale kommunikasjonen hovedsakelig benytter tegn og signaler (Eide og Eide, 2007, s.16).

Profesjonell kommunikasjon, innebærer den kommunikasjonen en som fagperson utøver i relasjon med mennesker som har behov for vår hjelp eller assistanse. Denne kommunikasjonen er grunnlagt på yrkets verdigrunnlag, hvor en gjennom sin rolle, faglige kompetanse og posisjon er forpliktet til å fremme yrkets formål (Eide og Eide, 2007, s. 18). For å oppnå god kommunikasjon, bør en kjenne til faktorer utover det verbale og nonverbale språket. De kommuniserende partene bør ha en viss felles forståelse av verden og samfunnet rundt oss, og en oppfatning av hvordan budskapet sendes og tolkes. Vår personlige og kulturelle bakgrunn er avgjørende for nettopp dette, kommunikasjonen kan bli desto vanskeligere jo større forskjeller det er mellom de kommuniserende partene (Hanssen, 2016, s. 89).

Språket vårt er avgjørende for måten andre mennesker opplever oss, men også for hvordan vi opplever oss selv. Språket er en viktig del av vår identitet, som formes blant annet gjennom kommunikasjon, dialog og omgang med andre mennesker. Språkproblemer, hvor en ikke kan uttrykke seg selv eller forstå andre, for eksempel dersom en befinner seg i et felleskap hvor en ikke snakker majoritetsspråket, vil kunne oppleves belastende og påvirket selvbildet (Solvoll, 2016, s. 117).

Verbale kommunikasjonsproblemer mellom sykepleier og pasient eller pårørende med ulik kulturell bakgrunn, forekommer som oftest når de ikke har et felles språk, ikke benytter samme symboler og ikke forstår hverandres nyanser eller språklige uttrykk (Hanssen, 2016, s. 91). Språkbarrierer i møte med helsevesenet, kan medføre en rekke negative konsekvenser for både enkeltindividet og samfunnet. Blant annet kan det føre til begrenset tilgang og dårligere kvalitet på helsetjenestene, med økt risiko for feildiagnose og feil behandling. Individet kan ha større problemer med å følge anbefalinger for oppfølging på grunn av liten forståelse av egen sykdom. Dette kan igjen føre til reinnleggelser i helseinstitusjon, med både helsemessig og økonomiske konsekvenser, samt føre til utrygghet, frustrasjon og lavere tillitt til helsevesenet for både pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2011, s. 6).

## 2.4 Bruk av tolk

Kommunikasjonsproblemer på grunn av mangelen på et felles språk, eller ikke tilstrekkelige språkkunnskaper, krever bruk av tolk. I oversettelsesprosessen fra et språk til et annet, forsvinner ofte en del av betydningen, noe som kan føre til misforståelser (Hanssen, 2016, s. 91). I flere sammenhenger kan bruk av en tilfeldig oversetter eller et familiemedlem være en lettvinnt løsning for å kunne kommunisere på tross av en språkbarriere. Dette kan derimot være problematisk av flere årsaker. Pasienten kan holde tilbake informasjon den ikke ønsker å dele med den som tolker, eller motsatt dersom tolken for eksempel er et familiemedlem, og ønsker å skjerme pasienten for en del informasjon. En kjenner heller ikke tolkens språklige kvalifikasjoner, og en kan ikke vite sikkert om alt som blir sagt blir oversatt. Derfor er det viktig at det benyttes profesjonelle tolker, som er nøytrale, skal evne å skille mellom sak og person og er underlagt taushetsplikt på lik linje med helsepersonellet (Hanssen, 2016, s. 93). Profesjonell tolketjeneste kan organiseres som fremmøtetolk, eller fjerntolkning via telefon og skjerm. Særlig i distriktene kan bruk av tolk via telefon eller skjerm være et godt alternativ, dersom det lokalt er vanskelig å få tak i tilgjengelig fremmøtetolk med de nødvendige kvalifikasjonene (Helsedirektoratet, 2011, s. 12).

Den profesjonelle tolkens rolle og ansvarsområde innebærer at han eller hun skal skjermes for uønsket kontaktpress og ikke pålegges noe ansvar for den det tolkes for. Tolken skal ikke ytre sine egne meninger, veilede eller svare på vegne av partene i tolkesamtale, men opptre upartisk og korrekt oversette alt som blir sagt. Dersom dette ikke kan gjennomføres på en forsvarlig måte, har tolken ansvar for å gi beskjed. En tolk i arbeid for et forvaltningsorgan, er strengt regulert av taushetsplikten gjennom forvaltningsloven, kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven (Helsedirektoratet, 2011, s 7).

Integrerings- og mangfolds direktorat (IMDi) har utarbeidet et nasjonalt tolkeregister med oversikt over kvalifiserte tolker, hvor det per 2019 er registret 2075 tolker, med kompetanse på 68 forskjellige språk. Her kan en blant annet søke opp tolker etter navn, kvalifikasjoner og lokalisasjon. De 10 mest etterspurte språkene for tolkeoppdrag i Norsk offentlig sektor er arabisk, somali, tigrinja, polsk, tyrkisk, vietnamesisk, sorani, dari og spansk. Disse utgjør 80% av alle tolkeoppdrag. Bruk av ukvalifisert tolk er likevel svært utbredt i offentlig sektor, ifølge tall fra 2018 ble det kun i 42% av alle tolkeoppdrag benyttet kvalifisert tolk (IMDi, 2020).

Pasienten kan i midlertidig også vegre seg for å benytte profesjonell tolk, selv om behovet er til stede. Årsakene til dette kan være blant annet at et innvandremiljø på et bestemt sted er lite, og muligheten for å treffe tolken igjen i en annen sammenheng kan være høy. At tolken da har kjennskap til sensitive opplysninger, kan for noen oppleves problematisk. Selv om tolken er underlagt taushetsplikt, kan likevel pasienten kjenne seg usikker på hva taushetsplikten omfatter. Bekymringer for å være en økonomisk belastning for samfunnet, eller for om tolkens kjønn vil være motsatt av hva de ønsker og er komfortabel med, kan også være årsak til hvorfor noen pasienter har motforestillinger til å benytte seg av tilbudet om tolketjenester (Magelssen, 2008, s. 161).

I Norge lovfester pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) at «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.» Sykepleierens ansvar for at pasienten forstår, er også nedfelt i Norsk sykepleierforbunds Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5, «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Bruk av tolk er ikke spesifisert her, men dersom sykepleiere og annet helsepersonell skal kunne oppfylle sine plikter og pasientene skal få ivarett sine rettigheter i henhold til helselovgivningen, vil bruk av tolk være helt avgjørende og en

grunnleggende forutsetning for å sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester til de av landets innbyggere som ikke har tilstrekkelig språkkunnskap (Helsedirektoratet, 2011, s. 4).

Det er også viktig å presisere at det i henhold til Forvaltningsloven (1967, § 11 e), er forbud mot bruk av barn som tolk. Her kan det kun gjøres unntak dersom det gjelder en nødsituasjon eller en situasjoner hvor det er fare for liv og helse. Bruk av barn som tolk, kan også være i strid med internasjonale avtaler i henhold til FNs barnekonvensjon, artikkel 36 «Partene skal beskytte barnet mot alle andre former for utnyttning som på noen måte kan være til skade for barnets ve og vel» (Barne- og familiedepartementet, 1989, s. 25).

Ansvar for tilgang til og dekning av kostnadene ved bruk av tolketjeneste, ligger hos den enkelte helsetjeneste hvor pasienten med behov for tolk befinner seg (Helsedirektoratet, 2011, s. 14). Det enkelte helsepersonell har plikt og ansvar for å informere pasienter om rettigheter og muligheter for bruk av tolk, samt vurdere behovet, oppfordre til bruk og skaffe tilgang til tolk for å sikre forsvarlig helsehjelp. En skal også kjenne til og kunne informere om muligheten til å klage dersom tolketjenesten ikke oppleves tilfredstillende (Helsedirektoratet, 2011, s. 6).

### 3. Metode

Den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle kunnskap og informasjon for å finne svaret på en problemstilling, kalles metode (Thidemann, 2019, s. 74). For å fremme ny kunnskap, men også å etterprøve om påstander er riktige eller holdbare, er det nødvendig med ulike vitenskapelige metoder. Valg av metode baseres på hvilken måte en best mulig kan finne svar på den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2017, s. 51).

#### 3.1 Litteraturstudie

I arbeidet med denne bacheloroppgaven har jeg gjennomført en litteraturstudie.

Litteraturstudie som metode, innebærer innsamling av litteratur på en systematisk måte, kritisk gjennomgang av litteraturen, samt oppsummering av funn og kunnskap relatert til problemstillingen en ønsker å finne svar på (Thidemann, 2019, s.77). Litteraturstudien kan også karakteriseres som en allmenn litteraturstudie, ettersom jeg vil forsøke å analysere et utvalg studier som er aktuelle for min spesifikke problemstilling, basert på en beskrivelse av kunnskap om et bestemt tema (Thidemann, 2019, s.81). Ettersom jeg i problemstillingen min ønsker å finne ut hvordan innvandrere opplever bruk av tolk i møte med helsevesenet, vil trolig studier som benytter kvalitativ metode være mest hensiktsmessige. Kvalitativ metode baseres på humanvitenskapelig kunnskap, med hensikt om å avdekke menneskelige egenskaper (Thidemann, 2019, s.76).

#### 3.2 Søkeprosess

I artikkelsøket mitt har jeg benyttet høgskolebibliotekets tilgang til helsefaglige databaser. Jeg har valgt å buke databasene «PubMed» og «CINAHL» som begge gir god tilgang til fagfelleverderte forskningsartikler. «PubMed» er en stor internasjonal database som gir tilgang til ca. 4800 helsefaglige tidsskrifter. Databasen «CINAHL» gir tilgang en stor mengde internasjonale tidsskrifter, hvor flere omhandler kvalitativ forskning og pasienterfaringer, med sykepleiefaglig- og annen helsefaglig relevans (HVL, 2020).

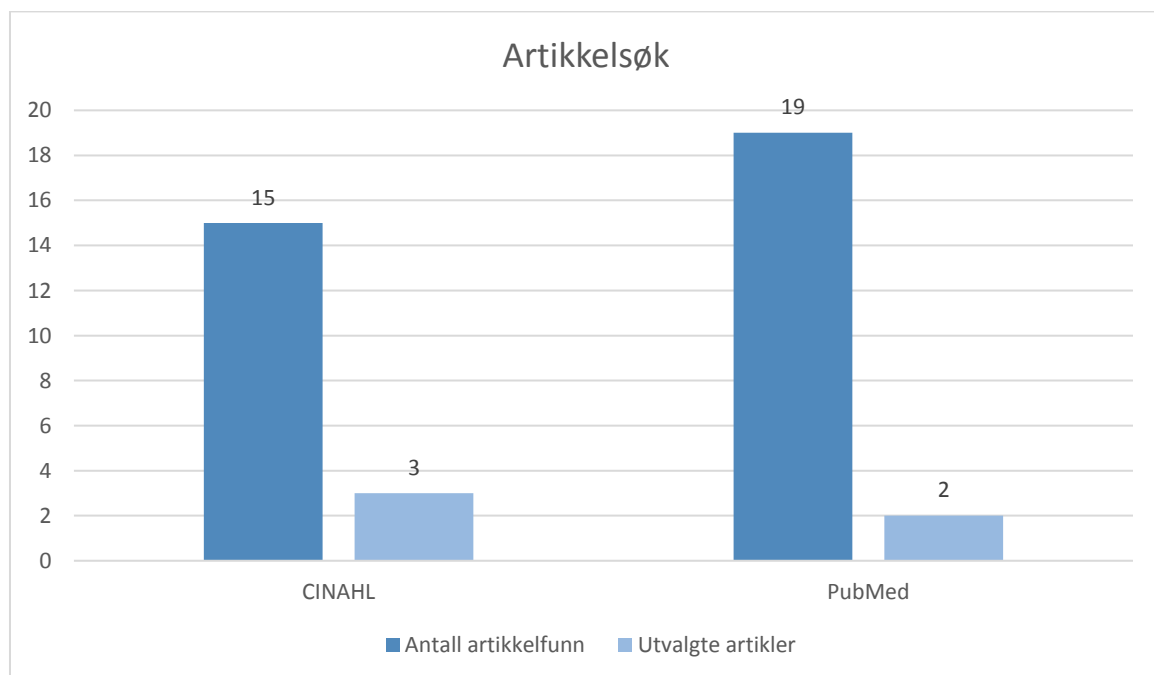
I «CINAHL» benyttet jeg søkeordene *health care* og *use of interpreters*. Jeg avgrenset søket mitt til tilgjengelige fulltekst dokumenter, i akademiske tidsskrift, som omhandlet voksne i alle aldre, publisert de siste 10 årene. Årsaken til at jeg i dette søket satte en avgrensning på 10 år, var på grunn av lavere resultatmengde ved ytterligere tidsbegrensning. Mitt innledende

artikkelsøk i bachelorforberedelsene ble gjennomført i 2019, og det ble derfor naturlig å inkludere artikler publisert mellom 2009 og 2019. Dette resulterte i funn av 15 artikler.

Artikkel søk i «PubMed» krevde derimot kombinasjon av flere søkeord, og flere avgrensninger for å redusere resultatlisten, sammenlignet med artikkelsøk i «CINAHL». Dette kan muligens forklares med større tilgang på tidsskrifter i «PubMed» enn i «CINAHL».

I «PubMed» benyttet jeg søkeordene *health care, use of interpreters, immigrant og language barrier*. Jeg avgrenset søket mitt til tilgjengelige fulltekst dokumenter, publisert de siste 5 årene, som vil si mellom 2015 og 2020. Det ble også avgrenset til innhold som omfatter voksne mennesker over 19 år. Dette gav en resultatliste på 19 artikler.

Resultatlisten fra artikkelsøket i hver database ble gjennomgått systematisk, med gjennomgang av artiklenes IMRaD- struktur, eller sammendrag i de tilfellene denne typen struktur ikke var benyttet. På denne måten fikk jeg oversikt over innholdet og kunne avdekke om artiklene var relevante for min problemstilling. 29 artikler ble valgt bort på grunn av manglende relevans, da de omhandlet helsepersonell og pårørendes perspektiver, eller faktorer på systemnivå som påvirket bruk eller mangel på bruk av tolk. Dermed gjenstod 5 artikler, 4 kvalitative studier og 1 kvantitativ studie, som omhandlet pasienterfaringer med bruk av tolk i møte med helsevesenet. Se figur 1 under.



Figur 1.



Se også tabellen i vedlegg 1, som beskriver søkehistorie av artikkelsøk i begge databaser.

### 3.3 Kildekritikk

Neste steg i oppgaveprosessen er kildekritikk. Dette innebærer å vurdere litteraturen jeg har funnet gjennom søkeprosessen, blant annet når det gjelder relevans, gyldighet og holdbarhet (Dalland, 2017, s. 159). For å avgjøre gyldigheten til disse 5 artiklene benyttet jeg sjekkliste for kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2020).

Ved oppbygning av forskningsartikler er det ofte benyttet IMRaD-struktur, en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne strukturen gjør det lettere for leseren å orientere seg om artikkel innholdet (Dalland, 2017, s 163). De 5 utvalgte artiklene benyttet alle IMRaD-struktur, de er også alle publisert i anerkjente fagfelleverderte tidsskrifter.

Videre er det interessant å undersøke hvem som har skrevet artiklene med tanke på deres faglige bakgrunn. Ettersom artiklene er skrevet av flere forfattere, fokuserte jeg kun på førsteforfatter. Noen av artiklene la frem denne informasjonen tydelig som en del av artikkelens introduksjon, mens andre kun informerte om hvilken utdanningsinstitusjon studien var gjort i samarbeid med. Det viste seg at flere yrkesgrupper var representert, som fysioterapeut, sykepleier og lege. Flere har gjennomført doktorgradsstudier og underviser på høyere utdanningsnivå innen helsefag, språk og kommunikasjon.

Når det gjelder de etiske forholdene ved de utvalgte studiene benyttet artikkel 4.1, 4.2, 4.3 og 4.4 alle frivillig deltakelse, informasjon om studiens formål, skriftlig samtykke og anonymisering av deltakere og resultater. Artikkel 4.4 spesifiserer i tillegg hvordan studien har forholdt seg til de etiske prinsippene til «The World Medical Association declaration of Helsinki» fra 1964. Studien i artikkel 4.5 hadde fått godkjenning fra den etiske komite for menneskelig forskning ved Royal Melbourne Hospital, Australia. Samt skaffet informert samtykke fra deltakerne og anonymisert resultatene.

### 3.4 Metodekritikk

Gjennom metodekritikk må jeg gjøre en vurdering om litteratursøket mitt som metode er gjennomført systematisk.

Først og fremst kan jeg se på valg av søkeord, valget av disse gjorde jeg på et tidlig tidspunkt i forberedelsen av tema for oppgaven. Jeg ser i ettertid at jeg trolig kunne undersøkt mer innenfor den helsefaglige emneordlisten MeSH, etter mer presise søkeord. Jeg opererte også

med ulike søkeord i de forskjellige databasene, som redegjort for under 3.2 søkeprosess, på grunn av ulikhetene mellom databasene. Dette kan likevel ha påvirket resultatet.

Mine inklusjons- og eksklusjonskriterier har også hatt betydning for resultatet av litteratursøket mitt. Jeg benyttet for eksempel ulik avgrensning for publikasjon i de to databasene, siste 10 år i «CINAHL» og siste 5 år i «PubMed», også bakgrunn av databasens ulikheter. Det kan tenkes at jeg dermed har gått glipp av en del aktuell litteratur i «PubMed» søket. En annen inklusjonskriterie var for eksempel at artiklene skulle være tilgjengelig i fulltekst, for å sikre umiddelbar og lett tilgang til innholdet. Det kan i midlertidig tenkes at aktuelle artikler for min problemstilling ble filtrert bort på grunn av dette.

Jeg endte opp med 5 utvalgte artikler. 4 kvalitative studier, hvor det er kjent at kvalitativ metode svarer best på undersøkelser om opplevelser og erfaringer. Jeg valgte også å ta med en kvantitativ studie som kartla erfaringer og opplevelsen av tilfredshet i form av statistikk. Jeg mener likevel denne studien er aktuell for min problemstilling.

Alle artiklene var skrevet på engelsk, jeg må ta høyde for at det kan ha forekommet språklige misforståelser i min oversettelse av teksten.

## 4. Resultat

### 4.1 Informal interpreting in general practice: the migrant patient's voice

**Tidsskrift:** Ethnicity & Health

**Forfatter:** Zendedel, Schouten, Van Weert, & Van den Putte (2018).

**Hensikt:** Å undersøke opplevelser av bruk av uformell tolk, blant tyrkisk-nederlandske pasienter i kontakt med sin fastlege, med søkelys på tolkens rolle, tillit og makt.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie fra Nederland. Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer av 21 voksne, kvinnelige, førstegenerasjons innvandrere, med tyrkisk bakgrunn, som hadde benyttet uformell tolk i forbindelse med besøk hos sin fastlege i løpet av det siste året. Kvinnene ble rekruttert gjennom en Tyrkisk Islamsk organisasjon og via det personlige nettverket til flere tyrkisk-nederlandsk forskningsassistenter i studien.

**Resultat:** Den uformelle tolken var hos flertallet av deltakerne et nært familiemedlem, hvor det eksisterte et tillitsforhold. Foruten oversettelse, ble det forventet at tolken også fungerte som omsorgsperson og talsperson for pasienten i møte med fastlegen. Under konsultasjonen foregikk som oftest samtalen mellom legen og tolken, ettersom tolken allerede hadde kjennskap til pasientens årsak til å oppsøke legen. Deltakerne opplevde ikke dette noe negativt, men heller som en form for myndiggjøring av seg selv og sin situasjon. De fleste hadde tiltro til at tolken ærlig oversatte all informasjon fra legen. Tolkens språkkompetanse var som oftest ikke et tema, da deltakerne selv ikke var i stand til å vurdere dette.

**Konklusjon:** Deltakerne foretrakk bruk av uformell tolk, fremfor en profesjonell tolk, selv om svært få hadde erfaring med bruk av profesjonell tolk. Pasienter med innvandrerbakgrunn og dårlige språkkunnskaper, kan ha lite kjennskap til de negative konsekvensene bruk av uformell tolk kan medføre, og til fordelene bruk av en profesjonell tolk kan ha. Det bør settes søkelys på å fremme denne typen bevisstgjøring. Samtidig er det viktig å la pasientens perspektiver på bruk av uformell tolk i medisinsk sammenheng komme frem.

### 4.2 "I understand all the major thing": How older people with limited English proficiency decide their need for a professional interpreter during health care after stroke.

**Tidsskrift:** Ethnicity & Health

**Forfatter:** Fryer, Mackintosh, Stanly & Crichton (2013)

**Hensikt:** Å undersøke hvordan eldre pasienter med svært begrensede engelskkunnskaper, som har gjennomgått hjerneslag, opplever behovet og avgjørelsen for bruk av tolk i kontakt med helsevesenet i rehabiliteringsprosessen.

**Metode:** Denne artikkelen er en kvalitativ studie fra Australia. En såkalt databasert teoriutvikling, basert på dybdeintervju av 13 deltakere tilhørende ulike språkgrupper rekruttert fra rehabiliteringsavdelinger på to offentlige sykehus.

**Resultat:** Deltakerne i studien ønsket gjerne bruk av tolk, men lot helsepersonellet avgjøre om behovet for tolk var stort nok. På grunn av språk barrieren klarte ikke alltid pasientene å gi tilstrekkelig uttrykk for egne ønsker og behov, men de fleste var opptatt av å ikke være til bry og forsøkte likevel med sine begrensede språkkunnskaper å etterkomme helsepersonellets instruksjoner. Flere opplevde at de ikke ble involvert eller forsøkt forstått i situasjoner hvor informasjon eller avgjørelser om behandling skulle gis. Dialogen gikk gjerne direkte til familiemedlemmer i stedet for til pasienten. Generelt opplevde de sjeldent bruk av profesjonell tolk.

**Konklusjon:** Helsepersonell har ansvar for at pasienten er innforstått med hvorfor det kan være viktig med bruk av tolk, samt mulighet til fremme og oppfordre pasientene til å benytte seg av tilbud om tolketjeneste.

#### 4.3 Migrants' perception of using interpreters in health care

**Tidsskrift:** International Nursing Review

**Forfatter:** Hadziabdic, Heikkilä, Albin & Hjelm (2009)

**Hensikt:** Omhandler hvordan innvandrere fra tidligere Jugoslavia opplever bruk av tolk i møte med helsetjenesten.

**Metode:** Denne artikkelen er en kvalitativ studie fra Sverige, basert på semi-strukturerte intervjuer blant 17 personer.

**Resultat:** Alle var opptatt av at tolken skulle være profesjonell, med høye forventninger til adferd, språkkunnskap, medisinsk terminologi og fremfor alt overholde taushetsplikten, noe som var avgjørende for pasientens tillit til tolken. Flere var i midlertidig utrygge til om tolken oversatte alt som ble sagt og om samtalen var konfidensiell. Det ble foretrukket fremmøte tolk fremfor telefontolk, i de fleste situasjoner. Bruk av familie, venner eller flerspråklig

helsepersonell som tolk opplevdes problematisk, gav gjerne ufullstendig oversettelse eller kunne begrense hvor mye pasienter ønsket å dele i samtalen.

**Konklusjon:** Det fremkommer at behov for tolk ble oppfattet som et hinder for det naturlige samspillet med helsepersonellet og for muligheten til å skjerme privatlivet. Samtidig som det ble sett på som høyst nødvendig for å ha mulighet til god kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Bruk av tolk må gjennomføres etter pasientens ønske og videre utvikling av retningslinjer for bruk av tolk i helsetjenesten etterlyses.

#### 4.4 Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden

**Tidsskrift:** Journal of Clinical Nursing

**Forfatter:** Krupic, Hellström, Bisecvic, Sadic & Fatahi (2016)

**Hensikt:** Artikkelen undersøker hvilke erfaringer innvandrere med bakgrunn fra Bosnia Herzegovina, Kosovo, Kroatia og Somalia har med bruk av tolk i møte med svensk helsevesen

**Metode:** Denne artikkelen er en kvalitativ studie, basert på semi-strukturerte gruppeintervjuer med 24 personer rekruttert gjennom et kultursenter i Gøteborg, Sverige.

**Resultat:** Generelt var de fleste deltagerne fornøyde med hvordan helsetjenesten organiserte og la til rette for bruk av tolk etter pasientens individuelle behov. Utførelsen av og kvaliteten på tolketjenesten derimot, ble ansett som utilfredsstillende. Bruken av flerspråklig helsepersonell og familiemedlemmer som tolk ble ansett som problematisk og upassende.

**Konklusjon:** Språkbarrierer har en betydelig innvirkning på kvaliteten av kommunikasjon. Det er behov for en profesjonell, godt organisert tolketjeneste for å imøtekomme språkbarrierer i møte med helsevesenet. Den profesjonelle tolken bør også ha kulturell- og sosial kompetanse, i tillegg til gode språkkunnskaper.

#### 4.5 Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients

**Tidsskrift:** Australian Health Review

**Forfatter:** Schulz, Leder, Akinci & Biggs (2015)

**Hensikt:** Å vise hvordan skjermtolk kan benyttes ved lege konsultasjoner, samt kartlegge hvordan pasient og lege opplever bruk av denne typen tolketjeneste, sammenlignet med oppmøtetolk og telefontolk.

**Metode:** Dette er en kvantitativ studie basert på bruk av skjermtolk blant 47 pasienter med innvandrerbakgrunn og 50 leger i tilknytning til Royal Albert Hospital i Melbourne, Victoria, Australia. I etterkant av videokonsultasjonen gjennomførte pasient og lege hvert sitt spørreskjema, hvor de ble bedt om å skalere sin tilfredshet, samt svare på noen demografiske og åpne spørsmål.

**Resultat:** Totalt var 98% av pasientene fornøyde med bruk av skjermtolk. 86% av pasientene opplevde bruk av skjermtolk som bedre enn bruk av telefontolk. 16% opplevde det som bedre enn oppmøtetolk, mens 58% mente det var av samme kvalitet. 88% av legene opplevde bruk av skjermtolk som bedre enn bruk av telefontolk. Kun 4% opplevde det som bedre enn oppmøte tolk, mens 54% mente det var av samme kvalitet.

**Konklusjon:** Tilgang til og bruk av skjermtolk ble akseptert og vist foretrukket, fremfor telefontolk, av både pasienter og leger i studien. Dette indikerer at bruk av skjermtolk kan være et godt alternativ i de tilfellene hvor det er vanskelig å anskaffe oppmøtetolk.

Etter gjennomgang av alle resultatene, har jeg trukket ut tre hovedfunn som jeg ser nærmer på og drøfter i kapittel 5 opp mot teorien fra kapittel 2 for å søke svar på min problemstilling. Mine tre hovedfunn er organisering av tolketjenesten, opplevelser med bruk av uformell og profesjonell tolk.

## 5. Drøfting

I drøftingen skal en diskutere hvordan resultatet svarer på den aktuelle problemstillingen og forholder seg til aktuell teori (Thidemann, 2019, s. 109).

### 5.1 Hvordan oppleves organiseringen av tolketjenesten?

Innvandrere opplever fortsatt utfordringer rundt organisering av tolketjenesten.

Ikke alle artiklene i dette litteratursøket adresserer temaet organisering av tolketjenesten spesifikt. Jeg mener likevel dette er viktig å fremheve, ettersom organiseringen kanskje utgjør det viktigste grunnlaget for pasientens opplevelse. Egen praksiserfaring hvor jeg observerte mangelfull organisering av tolketjeneste, er også en stor del av årsaken til hvorfor jeg valgte nettopp dette tema for bacheloroppgaven min.

I følge Krupic et al. (2016) var de fleste deltakerne generelt fornøyde med måten tolketjenesten ble organisert, både på sykehus og på helsesenter. Blant annet med bruk av riktig språk og dialekt, og det ble også tatt hensyn til eventuelle kjønnspreferanser.

Det kommer i midlertidig frem en del negative opplevelser rundt organiseringen av tolketjenesten i helsevesenet. I studien til Hadziabdic et al. (2009) beskriver noen av deltakerne opplevelsen av at helsepersonellet av og til var motvillige til å bestille tolk, dersom de mente konsultasjonen kunne gjennomføres uten tolk. Dette førte til begrensninger i kommunikasjonen. Krupic et al. (2016) fant også at flere gav uttrykk for at mangel på tolk førte med seg opplevelse av sinne, skuffelse og frustrasjon, i tillegg til stress og angst. Dette kjenner vi igjen fra helsedirektoratets veileder, hvor det står at språkbarrierer i møte med helsevesenet kan føre til utrygghet, frustrasjon og lavere tillitt til helsevesenet for både pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2011, s. 6).

Hadziabdic et al. (2009) fant også at flere gav uttrykk for misnøye med organiseringen, fordi det ofte ble brukt flere forskjellige tolker til samme pasient. Deltakerne mente det tok tid å opparbeide tillit til tolken, og så dermed fordelen med å bruke samme tolk flere ganger. Med forbehold om at de var fornøyde med den enkelte tolkens tjenester. Planlagte konsultasjoner ble vanligvis organisert med profesjonell tolk, mens uplanlagt kontakt med helsevesenet sjelden gav tilgang til tolk, og familien ble i stedet nødt til å tolke.

Uttalelsen «I understand all the major things» beskriver godt funnene i artikkelen med samme navn av Fryer et al (2013), hvor deltakerne sjeldent opplevde bruk av profesjonell tolk, og overlot avgjørelse om å benytte tolk til helsepersonellet. Pasientene ble på den måten

underlagt helsepersonellens makt, og ønsket ofte å etterkomme deres forventninger gjennom å klare seg så godt de kunne med sine svært begrensede engelskkunnskaper. Dette resulterte i at flere hadde dårlig forståelse av egen helse og anbefalinger om videre oppfølging. Disse funnene har fellestrekk med Helsedirektoratets (2011, s. 6) veileder, som beskriver hvordan språkbarrierer kan føre til at pasienten får problemer med å følge anbefalinger for oppfølging, fordi de mangler forståelse av egen sykdom, noe som også gir høyere risiko for blant annet reinnleggelse i helseinstitusjon. Denne typen underdanig adferd kan også kanskje sees i sammenheng med lav selvtillit, som kan forekomme når en ikke er en del av det språklige felleskapet og dermed ikke kan utrykke seg godt nok og bli forstått (Solvoll, 2016, s. 117).

Skal vi se tilbake på Travelbees sykepleieteori, kunne ikke den mellommenneskelige relasjonen etableres, dersom partene ikke møtte hverandre som individer og så forbi stereotypier og roller (Travelbee, 1971, s.119). En ujevn maktbalanse mellom sykepleier og pasient, som den Fryer et al. (2013) beskriver legger vel ikke til rette for dette? Forståelsen av den sykes kommunikasjon, var også grunnleggende for at sykepleieren kunne kartlegge behov for sykepleietiltak (Travelbee, 1971, s. 93). Dersom sykepleieren ikke forstår hva pasienten uttrykker, hvilke forutsetninger har en da for å kunne utøve god sykepleie? Sykepleierens profesjonelle kommunikasjon, som er grunnlagt på yrkes verdigrunnlag (Eide og Eide, 2008, s. 18) vil også være utfordret, når arbeidet ikke er i tråd med NSF's yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleieren skal gi pasienten tilstrekkelig, tilpasset informasjon, og sikre at pasienten forstår (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Etter å ha satt meg inn i teori, lovverk og retningslinjer om bruk av tolk i helsetjenesten ligger mye til rette for at organisering av denne tjenesten skal fungere godt i Norge. Tolketjenesten er også tilgjengelig gjennom ulike typer tolk, som fremmøtetolk, telefontolk og skjermtolk. Shulz et al. (2015) viste i sin studie hvordan pasienten og helsepersonellet erfarte bruk av disse ulike typene tolk, og hvordan teknologien kan hjelpe oss å øke tilgjengeligheten til gode tolketjenester og sikre pasienten bedre helsehjelp. Egen erfaring fra hjemmesykepleiepraksis, var likevel at svært få av helsepersonellet og deler av ledelsen ikke hadde kjennskap til lovverk og retningslinjer for bruk av tolk. Det fantes heller ingen prosedyrer på arbeidsplassen for hvordan en praktisk skulle kunne anskaffe tolk. I Norge er det den enkelte helsetjenesten som har ansvar for å dekke kostnader ved bruk av tolketjeneste (Helsedirektoratet, 2011, s.14). Det er videre det enkelte helsepersonellet som skal sikre forsvarlig helsehjelp gjennom å informere pasienten om hans rettigheter og muligheter, vurdere behovet, oppfordre til bruk og kunne anskaffe tolk (Helsedirektoratet, 2011, s 6). Den aktuelle pasienten fremstod, slik



jeg oppfattet det, ikke som informert om sine rettigheter til bruk av tolketjenester. Bruk av uformell tolk gjorde også at vi som helsepersonell, etter min mening, lå i grenseland når det gjaldt å overholde taushetsplikten, selv om pasienten samtykket til bruk av familie og kjente som tolk.

Min enkeltstående erfaring, kan ikke nødvendigvis generaliseres, men den er likevel et tegn på at målsettingen om likeverdige helsetjenester til alle landet innbyggere, også innvandrere, ikke er oppnådd overalt i Norge. Kan årsaken ha sammenheng med at det fortsatt ikke er lovpålagt bruk av tolk? Eller at helseinstitusjoner og helsepersonell ikke har nok kunnskap om når, hvordan og hvorfor en skal bruke tolk? Det kommer frem at helsepersonellet har stor innflytelse og makt over avgjørelsen om det skal benyttes tolk eller ikke (Hadziabdic et al. 2009, Fryer et al. 2013). Jeg mener derfor at det er avgjørende at helsepersonellet tilegner seg denne kunnskapen.

## 5.2 Den uformelle tolken

Innvandrere opplever bruk av uformell tolk i møte med helsevesenet som problematisk.

Fryer et al. (2013) beskriver blant annet hvordan pasientene ofte opplevde å bli satt på siden i egen konsultasjon, og at informasjon fra helsepersonellet i stedet gikk direkte til deres pårørende. Mange gav uttrykk for en følelse av umyndiggjøring. Noen opplevde det også som belastende å pålegge sine pårørende ansvaret med å oversette, da de ikke ønsket å være en byrde for familien.

I studien til Krupic et al. (2016) problematiserer mange bruk av familiemedlemmer med utilstrekkelige språkkunnskaper som uformell tolk, nettopp fordi de heller ikke forstår alt som blir fortalt. Noen hadde også opplevd at familiemedlemmet unnlot å oversette alt som ble fortalt av helsepersonellet, for å skjerme pasienten. De hadde også negative erfaringer med bruk av flerspråklig helsepersonell som tolk, fordi tolken da ikke opplevdes tilstrekkelig fokusert på grunn av mangel på tid, pasienten uttrykket også usikkerhet for om alt som ble sagt faktisk ble oversatt.

Hadziabdic et al. (2009) viste at bruk av familiemedlemmer som tolk opplevdes negativt, på grunn av familiemedlemmets manglende språkkompetanse og at pasienten opplevde seg utilpass og blottlagt ved fysisk undersøkelser, dersom familiemedlemmet var av motsatt kjønn. Noen snakket også om hvordan bruk av barn som tolk var problematisk, fordi en

forelder ikke kan fortelle alt foran sitt barn og fordi barnet kunne oppleve det som svært belastende.

Disse resultatene samsvarer med det Hansen (2016, s. 93) og Helsedirektoratets veileder om kommunikasjon via tolk for helsektoren (Helsedirektoratet, 2011, s. 7) trekker ut som problemområdene ved bruk av uformell tolk. En kan blant annet ikke kvalitetssikre den uformelle tolkens språkkompetanse eller hva som faktisk blir oversatt. Når det gjelder bruk av barn som tolk er dette i Norge forbudt gjennom forvaltningsloven (1967, § 11 e) og i strid med FNs barnekonvensjon (Barne- og familiedepartementet, 1989, s.25) og skal derfor ikke forekomme.

I studien til Zendedel et al. (2018) kommer det derimot frem positive erfaringer med bruk av uformell tolk, og da helst ved bruk av et nært familiemedlem. Dette ble satt i sammenheng med pasientens relasjon til den som tolket, og var sterkt preget av tillitt. Pasienten hadde forventninger til at den uformelle tolken skulle bidra med mer en ren oversettelse, men også fungere som pasientens advokat og forkjemper i møte med helsevesenet. Også i studien til Hadziabdic et al. (2009), var det noen, men her et mindretall av deltakerne, som var positive til bruk av et familiemedlem som tolk, nettopp på grunn av et slikt tillitsforhold til personen, som dermed også kunne bidra med emosjonell støtte. Her aksepterte også flere bruk av flerspråklig helsepersonells som tolk, på bakgrunn av deres helsefaglige utdanning og fordi de effektivt kunne bidra med praktisk hjelp.

Ifølge tall fra IMDi, er det den ukvalifiserte tolken som oftest blir brukt til tolkeoppdrag i offentlig sektor (IMDi, 2020), dette på tross av de nasjonale anbefalingene som fremmer bruk av profesjonell tolk (Helsedirektoratet, 2011). Årsaken kan til dels være at familietolken er lett tilgjengelig (Hanssen, 2016, s.93). Innvandrere, og da særlig eldre, har gjerne røtter i et mer familieorientert samfunn og har dermed forventninger til at familien skal stille opp med omsorg og hjelp (Debesay, Arora og Bergland, 2018, s. 97). Dette kan forklare hvorfor flere har forventninger og ønske om å benytte seg av et familiemedlem som tolk i møte med helsevesenet. Mangel på informasjon om tjenestetilbud, egne rettigheter og tolkens rolle, kan også ha innvirkning på hvorfor mange innvandrere foretrekker den uformelle tolken (Helsedirektoratet, 2011, s. 7).

Min personlige erfaring med bruk av uformell tolk i hjemmesykepleiepraksis, er at språk barrieren mellom oss gjorde det helsefaglige arbeidet komplisert og kommunikasjonen gav flere tilfeller av misforståelser. Pasientens perspektiv fikk jeg aldri klarhet i, men han tok ofte

selv initiativ til å hente et familiemedlem eller ringe noen som kunne oversette for oss, jeg opplevde han som lettet og takknemlig når dette ble gjort. Selve tolkingen hadde jeg ingen mulighet til å bedømme kvaliteten av, men flere av de som tolket for oss hadde selv begrensede norskkunnskaper. Oversettingen ble ikke gjort ord for ord, men mer som en oppsummering av alt som angivelig ble sagt fra den ene parten til den andre. Jeg opplevde flere situasjoner der jeg kjente meg usikker på om pasienten virkelig hadde forstått alt vi informerte om.

Pasientens perspektiv vil i alle sammenhenger være viktig å respektere, og helsepersonellet skal legge til rette for brukermedvirkning. Samtidig må helsepersonellet i denne typen situasjon være bevisst sitt ansvar om å sikre at pasienten får ivaretatt sin rettigheter til informasjon i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5). Bruk av den uformelle tolken fremfor en profesjonell tolk kan derfor være i strid med helsepersonellens plikt og ansvar.

### 5.3 Den profesjonelle tolken

Den profesjonelle tolken oppfyller ikke alltid pasientens forventninger.

Når det gjelder forventninger til den profesjonelle tolken fant Hadziabdic et al. (2009) at tolkens adferd ble ansett som viktig, blant annet gjennom at den viste respekt, var nøytral og overholdt taushetsplikten. Men det ble også forventet at tolken hadde høy språkkompetanse og kjennskap til medisinsk terminologi.

Gjennom nasjonalt tolkeregister har Integrerings- og mangfolds direktoratet lagt mye til rette for at man i Norge kan kvalitetssikre språkkompetansen til de profesjonelle tolkene som benyttes i det offentlige (IMDi, 2020). Den profesjonelle tolken er i Norge også underlagt streng regulering av taushetsplikten i henhold til forvaltningsloven, kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven (Helsedirektoratet, 2011, s 7). Bruk av profesjonell tolk i norsk helsevesenet skal derfor være trygt, både for helsepersonell og pasient.

Positive holdninger og opplevelser knyttet til bruk av profesjonell tolk kommer frem hos Hadziabdic et al. (2009), som avdekket at flertallet av deltakerne i deres studie foretrakk en profesjonell tolk. De gav uttrykk for at dette bedret deres muligheter for å forstå og bli forstått, men også deres mulighet til å motta tilstrekkelig behandling og helsehjelp. Her viste deltakerne samme type kunnskap som helsedirektoratet vektlegger, nemlig at

språkbegrensninger blant annet kan føre til dårligere tilgang og kvalitet på helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2011, s 6), samtidig som de ser på den profesjonelle tolken som en løsning på problemet.

I følge Fryer, et al. (2013) var pasientene positive til bruk av profesjonell tolk, men krevde ikke selv at det skulle benyttes, de hadde tillitt til at helsepersonellet ville avgjøre behovet for tolk og eventuelt organisere dette. Zendedel et al. (2018) fant at noen av deltakere indikerte tillitt til profesjonell tolk på bakgrunn av deres taushetsplikt, men for de fleste var dette rent hypotetisk, da flertallet av deltakerne ikke hadde erfaring med bruk av profesjonell tolk. Tall fra IMDi viste at det i Norge i 2018 kun ble benyttet profesjonell tolk i 42% av alle tolkeoppdrag, denne manglende erfaringen med bruk av profesjonell tolk kan derfor muligens også være overførbar til norske forhold (IMDi, 2020).

Det var likevel en del negative opplevelser knyttet til bruk av profesjonell tolk. Deltakerne i studien til Krupic et al. (2016) delte opplevelser om tolkens mangel på profesjonalitet, gjennom lav språkkunnskap, lite kjennskap til medisinsk terminologi, at den opptrådte uinteressert og ikke ble oppfattet som nøytral. Fryer, et al. (2013) fant at enkelte ikke hadde tillitt til tolkens taushetsplikt, og var bekymret for at tolken skulle dele sensitiv informasjon i nærmiljøet. Dette gjenkjenner vi fra teorien, hvor Magelssen (2008) beskriver små innvandremiljøer hvor pasienten og tolken risikerer å treffe hverandre i andre sammenhenger, som bidrar til at pasienten kan vegre seg for bruk av profesjonell tolk. Dette bekreftet også studien til Hadziabdic et al (2009), her ble det også gitt uttrykk for usikkerhet til om tolken oversatte alt som ble sagt. Flere hadde opplevd at den profesjonelle tolken snakket et annet språk eller dialekt enn dem selv, noe som gjorde kommunikasjonen problematisk. Noen fortalte også om misnøye rundt en del praktisk ting rundt utførelsen at tolkeoppdraget som for eksempel at tolken ikke møtte til avtalt tid som påvirket opplevelsen negativt.

Bruk av profesjonell tolk forekommer i ulike former, ifølge Hadziabdic et al. (2009) er fremmøtetolken foretrukket i de fleste tilfellene. Telefontolk var mye brukt, men deltakerne gav uttrykk for misnøye med denne typen tolk, blant annet fordi kroppsspråket ikke kunne benyttes i samtalen, hyppig forekomst av tekniske problemer og fordi pasienten ikke kunne identifisere tolken. Pasientens nonverbale kommunikasjon, med bruk kroppsspråk, tegn og signaler er en viktig del av individets kommunikasjon (Eide og Eide, 2007, s 16). Bruk av telefontolk eliminerer da den nonverbale kommunikasjonen, noe som kan gjøre

kommunikasjonen mer ensformig og begrenser pasientens muligheter til å uttrykke seg å bli forstått. I tilfeller der det ble diskutert sensitiv informasjon, eller fysiske undersøkelser skulle gjennomføres, ble derimot telefontolk foretrukket ettersom pasienten da opplevde å bli anonymisert (Hadziabdic et al., 2009).

Tilgjengelighet av tolketjenester spiller trolig en avgjørende faktor på om profesjonell tolk blir benyttet. Et søk i nasjonalt tolkeregister viser for eksempel at det kun er registret 38 tilgjengelige tolker i Rogaland. Det kan likevel tenkes at det finnes profesjonelle tolker i arbeid som ikke er registret i nasjonalt tolkeregister, men dette gjør det lettere å forstå at det kan være problematisk å anskaffe en profesjonell fremmøtetolk (IMDI, 2020). Selv om mange ikke opplever bruk av telefontolk som optimalt, er det kanskje nettopp telefontolken som er lettest tilgjengelig når en har behov for en profesjonell tolk.

Bruk av skjermtolk er en nyere fenomen, studien til Schulz, et al. (2015) viste hvordan flertallet av pasientene som deltok denne i studien var fornøyde med bruk av skjermtolk og faktisk foretrakk skjermtolk fremfor telefontolk. Rundt halvparten av deltakerne sidestilte det med bruk av fremmøtetolk. En mindre del (19%) var i midlertidig usikre på om skjermtolken fikk med seg alt som ble sagt. Bruk av skjermtolk gir også mulighet for at pasienten får uttrykket begge hovedtypene kommunikasjon, både sin verbale og nonverbale (Eide og Eide, 2007, s. 16), som kan bidra til et bedre kommunikasjonsgrunnlag for samtalepartene. Helsedirektoratets veileder, nevner at bruk av skjermtolk er et godt alternativ dersom det er vanskelig å skaffe kvalifisert fremmøtetolk (Helsedirektoratet, 2011, s. 12). I tråd med teknologisk utvikling og mer bruk av omsorgsteknologi i helsetjenesten, vil kanskje en mer utbredt bruk av skjermtolk derfor være en mulighet til å sikre bedre tilgang til gode tolketjenester i helsetjenesten i fremtiden?

#### 5.4 Implikasjoner for praksis

Disse resultatene baseres på pasienters erfaringer med bruk av tolk i ulike deler av helsevesenet, i ulike deler av verden. De indikerer at det er mangel på kunnskap om bruk av tolketjenester både blant helsepersonell og pasienter.

Jeg mener resultatene derfor er relevante for sykepleiere, annet helsepersonell og ledere i hele helsesektoren, som møter innvandrere blant sine pasientgrupper.

Først og fremst ser jeg et behov for opplæring av helsepersonell, både på utdanningsnivå og i praksis, for å øke deres kunnskap om riktig bruk av tolketjenester, nasjonale retningslinjer og

lovverk. Gode lokale eller interne prosedyrer for hvordan en rent praktisk går til anskaffelse av tolk tror jeg også er svært viktig å implementere. Med denne kunnskapen kan helsepersonellet også ivareta sitt ansvar for å sikre pasientens brukermedvirkning og deres kunnskap om egne rettigheter.

På denne måten mener jeg helsepersonell kan bidra til å sikre likeverdige tjenester og forsvarlig helsehjelp til innvandrere.

## 6. Konklusjon

Så hvordan opplever innvandrere bruk av tolk i møte med helsevesenet? Gjennom dette litteratursøket kommer det frem at organisering av tolketjenesten fremdeles har sine utfordringer. Bruken av den uformelle tolken er fortsatt utbredt, av ulike årsaker, og den profesjonelle tolken, i sine ulike former, leverer ikke alltid tolketjenester som forventet. Manglende bruk av tolk, har mange negative konsekvenser både på individnivå og på systemnivå, og bør vies større oppmerksomhet både blant helsepersonell og pasienter.

Helsepersonellet har stor makt og innflytelse over avgjørelsen om profesjonell tolk skal benyttes. Det er derfor avgjørende at helsepersonell har kunnskap om retningslinjer og lovverk om bruk av tolketjenester, slik at de kan etterleve sin plikt og sitt ansvar for å sikre likeverdige tjenester til denne samfunnsgruppen. Dersom bruk av tolk blir lovfestet i den nye tolkeloven, kan forhåpentligvis organisering av tolketjenesten bli bedre.

Resultatene i denne litteraturstudien gav informasjon om bruk av tolk i ulike deler av helsetjenesten. Å benytte tolk i hjemmesykepleien, sammenlignet med andre typer helseinstitusjoner, er kanskje likevel mer utfordrende. Arbeidets struktur er mer uforutsigbar, helsehjelpen utføres i pasientens hjem, tidspunkt for besøk kan variere, frekvensen er gjerne daglig, og behovet for hjelp er langvarig. Her må kanskje tjenesten tenke kreativt, bruke tilgjengelig teknologi, eller arrangere regelmessige samarbeidsmøter med tolk for å sikre forsvarlig helsehjelp.

Om jeg møter samme utfordring, som jeg møtte i hjemmesykepleie praksis igjen, håper og tror jeg denne kunnskapen kan bidra til at jeg gjør ting annerledes. At jeg kan utfordre kolleger og ledelse til å ta mer bevisste valg og finne gjennomførbare løsninger for å sikre gode likeverdige tjenester til innvandretpasienten.

## Referanser

- Alpers, L-M. (2018) Kapittel 2: Sykepleieres kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I Debesay, J. & Tscudi-Madsen, C. (Red.) *Migrasjon, helse og profesjon* (s.26-43) Oslo: Gyldendal
- Barne- og familiedepartementet (1989) *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. (Utgave 6) Oslo: Gyldendal
- Debesay, J. Arora, S. og Bergland, A. (2018) Kapittel 6: Eldre migranternes møte med helsetjenesten. I Debesay, J. & Tscudi-Madsen, C. (Red.) *Migrasjon, helse og profesjon* (s.94-107) Oslo: Gyldendal
- Debesay, J. & Tscudi-Madsen, C. (2018) Kapittel 1: Migrasjonens betydning for profesjonsutøvelse i helsetjenesten. I Debesay, J. & Tscudi-Madsen, C. (Red.) *Migrasjon, helse og profesjon* (s.11-25) Oslo: Gyldendal
- Eide, T. & Eide, H. (2007) *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fryer, C.E., Mackintosh S.F., Stanly M.J. & Crichton, J. (2013) "I understand all the major thing": How older people with limited English proficiency decide their need for a professional interpreter during health care after stroke. *Ethnicity & Health*, 18 (6) side 610-625. Doi: 10.1080/13557858.2013.828830
- Helsebiblioteket, (2020) Sjekkliste. Hentet 16.03.2020 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet (2011, september) Veileder for kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse og omsorgstjenestene. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-ogpersonell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-og-omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-ogpersonell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-og-omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjo



[n%20via%20tolk%20%E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20persone  
ll%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](#)

HVL (2020, 25.02) Søk etter fagressurser. Hentet fra: <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>

Hadziabdic, E., Heikkilä, K., Albin, B. & Hjelm, K. (2009) Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56 (4) side 461-469. Doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00738.x

Hanssen, I. (2016) Kapittel 20: Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 81-103) Utgave 3. Oslo: Gyldendal

ICN (2002) Nursing Definitions. Hentet fra: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

IMDi (2020) Tolkning i offentlig sektor. Hentet 15.04.2020 fra: <https://www.imdi.no/tolk/>

Kumar, B.N (2010) Kapittel 2: Migrasjon, etnisitet og helse. I Kumar, B.N & Viken, B. (Red.) *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 27-57) Bergen: Fagbokforlaget

Krupic, F., Hellström, M., Bisecvic, M., Sadic, S. & Fatahi, N. (2016) Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experiences by immigrants living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (11-12) side 1721-1728. Doi: 10.1111/jocn.13226

Magelssen, R. (2008) *Kultursensitivitet, om å finne likhetene i forskjellene* (Utgave 2) Oslo: Akribe

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra NSF

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Schulz, T.R., Leder, K., Akinci, I. & Biggs, B-A. (2015) Improvement in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultation for refugee and immigrant patients. *Australian Health Review*, 39 (2) s.395-399. Doi: 10.1071/AH14124

Solvoll, B-A (2016) Kapittel 21: Identitet og egenverd. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie bind 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (s. 105-140) Utgave 3. Oslo: Gyldendal

SSB (2019) Fakta om innvandrere. Hentet 29.02.2020 fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside>

Thidemann, I-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (Utgave 2). Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J. (1971) *Interpersonal aspects of nursing* (Utgave 2) Philadelphia: F.A Davis Company

Zendedel, R., Schouten, B.C., Van Weert, J.C. & Van den Putte, B. (2018) Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients. *Ethnicity & Health*, 23 (2) s.158-173. Doi: 10.1080/13557858.2016.1246939

## Vedlegg 1 - Søkehistorie

Database	Søkeord	Avgrensing	Resultat	Valgt artikkel
CINAHL	Health care AND Use of interpreters	Full text  Publication 2009-2020  Academic journals  All adults	15 treff	<b>4.1</b> Informal interpreting in general practice: the migrant patient's voice
				<b>4.2</b> "I understand all the major things": How older people with limited English proficiency decide their need for a professional interpreter during health care after stroke.
				<b>4.3</b> Migrants' perception of using interpreters in health care.
PubMed	Health care AND Use of interpreter AND Immigrant AND Language barrier	Full text  Publication last 5 years (2015-2020)  Adults 19+ years  Humans	19 treff	<b>4.4</b> Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experiences by migrants living in Sweden.
				<b>4.5</b> Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients