



## Tre er et umage par

en undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning  
i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet

# Tre er et umage par

en undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning  
i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet

Oktober 2008

## **TRE ER ET UMAGE PAR**

en undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning  
i kommunikationen mellem etniske minoriteter  
og sundhedsvæsenet

### *Udarbejdet af:*

Stina Lou, projektleder, antropolog  
E-mail: [stina.lou@stab.rm.dk](mailto:stina.lou@stab.rm.dk)

### *Projektets baggrundsgruppe:*

Praktiserende læge Jette Kolding Kristensen  
Praktiserende læge Birger Aaen-Larsen  
Overlæge Per Sidenius  
Sundhedskonsulent Inge Wittrup  
Kontorchef Kirsten Vinther-Jensen

### *Udgivet af:*

Region Midtjylland  
Center for Folkesundhed  
Sundhedsfremme og Forebyggelse  
Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N  
Tlf: 8728 4700  
Fax: 8728 4702  
E-mail: [folkesundhed@rm.dk](mailto:folkesundhed@rm.dk)  
Web: [www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk)

### *Korrektur & tilrettelæggelse:*

Center for Folkesundhed/Gerd Nielsen

### *Forside:*

Baseret på grafik af billedkunstner  
Hanne Ravn Hermansen

### *Bestilling:*

Rapporten kan erhverves ved henvendelse til  
Center for Folkesundhed eller downloades fra  
[www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk)

Tryk: WERKs Grafiske Hus A/S, 8270 Højbjerg

ISBN: 978-87-92400-01-7 (trykt version)

ISBN: 978-87-92400-02-4 (elektronisk version)

# Forord

Selvom der er meget forskel på, hvor ofte den praktiserende læge i Århus V og overlægen på Hospitalsenheden Vest møder etniske minoritetspatienter, så er etniske minoriteter en voksende del af det danske sundhedsvæsen. Nogle af disse etniske minoritetspatienter har af forskellige årsager begrænsede danskundskaber. Det betyder blandt andet, at de ikke forstår sundhedspersonalets spørgsmål, forklaringer og anbefalinger og/eller, at de ikke selv kan gøre sig forståelige i mødet med sundhedsvæsenet. Det er en fortsat udfordring for både disse patienter og for de sundhedsprofessionelle, som møder dem, at kommunikere på tværs af sprogbarrieren og en stadig kilde til uvished, usikkerhed og frustration for alle parter. I de tilfælde hvor patienten ikke behersker tilstrækkeligt dansk til at kunne informeres om udredning, diagnose og behandling, er det nødvendigt at tilkalde en tolk.

Center for Folkesundhed, Region Midtjylland har gennem længere tid haft etniske minoriteters sundhed som et prioriteret indsatsområde, og her er vi i forskellige sammenhænge stødt på tolkeproblematikken og de udfordringer, som både sundhedsprofessionelle og patienter oplever med brug af tolke. Derfor tog Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, i samarbejde med Afdelingen for Almen Medicin ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, initiativ til en undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoritetspatienter og sundhedsvæsenet.

Undersøgelsen udspringer af et ønske om ikke bare at evaluere tolkebistanden, men især komme med konkrete

te råd til, hvordan den kan kvalificeres inden for de givne rammer. Til dette formål er der anvendt en kombination af kvalitative og kvantitative metoder, og de samlede resultater af undersøgelsen præsenteres i denne rapport. Forhåbentlig kan den viden og de forståelser, der er udsprunget af projektet, fungere som afsæt for og inspiration til en fortsat udvikling af den tolkede samtale.

Jeg vil gerne benytte lejligheden til at takke de sundhedsprofessionelle, tolke og patienter, som har taget sig tid til at dele deres erfaringer med tolkeanvendelse med mig under mine interviews. Tak til personalet i den lægepraksis, hvor jeg har lavet observationer og bl.a. fik mulighed for at overvære en række tolkede konsultationer. Tak til afdelingsledelserne og de mange sundhedsprofessionelle på hospitaler og i almen praksis, som i en travl hverdag alligevel tog sig tid til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Tak til Tolketjenesten for et godt samarbejde og til de engagerede medlemmer af Task Force for inspirerende og informerende med- og modspil. Tak til overlæge Per Sidenius og praktiserende læge Birger Aaen-Larsen for engagement, fagligt input og praktisk hjælp. En særlig tak til kontorchef Kirsten Vinther-Jensen, sundhedskonsulent Inge Wittrup og praktiserende læge Jette Kolding Kristensen for engagement, feedback og tålmodighed. Til sidst tak til redaktionssekretær Gerd Nielsen for omhyggelig korrektur og fast hånd i layout af spørgeskema og rapport.

Århus, oktober 2008  
Stina Lou



# Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning</b>	<b>7</b>
1.1 Baggrund	7
1.2 Tolkeproblematikken kort	8
1.3 Eksisterende forskning	8
1.4 Formål	9
1.5 Læsevejledning	9
<b>2. Resumé</b>	<b>11</b>
2.1 Vilkår og organisering	11
2.2 Rammer og hverdagspraksis	12
2.3 Kommunikation og betydning	12
2.4 Relationer og kategorisering	13
2.5 Den sundhedsprofessionelles ansvar	13
<b>3. Design og metode</b>	<b>15</b>
3.1 Litteraturstudie	15
3.2 Spørgeskemaundersøgelse	15
3.3 Kvalitative undersøgelser	16
Interviews	16
Deltagerobservation	16
Skriftligt materiale	17
3.4 Diskussion af metodevalg	17
<b>4. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen</b>	<b>19</b>
4.1 Antal besvarelser	19
4.2 Kontakt til etniske minoritetspatienter	20
Vanskelig kontakt og årsager hertil	21
4.3 Tolkebehov	23
4.4 Retningslinjer for tolkeanvendelse på hospitaler og i almen praksis	27
4.5 Hvilke typer tolke anvendes?	28
Vurdering af familiære og professionelle tolke	30
4.6 Oplevelse af faglig usikkerhed	32
4.7 Opsamling på resultater	36

<b>5. Mødet mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet</b>	<b>39</b>
5.1 Det er jo det med kulturen	39
5.2 Fra statisk til dynamisk kulturforståelse	41
5.3 Klinikken som et grænseland	42
<b>6. Rammer for tolkning som hverdagspraksis</b>	<b>45</b>
6.1 Tolke i sundhedsvæsenet	45
Professionelle tolke	45
Stor berøringsflade, ingen kolleger	46
Tid som organisatorisk ramme og område for forhandling	47
6.2 Organisatoriske rammer og strukturelle konsekvenser	49
Identifikation af tolkebehov	49
Parallel tolkebestilling	50
Alternative kommunikationsløsninger	50
6.3 Diskussion af organisatoriske rammer og strukturelle konsekvenser	51
<b>7. Kommunikation i den tolkede samtale</b>	<b>53</b>
7.1 Faglig usikkerhed i tolkede samtaler	53
Tolkens kvalifikationer	54
7.2 Forventninger til den gode tolk	55
7.3 Idealet om værdifri tolkning	56
Processuel kommunikation	58
<b>8. Relationer i den tolkede samtale</b>	<b>61</b>
8.1 Tolkens placering mellem patient og sundhedsprofessionel	61
8.2 Relationen mellem tolk og sundhedsprofessionel	62
8.3 Relationen mellem tolk og patient	63
Kender de hinanden for godt?	64
Patientens oplevelse af relationen mellem tolk og patient	64
Tolkens oplevelse af relationen mellem tolk og patient	65
8.4 Daglig praksis udfordrer den professionelle relation	67
<b>9. Familiemedlemmer som tolke</b>	<b>71</b>
9.1 Ingen tolkeforudsætninger	72
9.2 Sprogbeherskelse	72
9.3 Tillid og tavshedspligt	72
9.4 Følelsesmæssigt engagement	73
9.5 Børnetolke	75
<b>10. Sundhedsprofessionelle bør sætte rammerne</b>	<b>77</b>
10.1 Forberedelse af den tolkede samtale	77
10.2 Tydeliggørelse af samtalsrammer	78
10.3 Metakommunikation i samtalen	79
10.4 Tilrettelæggelse af tolkeanvendelsen	79
10.5 Kontakt til tolkebureauet	80
10.6 Fælles skolebænk	80
<b>11. Bilag</b>	<b>81</b>
<b>12. Referencer</b>	<b>93</b>

# 1

## Indledning

Center for Folkesundhed, Region Midtjylland har i samarbejde med Afdeling for Almen Medicin, Aarhus Universitet gennemført en undersøgelse af tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet. Formålet med undersøgelsen har været at skabe et solidt fundament for en fortsat videreudvikling af sundhedsvæsenets brug af tolke og tolkning.

Styrende for undersøgelsen har været et ønske om en bred belysning af tolkningens vilkår og betydning i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland – herunder at få et overblik over eksisterende forskning, at indsamle viden om brugen af tolke på hospitaler og i almen praksis samt afdække de involverede parterers oplevelser med og forståelse af at deltage i tolkede samtaler. I denne rapport formidles undersøgelsens resultater.

### 1.1 Baggrund

I Danmark bor der i 2008 ca. 340.000 indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande<sup>1</sup>, men der findes ikke tilgængelig statistik, som giver et dækkende billede af disse menneskers dansk kundskaber. En undersøgelse peger på, at det især er gruppen af indvandrere, der er kommet til Danmark som teenagere eller ældre, der har svage dansk kundskaber (Mogensen & Matthiessen 2000), men hvor mange det reelt drejer sig om, ved vi ikke.

Dansk kundskaber er centrale for at kunne begå sig i det danske samfund, og manglende sproglig kunnen kan

have omfattende konsekvenser, bl.a. i mødet med sundhedsvæsenet. Når en patient enten slet ikke eller kun i begrænset omfang taler dansk, påvirker det ikke kun diagnostik og behandling, men også kommunikation om forebyggelse, rehabilitering og egenomsorg. I Danmark er information en patientrettighed og en forudsætning for et gyldigt informeret samtykke (Lov om patienters retsstilling 1998). Når patienten ikke behersker dansk, er det derfor nødvendigt på anden vis at sikre, at patienten er informeret om fx diagnose, behandlingsmuligheder og behandlingsforløb. Som oftest løses sprogbarrieren ved at tilkalde en tolk, men tolkeanvendelse er ingen garanti for en ubesværet kommunikation mellem sundhedsprofessionel og patient. Gennem mange år har såvel selve adgangen til tolkning som kvaliteten af og forskellige former for tolkning været genstand for debat.

Center for Folkesundhed, Region Midtjylland har gennem en årrække haft etniske minoriteters sundhed som prioriteret indsatsområde. Gennem en række forsknings- og udviklingsprojekter er der på forskellig vis indsamlet viden om og udviklet indsatser rettet mod etniske minoriteters møde med sundhedsvæsenet. I regi af dette arbejde er vi ofte stødt på tolkeproblematikken – både i forhold til sundhedsprofessionelle og etniske minoritetspatienter. På konferencer, symposier og temadage om etniske minoriteters sundhed er det et emne, der ofte dukker op. I sådanne diskussioner er det dog tydeligt, at vi mangler et mere kvalificeret grundlag at diskutere på.

1. Kilde: [www.nyidanmark.dk](http://www.nyidanmark.dk)

## 1.2 Tolkeproblematikken kort

Man kan spørge, hvorfor tolkning overhovedet er et problem. Tolkning burde jo netop være *løsningen* på et problem, nemlig den sproglige barriere. En praktiserende læge svarer på spørgsmålet om, hvorfor hun synes, at tolkede konsultationer med etniske minoritetspatienter kan være vanskelige, på denne måde:

---

Jamen der er flere ting i det. Altså, for det første så tager konsultationen længere tid, ... og jeg har tit fornemmelsen af, at jeg har mistet noget i leddet mellem patienten og tolken og mig. ... Jeg har oplevelsen af, at der er nogle tolke, som oversætter direkte hvad der bliver sagt; men jeg har sandelig også oplevelsen af, at der er nogle, der ikke oversætter præcis, hvad patienten siger, eller hvad JEG siger. Det kan for eksempel være, hvis de ikke ved, hvad det lige præcis er jeg mener, eller hvad ordet betyder. (Praktiserende læge 1)

---

Samtidig med at tolkningen løser ét problem, det sproglige, så opstår der en række andre potentielle vanskeligheder. Citatet viser, hvordan lægen oplever, at den tolkede samtale tager længere tid, og hun er usikker på om alting oversættes. Det særlige ved en tolket samtale er, at man er afhængig af en tredjeperson i en samtale, der normalt er forbeholdt læge og patient. Og det særlige ved denne tredjeperson er, at han/hun er den eneste, der har det fulde overblik over, hvad der faktisk siges i konsultationen. Hertil kommer, at den tolkede samtale ikke kan løsnes fra den sociale, kulturelle og institutionelle ramme, der er omkring sundhedsvæsenet generelt og omkring sundhedsvæsenets møde med den etniske minoritetspatient mere specifikt. I den tolkede samtale kan nogle af disse problemstillinger blive endnu tydeligere og sværere at håndtere.

## 1.3 Eksisterende forskning

Både danske og udenlandske undersøgelser viser, at den tolkede konsultation kan være vanskelig og utilfredsstillende for både patient, tolk og sundhedsprofessionel (Flores 2005; Curtis 2001; Maltby 1999; Bischoff & Loutan

2004; Fatahi et al. 2005), og at der er en række specifikke problemer i konsultationer med patienter med manglende sprogbeherskelse – både for læge og for patient.

Undersøgelser viser, at patienter med dårlige sprogkunderskaber<sup>2</sup>:

- Har dårlig forståelse af diagnose og behandling (Baker et al. 1996; Green et al. 2005).
- Er mindre tilfredse med konsultationen (Carrasquillo et al. 1999; Baker et al. 1998).
- Forlader konsultationen med utilstrækkelig viden om egenomsorg og forebyggelse (Jahn 2001; Harmsen et al. 2003).
- Har færre kommentarer/spørgsmål under konsultationen og større sandsynlighed for, at lægen ignorerer eventuelle kommentarer (Rivadeneyra et al. 2000).
- Har større risiko for at blive udsat for fejlbehandling under indlæggelse som følge af dårlig tolkning/misforståelser (Flores et al. 2003; Cohen et al. 2005).

Andre undersøgelser viser, at kontakten med patienter med dårlige sprogkunderskaber også påvirker sundhedsprofessionelle, som:

- Søger at undgå kommunikation med patienter med manglende sprogbeherskelse (O'Leary et al. 2003).
- Oplever de etniske minoritetspatienter som mere tidskrævende (Tocher & Larson 1999) og ressourcekrævende (Fagan et al. 2003; Kvarnström et al. 2001).
- Føler sig mere stressede, forvirrede eller frustrerede i konsultationer med etniske minoritetspatienter (Cioffi 2003; Krasnik et al. 2004).
- Accepterer en lavere kvalitet i konsultationer med etniske minoritetspatienter sammenlignet med majoritetspatienter (O'Leary et al. 2003; Karliner et al. 2004).

Brug af tolk kan i et vist omfang forbedre etniske minoritetspatienters adgang til og udbytte af sundhedsvæsenet. For eksempel viser undersøgelser, at brug af tolk mindsker risikoen for fejl diagnose (Flores et al. 2003; Cohen et al. 2005), og øger både sundhedsprofessionelles og patienters tilfredshed med konsultationens kvalitet (Baker et al. 1996; Flores 2005; Jacobs et al. 2001).

---

2. Her menes dårlige sprogkunderskaber på majoritetssproget i det land, hvor patienten opholder sig.

Den eksisterende forskning på tolkeområdet er primært international, men tolkeanvendelse er også belyst i danske undersøgelser. Denne rapport lægger sig i forlængelse af disse arbejder og analyser, og især skal Tine Curtis (Curtis 2001), Lise Paulsen-Galal (Paulsen-Galal 2003) og Omar Dhahir (Dhahir 2004) fremhæves og anbefales. De beskæftiger sig kvalitativt med den tolkede samtale i henholdsvis det grønlandske sundhedsvæsen, i lokalpsykiatrien og på socialkontoret.

## 1.4 Formål

Der mangler stadig konkret viden om og løsningsforslag til, hvordan den nødvendige, tolkede kommunikation optimeres inden for de givne rammer og i et dansk sundhedsvæsen. For at udvikle den nuværende praksis i sundhedsvæsenet er det nødvendigt med en systematisk vidensindsamling og en uddybende undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning. Derfor iværksættes det udviklingsprojekt, som afrapporteres her. Projektet er fundet i følgende antagelser:

1. Der er behov for en videreudvikling og forbedring af tolkeanvendelsen i sundhedsvæsenet.
2. En sådan videreudvikling og forbedring kan ske inden for de allerede eksisterende rammer.
3. Tolkningen er en del af et større møde mellem sundhedsvæsenet og etniske minoriteter, hvor sproglige barrierer kun er én af flere årsager til kommunikationsvanskeligheder.

Projektets formål er at give et overblik over, hvordan aktørerne i sundhedsvæsenet rekvirerer, praktiserer og evaluerer tolkningen i hverdagen samt komme med konkrete løsningsforslag til, hvordan kommunikationen vil kunne forbedres inden for de givne rammer.

## 1.5 Læsevejledning

I denne rapport redegøres for undersøgelsesresultater, der er relevante for sundhedsprofessionelles fortsatte arbejde med at forbedre tolkeanvendelsen i sundhedsvæsenet. Rapporten indledes (kapitel 2) med et kort resumé af de vigtigste resultater. I kapitel 3 beskrives de forskellige dataindsamlingsmetoder, der er anvendt i undersøgelsen, og de muligheder og begrænsninger som metodevalget medfører. En del af projektet har været at gennemføre en

spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle på hospitaler og i almen praksis i Region Midtjylland. De vigtigste resultater herfra fremlægges i kapitel 4.

En indledende antagelse i projektet har været, at tolkningen ikke kan isoleres fra den større sammenhæng, som handler om mødet mellem det danske sundhedsvæsen og den etniske minoritetspatient mere generelt. I kapitel 5 behandles dette spørgsmål med fokus på kulturen som forklaringsmodel. I kapitlet diskuteres kulturbegrebet, og hvordan forventningen om kulturel anderledeshed påvirker det, der siges og gøres i mødet mellem sundhedsprofessionelle og etniske minoritetspatienter i det danske sundhedsvæsen.

Herefter følger i kapitel 6 en beskrivelse af tolkning som hverdagspraksis. I kapitlet præsenteres de forskellige typer af tolke, der anvendes, ligesom tolkenes ansættelses- og arbejdsvilkår belyses og diskuteres. Herefter beskrives sundhedsvæsenets brug af tolke med særligt fokus på, hvilke konsekvenser de organisatoriske rammer har for daglig praksis omkring tolkeanvendelse.

Efter en beskrivelse af rammerne for tolkeanvendelse bliver det i kapitel 7 diskuteret, hvilken betydning det har for kommunikationen, at den er tolket. I kapitlet beskrives, hvordan sundhedsprofessionelle og patienter i denne undersøgelse alle oplever at 'miste noget' i den tolkede samtale. Det fører til en diskussion af den neutrale og værdifri oversættelse, som både tolke, patienter og sundhedsprofessionelle definerer som et ideal for den tolkede samtale.

Et møde mellem sundhedsprofessionel, tolk og patient består ikke kun af kommunikation, men også af relationer. Relationer, der har indflydelse på, hvad der kan kommunikeres om og hvordan. I kapitel 8 præsenteres parternes forventninger til tolkens rolle og relationerne mellem henholdsvis tolk og patient samt tolk og sundhedsprofessionel. De særlige problematikker ved anvendelse af familiemedlemmer som tolke vil blive omtalt i kapitel 9.

I det afsluttende kapitel (kapitel 10) diskuteres, hvordan sundhedsprofessionelle kan bidrage til at sætte rammer for den tolkede samtale, og hvordan man i almen praksis og på hospitalerne kan arbejde med at understøtte en god tolket kommunikation mellem sundhedsprofessionelle, tolk og patient.



# 2 Resumé

Projektets formål er at give et overblik over, hvordan aktørerne i sundhedsvæsenet rekvirerer, praktiserer og evaluerer tolkningen i hverdagen samt komme med konkrete løsningsforslag til, hvordan kommunikationen vil kunne forbedres inden for de givne rammer. Til belysning af emnet er der gennemført et litteraturstudie samt anvendt forskellige kvalitative og kvantitative metoder.

## 2.1 Vilkår og organisering

Den eksisterende praksis i sundhedsvæsenet omkring kommunikation med etniske minoriteter er bl.a. undersøgt via et spørgeskema målrettet sundhedsprofessionelle på hospitaler og i almen praksis (n=611). Helt centralt viser spørgeskemaundersøgelsen, at kommunikationsproblemer angives som den vigtigste årsag til, at kontakten til etniske minoritetspatienter kan være vanskelig. Sundhedspersonalet anvender både professionelle og familiære tolke, men de professionelle vurderes mere positivt end de familiære tolke i forhold til eksempelvis tillid til oversættelsen og forsøg på at øve indflydelse på konsultationen. Til gengæld oplever de sundhedsprofessionelle, at patienterne ofte er tilfredse med, at der anvendes familiær såvel som professionel tolk. Undersøgelsen viser endvidere, at et flertal af de sundhedsprofessionelle ind imellem eller ofte oplever en øget faglig usikkerhed i tolkede konsultationer sammenlignet med tilsvarende konsultationer med danske patienter. Denne usikkerhed knytter især an til den kommunikative barriere, som betyder, at den sundhedsprofessionelle har vanskeligere ved at etablere kontakt til patienten og kan opleve tvivl, om symptomer er forstået korrekt, og om patienten har forstået diagnose og behandling. Uvished om tolkens kom-

petencer er en anden årsag til faglig usikkerhed. Undersøgelsen viser også, at et stort flertal af de deltagende sundhedsprofessionelle er interesserede i yderligere undervisning i den tolkede samtale.

Resultaterne afspejler de forskellige strukturelle og organisatoriske rammer, som henholdsvis hospitaler og almen praksis er underlagt. Institutionerne har forskellige formål og dermed også forskellige betingelser for mødet med den etniske minoritetspatient med ingen eller begrænsede dansk kundskaber. Spørgeskemaundersøgelsen viser eksempelvis, at etniske minoritetspatienter fylder mere og opleves som en større udfordring i almen praksis end på hospitalerne.

Den tolkede samtale kan ikke løsrives fra den sociale, kulturelle og institutionelle ramme, der er omkring sundhedsvæsenet generelt og omkring sundhedsvæsenets møde med etniske minoritetspatienter mere specifikt. Denne – og andre – undersøgelser viser, at 1) etniske minoriteter opleves som ressourcekrævende eller som krævende 'noget andet' af de danske sundhedsprofessionelle. Og 2) dette 'andet' forklares med henvisning til patienternes kultur eller nogle forskellige (kulturelle) opfattelser. Med udgangspunkt i begrebet grænseland diskuteres, hvordan forventningen om forskellighed mellem læge og etnisk minoritetspatient er med til at generere og understøtte oplevelsen af forskellighed i mødet mellem parterne. Anerkendelsen af potentiel forskellighed er et udmærket afsæt for kommunikation, så længe denne anerkendelse betyder, at parterne gør sig ekstra umage med at finde et fælles ståsted. Pointen er, at det fælles ståsted er noget, man skaber sammen. Man kan ikke regne

sig frem til patientens ståsted ved et forhåndskendskab til vedkommendes kultur.

## 2.2 Rammer og hverdagspraksis

Dette grænseland er også konteksten for det tolkede møde mellem sundhedsprofessionel, patient og tolk. Undersøgelsen af sundhedsvæsenets rammer for tolkeanvendelse viser, at det især er kvaliteten og organiseringen af tolkebistanden, der fylder i parternes beskrivelser af hverdagspraksis. Kvaliteten i tolkningen påvirkes bl.a. af tolkenes arbejdsbetingelser: de er ikke medicinsk uddannede, de arbejder alene og skal bevæge sig – fysisk og mentalt – mellem mange forskellige institutioner og situationer i løbet af en dag. Kvaliteten påvirkes også af det tidspres, som man arbejder under i sundhedsvæsenet. Dette tidspres kan være svært foreneligt med for det første, at tolkede konsultationer tager længere tid og for det andet, at tolken qua sin stramme tidsplan kan have svært ved at være fleksibel i forhold til forsinkelser o.lign. I

forhold til organiseringen af tolkebistanden viser undersøgelsen, at der er stor variation med hensyn til, hvordan tolkebehov identificeres, og hvem der tager/får ansvar for, at der er en tolk til stede ved konsultationen. Den viser også, at der sideløbende med den officielle tolkebestilling foregår en parallel tolkebestilling, hvor patienter og sundhedsprofessionelle forsøger at sikre, at patienten har den samme tolk med så ofte som muligt.

Inden for de givne rammer er det ikke altid muligt at skaffe en professionel tolk, hvilket medfører, at sundhedsvæsenet er afhængig af alternative kommunikationsløsninger – eksempelvis anvendelse af familiære tolke eller telefontolke. Det kan overvejes, om sundhedsvæsenet kan bidrage til en opkvalificering af tolkenes kendskab til sundhedsfaglige emner, og om sundhedspersonalet skal have særlig uddannelse i tolkeanvendelse. Det kan endvidere overvejes, om den nuværende organisering kan tilrettelægges mere hensigtsmæssigt, så tiden og tolken udnyttes bedre.

## 2.3 Kommunikation og betydning

I en tolket samtale mister man kontrollen over det, der siges på ens vegne, og man kan heller ikke foretage en selvstændig vurdering af, hvad det præcis er, den anden siger. Man er afhængig af, hvad en tredjeperson kan og vil for-

midle. De sundhedsprofessionelle oplever at miste noget i leddene mellem patient, tolk og sundhedsprofessionel. Det opleves bl.a. som vanskeligere at etablere kontakt til patienten, og de sundhedsprofessionelle har oplevelsen af, at der går noget tabt i oversættelsen.

Undersøgelsen viser konsensus blandt sundhedsprofessionelle, patienter og tolke om, hvad en god tolk kan og gør. Alle parter vægter den neutrale og værdifri tolkning meget højt. Dette fælles udgangspunkt er dog et ideal, som ind imellem viser sig vanskeligt at praktisere. En konsultation er en kompleks situation, hvor tolkningen foregår 'live', og hvor tolken på stedet – på et øjeblik – skal håndtere de fejl, misforståelser, konflikter og interrelationelle faktorer, som karakteriserer verbal kommunikation. I denne kontekst kan der være stor forskel på, hvad parterne oplever der bliver sagt, og netop derfor kan det være en stor udfordring at oversætte så neutralt og værdifrit som muligt.

Derfor må vi se kommunikation, som noget der skabes i en bestemt sammenhæng og i en forhandling mellem de parter, der deltager i konsultationen. I daglig praksis vil oversættelsen i forskellig grad være tolkens subjektive vurdering af, hvordan udsagn bedst viderefremmes på en måde, så kommunikationen mellem patient og sundhedsprofessionel opretholdes. Det er dog nødvendigt at synliggøre den proces, som tolken faktisk deltager i, nemlig et samspil mellem læge og patient om, hvorfor patienten henvender sig, og hvad der skal ske.

Nogle samtaler handler om meget simple problemstillinger, hvor der er nogenlunde overensstemmelse mellem parternes forståelser og forventninger. I andre samtaler er komplicerede problemstillinger på spil, og parternes erfaringer kan ligge langt fra hinanden. Der er tale om to forskellige former for kommunikation og således om tolkning, som kræver noget forskelligt af tolken og af de parter, der tolkes for. I de fleste samtaler veksles der mellem de to typer af kommunikation afhængigt af samtalelens kompleksitet.

Neutral og værdifri tolkning skal tilstræbes, men kan ikke altid lade sig gøre, fordi kommunikation som oftest ikke er entydig og lineær. Tolkning bør derfor forstås og praktiseres som en bevægelse på et kontinuum mellem neutralitet og mere aktiv involvering. Det er afgørende, at der er åbenhed om disse bevægelser, således at den sundheds-

professionelle er klar over, hvilken proces der er i gang og tager det professionelle ansvar for denne proces. Der bør altså være et metaniveau i tolkede samtaler, hvor parterne kommunikerer om, hvordan de kommunikerer. Ved at anerkende nødvendigheden af metakommunikation kan man trække tolken tættere på sundhedsvæsenet og gøre tolkning til noget, der kan diskuteres og stilles krav til.

## 2.4 Relationer og kategorisering

Undersøgelsen viser, at det er nødvendigt at anerkende, at tolken på et eller andet niveau deltager i processen omkring udredning, diagnose og behandling. Ikke kun i forhold til hvad og hvordan der oversættes, men også i forhold til hvad der overhovedet bliver sagt, hvilken betydning det tillægges, og hvordan konsultationen udvikler sig. Den tolkede samtale er ikke en dialog, men en udveksling mellem tre parter, hvorfor det er nødvendigt at anerkende tolken som en deltager i processen. Tolken er altså en ressource og derfor en potentielt magtfuld formidler i grænselandet mellem patientens personlige erfaringer og lægens professionelle viden.

Der er tre parter til stede i konsultationen, men kun to kategorier – sundhedsprofessionel eller patient –, og tolken er ikke entydigt indplaceret i enten den ene eller den anden kategori, men har heller ikke sin egen. Undersøgelsen peger på, at en tydeligere kategorisering af tolken som en del af sundhedspersonalet vil gøre samtalen lettere at håndtere for alle parter.

Undersøgelsen viser, at der i konsultationen foregår en forhandling om tolkens ressourcer, men at den sundhedsprofessionelle ofte er lidt på sidelinjen i denne forhand-

ling og først aktivt engagerer sig i den tolkede samtale, når den ikke fungerer. Den daglige praksis i sundhedsvæsenet betyder, at konsultationen ofte starter allerede i venteværelset, hvilket gør det vanskeligt for tolken at opretholde sin professionelle distance til patienten. Undersøgelsen viser også, at de sundhedsprofessionelle kunne yde en mere aktiv indsats for at understøtte den professionelle tolks neutralitet – en støtte som de interviewede tolke efterlyser.

De familiære tolke er en integreret del af den måde, hvorpå sundhedsvæsenet kommunikerer med etniske minoritetspatienter med ingen eller begrænsede dansk kundskaber. Dette er u hensigtsmæssigt, fordi de familiære tolke ikke er uddannede, der er ikke sikkerhed for, at de behersker begge dialogsproge, og de er ikke underlagt tavshedspligt. Et væsentligt usikkerhedsmoment ved anvendelse af familiære tolke er endvidere, at familiemedlemmets personlige engagement i patienten kan gøre det meget vanskeligt at oversætte direkte og neutralt. Eftersom det er usandsynligt, at sundhedsvæsenet helt kan undlade at anvende familiære tolke, bør det overvejes, hvordan sundhedsprofessionelle i højere grad udstikker rammerne for denne type af tolkede konsultationer.

## 2.5 Den sundhedsprofessionelles ansvar

Sundhedsprofessionelle har mulighed for at skabe rammerne for tolkeanvendelsen. Rammer, hvor tolken i højere grad defineres som en del af sundhedsvæsenet end som patientens 'tilnærmelsesvis pårørende', og hvor der til stadighed arbejdes på at understøtte en tillidsfuld, professionel relation mellem tolke og sundhedsprofessionelle.



# 3 Design og metode

Tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet er, hvad man inden for evalueringsterminologien vil kalde et 'vildt' problem. Vilde problemer er kendetegnet ved, at de ikke klart kan afgrænses og defineres, men er vanskelige at adskille fra andre problemer (Krogstrup 2007). Det betyder også, at de ikke har nogen entydig løsning, men at et løsningsforslag altid vil være normativt og til diskussion. Det er med en anerkendelse af tolkeproblematikkens mangfoldighed og med et ønske om at få så bred en belysning af tolkeproblematikken som muligt, at denne undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet inkluderer flere forskellige metodemæssige tilgange.

## 3.1 Litteraturstudie

Ved projektstart var der behov for et overblik over eksisterende viden og undersøgelser inden for tolkeanvendelse, og derfor blev projektet indledt med et litteraturstudie.

Formålet med litteraturstudiet var at afdække og belyse tolkeproblemets omfang og karakter med hovedvægt på skandinaviske forhold. Første søgning gav kun en begrænset mængde relevant litteratur, og søgningen blev derfor udvidet til også at indbefatte international litteratur. Der er således foretaget en systematisk litteratursøgning i/via såvel danske som internationale sundhedsvidenskabelige og samfundsvidenskabelige databaser. Der er søgt følgende steder:

- Artikelbasen
- Bibliotek.dk
- Den Danske Forskningsdatabase
- DSI-databaser
- Nordisk Campbell Center
- PsychInfo
- PubMed
- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering)
- Sociological Abstracts
- Social Sciences Citation Index
- SveMed+

Resultatet var 99 relevante artikler og afhandlinger, som formidler undersøgelsesresultater fra og erfaringer med etniske minoriteter og tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet. Der er inkluderet både kvalitative og kvantitative undersøgelser på forskellige evidensniveauer. For at opnå overblik over væsentlige centrale problemstillinger har udvælgelsen af litteratur haft fokus på at få afdækket et bredt spekter af undersøgelser og indsatser på tolkeområdet. Resultaterne er samlet i en rapport, som udgør en vigtig vidensplatform for nærværende undersøgelse.

## 3.2 Spørgeskemaundersøgelse

Centralt i undersøgelsen står tolkningens *vilkår*, altså den eksisterende praksis på hospitaler og hos alment praktiserende læger i forbindelse med kommunikation med etniske minoriteter, herunder brug af tolke. Til belysning af disse spørgsmål udarbejdedes et spørgeskema målrettet

sundhedsprofessionelle på hospitaler og i almen praksis. Spørgeskemaet (bilag 1) er udarbejdet på baggrund af nogle centrale forskningsspørgsmål fra litteraturstudiet og i dialog med sundhedsprofessionelle:

- Hvilken rolle spiller sproglige barrierer for kommunikationen mellem sundhedspersonale og etniske minoritetspatienter?
- Hvordan identificeres et tolkebehov – hvem eller hvad afgør, om der tilkaldes tolk?
- Hvilke typer af tolkning anvendes?
- Oplever sundhedsprofessionelle en kvalitetsmæssig forskel mellem professionelle og familiære tolke?

Personale på 8 hospitalsafdelinger og i 97 lægepraksis svarede på spørgeskemaet, hvis resultater vil blive beskrevet i næste kapitel.

### 3.3 Kvalitative undersøgelser

Det andet fokus i undersøgelsen var tolkningens *betydning*, altså hvad det betyder for kvaliteten af kommunikationen, at den er tolket. Udgangspunktet var de involverede parter erfaringer med fokus på muligheder og begrænsninger i den tolkede samtale. Hvilke barrierer er der til stede i den tolkede situation, og hvordan forholder parterne sig hertil? Hvilke mulige løsningsforslag peger de involverede parter på?

Til belysning af disse spørgsmål er der benyttet deltagerobservation og kvalitative interviews. Styrken i den kvalitative metode er muligheden for at forstå fænomener i menneskers liv ud fra den betydning og relevans, som mennesker selv tillægger disse fænomener (Lunde & Ramhøj 1995). Gennem kvalitativ teori og metode er det muligt at få indsigt i og forståelse for, hvordan sundhedsprofessionelle, tolke og patienter oplever at deltage i tolkede konsultationer, og hvilke tanker de gør sig om styrker og svagheder ved tolkede samtaler.

#### Interviews

Der gennemførtes individuelle, kvalitative interviews med repræsentanter fra de involverede parter i en tolket konsultation, nemlig sundhedspersonale fra henholdsvis almen praksis og hospitaler, tolke og patienter. Der er således interviewet 3 praktiserende læger, 2 hospitalssygeplejersker, 3 hospitalslæger (heraf én med etnisk minoritetsbaggrund), 5 tolke og 3 etniske minoritetspatienter

med erfaringer med at være afhængig af tolk i mødet med det danske sundhedsvæsen.

Hvert interview tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide udviklet til hver af de interviewede grupper. De forskellige interviewguider havde dog flere temaer tilfælles, fx:

- Forventninger til den gode tolk
- Gode og dårlige oplevelser med tolkning
- Familiære kontra professionelle tolke
- Oplevelse af egne ressourcer og handlemuligheder i tolkede konsultationer.

Alle interviews er gennemført af rapportens forfatter, der er antropolog. De var af ca. en times varighed. Interviewene er optaget på bånd, transskriberet og bearbejdet gennem bl.a. kondensering og kategorisering. De enkelte interview er kondenseret med henblik på identificering af centrale temaer og problemstillinger i deltagernes besvarelser. Herefter er alle interviews læst igennem igen, hvilket sammen med kondenseringerne har fungeret som platform for udvikling af koder. Interviewene er kodet i grupper: tolke, almen praksis, hospitaler og patienter. Efterfølgende er der for hver gruppe skrevet korte sammenfatninger af kodningerne, og alle interviews er derefter gennemlæst på ny med henblik på at identificere evt. oversete temaer og spørgsmål. Til sidst er centrale temaer på tværs af grupperne identificeret, beskrevet og analyseret.

Materialet er analyseret i et kontekstuel perspektiv med henblik på identifikation af forventninger, fortolkninger og ressourcer i den tolkede konsultation. I kvalitativ forskning er dataindsamling og -analyse integrerede. Analysen sker således sideløbende med dataindsamlingen, og forskeren er hele tiden opmærksom på problemstillinger og temaer, som dukker op og evt. inkluderes efterhånden som undersøgelsen skrider frem. Således trækker analysen af interviewene på indsigt opnået undervejs i og sideløbende med interviewene.

#### Deltagerobservation

Deltagerobservation står centralt i den kvalitative metode og har tidligere været uløseligt knyttet til feltarbejdet som antropologens forskningsstrategi. Det har inden for nærværende projekts rammer ikke været muligt at udføre et decideret feltarbejde, men der har været rig mulighed for at bruge deltagerobservationen – ikke blot som red-

skab til dataindsamling, men som erkendelses- og analyseproces. Jeg har altså ikke haft 'en felt', hvor jeg kunne lave deltagerobservation, men jeg har haft forskellige muligheder for at lave deltagerobservation, og på den måde er felten opstået.

Deltagerobservationen har dels bestået af samlet en uges ophold i en lægepraksis, hvor man havde tolkede konsultationer med etniske minoritetspatienter flere gange dagligt. Dette ophold har været centralt for min forståelse af problematikken, og de fysiske og sproglige begrænsninger som tolkeanvendelse er underlagt, og som påvirker både tolk, patient og sundhedsprofessionel. Felten har dog også været alle de sammenhænge, hvor jeg enten selv har deltaget i en diskussion eller har overværet andre diskutere tolkning og etniske minoriteter i sundhedsvæsenet. Det har eksempelvis været på diverse konferencer, temadage og i netværk om etniske minoriteters sundhed. Jeg har deltaget i HK's tolkecafeer og her haft mulighed for at diskutere problematikken. Jeg har bl.a. deltaget i forskellige arbejdsgrupper under Center for Folkesundhed – fx i en ressourcegruppe bestående af tolke og sundhedsprofessionelle med anden etnisk baggrund end dansk og i fyraftensmøder for sundhedsprofessionelle med fokus på etniske minoritetspatienter. Alle disse fora har på forskellig vis givet mig ny viden og nye ideer og forståelser.

Det, der adskiller ovenstående fra almindeligt hverdags- og arbejdsliv, er det metodiske og teoretiske fokus, som jeg har haft med mig i disse forskellige deltagerobservationssituationer. Som antropolog Helle Ploug Hansen formulerer det, så er den antropologiske forskningsmetode og -teori den ramme, der afgrænser deltagerobservation fra ikke-deltagerobservation (Ploug Hansen 1995). Jeg har i disse deltagerobservationssituationer været opmærksom på ny viden, nye vinkler og nye spørgsmål og systematisk forsøgt at inkludere denne indsigt og afprøve nye forståelser i efterfølgende interviews og deltagerobservationer. Det er altså en integreret del af den viden om og forståelse af tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet, som præsenteres i denne rapport.

### *Skriftligt materiale*

Der indgår også en del skriftligt materiale som data i undersøgelsen. Det drejer sig først og fremmest om feltnoter fra de forskellige situationer, hvor jeg har lavet deltagerobservation. Hertil kommer tolkeretningslinjer fra hospitalsafdelinger, der blev rekvireret fra de afdelinger som deltog i spørgeskemaundersøgelsen, samt forskellige foldere og informationsmateriale til sundhedsprofessionelle og patienter om tolkeanvendelse. Jeg har også fået skriftligt materiale tilsendt spontant – eksempelvis forskellige kommentarer eller notater vedlagt de returnerede spørgeskemaer. Tilsammen har disse forskellige skriftlige materialer bidraget til forståelsen og analysen af tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet.

## 3.4 Diskussion af metodevalg

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at få viden om tolkeanvendelsens vilkår på hospitaler og i almen praksis i Region Midtjylland. På hospitalsafdelingerne var der rigtig god opbakning til undersøgelsen fra afdelingsledelserne. Som i andre undersøgelser før denne må det dog konstateres, at hverdagen på de danske hospitaler er meget travl, og sundhedspersonalet prioriterer andre opgaver over at besvare et spørgeskema. Det er helt forståeligt, men betyder selvfølgelig også at svarprocenten ikke blev så høj, som man kunne have håbet på. Med hensyn til besvarelsesprocent fra almen praksis, så var svarprocenten her ikke højere end på hospitalerne. Erfaringen er imidlertid, at det kan være en særlig udfordring at få svar på spørgeskemahenvendelser til almen praksis. Den forholdsvist høje besvarelsesprocent kan ses som et udtryk for, at de kontaktede praksis finder problematikken relevant. Både i forhold til almen praksis og hospitalerne er det nødvendigt at være opmærksom på, at det sandsynligvis især er personale, der har erfaringer med etniske minoritetspatienter og tolkning, der vælger at svare. Der er således en mulighed for, at undersøgelsen viser en større hyppighed i kontakten med etniske minoriteter og i brug af tolk end et repræsentativt gennemsnit af hospitaler og praksis ville vise.

1. I antropologien beskrives den lokalitet, hvori feltarbejdet/deltagerobservationen udføres som 'en felt' eller 'felten'. I Den Danske Ordbog (se fx [www.sproget.dk](http://www.sproget.dk)) defineres 'i felten' bl.a. som "i den praktiske del af arbejdet; der hvor man yder en aktiv og opsøgende indsats (og ikke kun en teoretisk el. bureaukratisk)".

At interviewe patienterne udgjorde en særlig udfordring i den kvalitative del af projektet, fordi det syntes uhensigtsmæssigt at bruge tolk til et interview, der handlede om tolkning. Der var sandsynlighed for, at der ville være ting, som patienten *ikke* ville sige i en tolks nærvær. Løsningen blev at gribe patientperspektivet an fra forskellige vinkler. Det første interview var med en informant, som har været i Danmark i 18 år og taler flydende dansk. Dette interview gav bl.a. indsigt i, hvordan hun havde oplevet ikke at kunne tale majoritetssproget, da hun lige var kommet til Danmark. Hun fortalte også om sine oplevelser med at tolke for familiemedlemmer og bekendte. Den anden interviewede patient er stadig i proces med at lære dansk, og vi gennemførte sammen interviewet efter bedste evne. Den tredje og sidste patient taler kun meget lidt dansk, og her hjalp et familiemedlem med tolkningen. Dette interview gav indsigt i informantens erfaringer, men også mulighed for at tale med familiemedlemmet om hendes oplevelser med at fungere som tolk. Interviewet var således også et stykke deltagerobservation i kommunikationen mellem en familiær tolk og en patient.

Interviewene med patienterne er meget anderledes end interviewene med både sundhedsprofessionelle og tolke. De to sidstnævnte grupper er i kraft af deres profession *som professionelle* vant til at forholde sig til og diskutere problemer med tolkning – at forholde sig til og reflektere over egen praksis. Set i bakspejlet er det spørgsmålet, om enkeltstående interview med patienter giver tilstrækkelig indsigt i parternes praksis omkring og oplevelser med tolkeanvendelse. For at få bedre fat om patientperspektivet kunne man eksempelvis have valgt at følge en eller flere patienter gennem længere tid, og observere deres tolkede møder med sundhedsvæsenet.

Trods udfordringer og begrænsninger har samspillet af metoder givet undersøgelsen en god dynamik, hvor kvalitative og kvantitative data supplerer hinanden i en belysning af tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet. I næste kapitel præsenteres resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen.

# 4

## Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaet er udarbejdet med udgangspunkt i et litteraturstudie og i dialog med sundhedsprofessionelle. Følgende temaer indgår i undersøgelsen:

- Hvilken rolle spiller sproglige barrierer for kommunikationen mellem sundhedspersonale og etniske minoritetspatienter?
- Hvordan identificeres et tolkebehov – hvem eller hvad afgør, om der tilkaldes tolk?
- Hvilke typer af tolkning anvendes?
- Oplever sundhedsprofessionelle en forskel mellem at bruge henholdsvis professionelle og familiære tolke?
- Hvordan opleves den faglige sikkerhed i tolkede konsultationer?
- Er sundhedsprofessionelle interesserede i yderligere information om/undervisning i den tolkede konsultation?

Spørgeskemaet blev pilottestet blandt læger, sygeplejersker og sekretærer på hospitaler og i almen praksis. Spørgsmålene blev løbende revideret og videreudviklet i denne proces frem mod det endelige skema.

### 4.1 Antal besvarelser

Spørgeskemaet blev i efteråret 2006 udsendt til 8 udvalgte hospitalsafdelinger i Region Midtjylland. Hospitalsafdelingerne blev valgt, så både de kirurgiske og de medicinske afdelinger på såvel større som mindre regionshospitaler var repræsenteret. Indledningsvis blev 9 afdelinger kontaktet. Alle fandt problematikken omkring tolkeanvendelse relevant, men kun 8 afdelinger kunne afse ressourcer til at deltage i undersøgelsen. Tabellen viser, hvordan besvarelserne fordeler sig på de deltagende afdelinger.

#### HOSPITALER Antal besvarelser fordelt på afdelinger

Afdeling	Antal udleverede skemaer	Returnerede skemaer	Svarprocent
Børneafdelingen (Randers)	93	61	66 %
Kirurgisk Afd. (Silkeborg)	57	37	65 %
Neurologisk Afd. (Århus)	95	62	65 %
Urinvejskirurgisk Afd. (Holstebro)	59	31	53 %
Medicinsk Afd. (Viborg)	260	116	45 %
Ortopædkirurgisk Afd. (Randers)	148	57	39 %
Fødeafdelingen (Skejby)	88	34	39 %
I alt	995	398	42 %

## HOSPITALER

### Antal besvarelser fordelt på faggrupper

Stillingskategori/ Faggruppe	Antal besvarelser	Analyse- enhed
Reservelæger/ 1. reservelæger	36	73
Afdelings-/overlæger/ ledende overlæger	37	
Jordemødre	30	
Sygeplejersker	192	207
Afdelingssygeplejersker/ oversygeplejersker	15	
Sekretærer	55	55
I alt	365	335

## ALMEN PRAKSIS

### Antal besvarelser fordelt på faggrupper

Faggruppe	Antal besvarelser
Læger	148
Sygeplejersker	45
Sekretærer	83
I alt	276

Der blev tillige sendt spørgeskemaer ud til 157 lægepraksis i hele Region Midtjylland. Ifølge oplysninger fra lægekredsforeningerne var der 300 praktiserende læger tilknyttet disse 157 praksis. Med spørgeskemaerne til de praktiserende læger udsendtes et ekstra spørgeskema pr. praktiserende læge tiltænkt det øvrige praksispersonale (sygeplejersker og sekretærer). Det var af primær interesse at få svar fra de praktiserende læger, som havde erfaringer med tolkeanvendelse. Udsendelsen var derfor baseret på en fordelingsnøgle, som afspejlede antallet af etniske minoriteter i de tidligere kommuner i det nuværende Region Midtjylland. Antallet af udsendte spørgeskemaer til almen praksis i de enkelte kommuner står derfor i forhold til andelen af etniske minoriteter i kommunen. Der blev således sendt forholdsvis flere skemaer ud i Århus Kommune end i Struer Kommune. Inden for de udvalgte kommuner var de kontaktede praksis tilfældigt udvalgt.

Af 157 kontaktede lægepraksis returnerede 97 lægepraksis spørgeskemaer, hvilket giver en svarprocent på 62. I alt returnerede 148 praktiserende læger spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 50. Blandt praksispersonalet (sekretærer og sygeplejersker i almen praksis) returnerede 128 et udfyldt spørgeskema. Det nøjagtige antal personale i de kontaktede praksis kendes ikke, og det er derfor ikke muligt at beregne en svarprocent for praksispersonalet.

Undersøgelsens resultater er baseret på 611 returnerede besvarelser, heraf 335 fra hospitalsafdelinger (fødeafdelingen undtaget) og 276 fra almen praksis. I det følgende er besvarelserne fra henholdsvis hospitalsafdelingerne og almen praksis analyseret hver for sig, da vilkårene for tolkning er forskellige i de to institutioner.

I rapporten er hospitalspersonalets stillingskategorier slået sammen i faggrupper. Analyseenheden 'sygeplejersker' dækker således både sygeplejersker og afdelings- og over-sygeplejersker, og analyseenheden 'læger' dækker reserve-læger, 1. reservelæger, overlæger og ledende overlæger. På grund af den lave svarprocent fra fødeafdelingen indgår jordemødrene desværre ikke i opgørelserne.

## 4.2 Kontakt til etniske minoritetspatienter

*Hvor ofte er de sundhedsprofessionelle i almen praksis og på hospitaler i Region Midtjylland i kontakt med etniske minoritetspatienter med begrænsede dansk kundskaber, og hvor ofte anvender de tolk?*

Blandt de adspurgte praktiserende læger har 75% 'ugentlig' kontakt til etniske minoritetspatienter med begrænsede eller ingen dansk kundskaber. Da der er sendt flere spørgeskemaer ud i kommuner med forholdsvis flere borgere med anden etnisk baggrund end dansk, kan dette tal ikke ses som et udtryk for, hvordan det ser ud alle steder.

75% af de adspurgte praktiserende læger har altså potentielt tolkekrævende kontakt 'ugentligt eller oftere', men kun 59% svarede, at de bruger tolk (har tolket kontakt) 'ugentligt eller oftere'. Blandt sygeplejersker og sekretærer har henholdsvis 44% og 81% 'ugentlig eller oftere' kontakt med tolkekrævende patienter, men kun henholdsvis 20% og 26% har tolket kontakt 'ugentligt eller oftere'.

### ALMEN PRAKSIS

Hvor ofte er du i kontakt med etniske minoritetspatienter med begrænsede eller ingen dansk kundskaber?

Faggruppe	Dagligt	Ugentligt	Månedligt eller sjældnere
Læger (n=147)	25 %	50 %	25 %
Sygeplejersker (n=45)	11 %	33 %	56 %
Sekretærer (n=80)	24 %	57 %	19 %

### HOSPITALER

Hvor ofte er du i kontakt med etniske minoritetspatienter med begrænsede eller ingen dansk kundskaber?

Faggruppe	Ugentligt eller oftere	Månedligt eller sjældnere	Aldrig
Læger (n=73)	41 %	58 %	1 %
Sygeplejersker (n=205)	16 %	83 %	1 %
Sekretærer (n=46)	41 %	59 %	0 %

### ALMEN PRAKSIS

Hvor ofte har du tolket kontakt med etniske minoritetspatienter?

Faggruppe	Ugentligt eller oftere	Månedligt eller sjældnere	Aldrig
Læger (n=147)	59 %	40 %	1 %
Sygeplejersker (n=40)	20 %	48 %	32 %
Sekretærer (n=44)	26 %	23 %	51 %

### HOSPITALER

Hvor ofte har du tolket kontakt med etniske minoritetspatienter?

Faggruppe	Ugentligt eller oftere	Månedligt eller sjældnere	Aldrig
Læger (n=72)	21 %	76 %	3 %
Sygeplejersker (n=200)	5 %	65 %	30 %
Sekretærer (n=43)	2 %	5 %	93 %

Besvarelsene fra hospitalsafdelingerne viser, at 41% af lægerne har kontakt 'ugentligt eller oftere' til etniske minoritetspatienter med begrænsede eller ingen dansk kundskaber. Det samme gælder for 16% af sygeplejerskerne og 41% af sekretærerne.

Selvom 41% af hospitalslægerne angav at have kontakt 'ugentligt eller oftere' med patienter med begrænsede dansk kundskaber, så angiver kun 21%, at de bruger tolk (har tolket kontakt) 'ugentligt eller oftere'. Blandt sygeplejersker og sekretærer er det kun henholdsvis 5% og 2%, der har tolket kontakt 'ugentligt eller oftere'.

*Samlet ses det, at der både på hospitaler og i almen praksis er en række møder mellem patient og sundhedsprofessionel, som foregår uden tolk på trods af patientens begrænsede dansk kundskaber.*

### Vanskelig kontakt og årsager hertil

42% af lægerne i almen praksis angav, at de 'ofte' oplever kontakten til etniske minoritetspatienter som vanskelig, mens hhv. 20% af sygeplejerskerne og 32% af sekretærerne har tilsvarende oplevelse. Kun 8% af lægerne og 9% af sekretærerne oplever 'sjældent' kontakten som vanskelig, mens det gælder for 20% af sygeplejerskerne i almen praksis.

Omkring 20% af både hospitalslæger og sygeplejersker oplever 'ofte' kontakten til etniske minoritetspatienter som vanskelig, mens 17% og 13% af henholdsvis læger og sygeplejersker 'sjældent' oplever kontakten som vanskelig. Blandt sekretærerne angav kun 2%, at kontakten 'ofte' er vanskelig, mens 35% oplever det 'sjældent'.

*Forholdsvis flere praktiserende læger end hospitalslæger oplever ofte kontakten med etniske minoritetspatienter som vanskelig.*

## ALMEN PRAKSIS

### Sker det, at du oplever kontakten som vanskelig?

Faggruppe	Sjældent	Ind imellem	Ofte
Læger (n=146)	8 %	50 %	42 %
Sygeplejersker (n=45)	20 %	60 %	20 %
Sekretærer (n=82)	9 %	59 %	32 %

- 'Det er vanskeligt at forstå patienten pga. sprog-vanskeligheder'
- 'Det er vanskeligt at formidle information pga. sprogvanskeligheder'.

*Sprogbarrieren opleves af flertallet af sundheds-professionelle som en årsag til vanskelig kontakt.*

Herudover svarede henholdsvis 74% og 72% af de praktiserende læger, at de oplever, at 'patientens somatiske klager er vanskelige at skelne fra sociale behov', og at 'patientens sygdomsforståelse vanskeliggør kommunikationen'. Disse svarkategorier knytter an til vanskeligheder med at forstå og udrede patienten på grund af forskellige opfattelser af patientens sygdom og behov. Samlet set er der syv af svarmulighederne, hvor mere end halvdelen af de praktiserende læger har sat kryds.

Også blandt sygeplejersker og sekretærer er de hyppigst angivne svarkategorier, at 'det er vanskeligt at forstå patienten', og at 'det er vanskeligt at formidle information til patienten'. Dette er de to eneste svarmuligheder, hvor flere end halvdelen af sygeplejerskerne har sat kryds. Blandt sekretærene angav 69% desuden, at 'patienten kommer ikke til tiden' og 52%, at 'patienten præsenterer symptomer på en overdreven måde' som årsag til, at kontakten til etniske minoritetspatienter kan være vanskelig.

Respondenterne blev præsenteret for en række mulige årsager til, at kontakten kan opleves som vanskelig. Samlet er der to svarkategorier, der vejer tungt i alle faggrupper i både almen praksis og på hospitalerne, nemlig:

## ALMEN PRAKSIS

### Mulige årsager til kontakten er vanskelig?

Svarmuligheder	Læger (n=147)	Sygeplejersker (n=44)	Sekretærer (n=81)
Patienten kommer ikke til tiden	51 %	43 %	69 %
Patienten præsenterer symptomer på en overdreven måde	57 %	36 %	52 %
Det er vanskeligt at forstå patienten pga. sprogvanskeligheder	81 %	82 %	83 %
Det er vanskeligt at formidle information pga. sprogvanskeligheder	80 %	77 %	77 %
Patientens sygdomsforståelse vanskeliggør kommunikationen	72 %	30 %	21 %
Patienten er tidskrævende	59 %	25 %	41 %
Patienten respekterer mig ikke	2 %	7 %	2 %
Patienten har urealistiske forventninger	45 %	7 %	22 %
Patienten har ikke forståelse for regler og retningslinjer	17 %	23 %	35 %
Patientens somatiske klager er vanskelige at skelne fra sociale behov	74 %	25 %	12 %
Patientens pårørende opleves som forstyrrende	15 %	21 %	14 %

## HOSPITALER

### Mulige årsager til at kontakten er vanskelig?

Svarmuligheder	Læger (n=72)	Sygeplejersker (n=199)	Sekretærer (n=43)
Patienten kommer ikke til tiden	21 %	14 %	28 %
Patienten præsenterer symptomer på en overdreven måde	38 %	22 %	7 %
Det er vanskeligt at forstå patienten pga. sprogvanskeligheder	86 %	86 %	79 %
Det er vanskeligt at formidle information pga. sprogvanskeligheder	85 %	91 %	61 %
Patientens sygdomsforståelse vanskeliggør kommunikationen	42 %	26 %	5 %
Patienten er tidskrævende	42 %	13 %	19 %
Patienten respekterer mig ikke	1 %	5 %	2 %
Patienten har urealistiske forventninger	21 %	11 %	9 %
Patienten har ikke forståelse for regler og retningslinjer	12 %	21 %	2 %
Patientens somatiske klager er vanskelige at skelne fra sociale behov	39 %	21 %	4 %
Patientens pårørende opleves som forstyrrende	13 %	22 %	12 %

Der er tre svarkategorier, hvor kun et mindretal af praktiserende læger satte kryds, nemlig ved svarmulighederne: 'patienten har ikke forståelse for regler og retningslinjer', 'patientens pårørende opleves som forstyrrende', og 'patienten respekterer mig ikke'. Flertallet af praksislægerne angiver således ikke disse svar som årsager til, at kontakten med deres etniske minoritetspatienter er vanskelig.

På hospitalerne er det også svarkategorierne, der omhandler 'vanskeligheder med at forstå patienten' og 'vanskeligheder med at formidle information til patienten', som flertallet angav som årsag til, at kommunikationen er vanskelig. Disse to svarmuligheder er de eneste, som mere end halvdelen af henholdsvis hospitalslæger, -sygeplejersker og -sekretærer angav.

Sygeplejerskernes besvarelser adskiller sig fra lægernes ved, at der er forholdsvis flere, der markerede 'forstyrrende pårørende' og 'manglende forståelse for retningslinjer' som årsag til vanskelig kommunikation. Sekretæerne oplever i højere grad end de øvrige faggrupper, at 'patienter, der ikke kommer til tiden', vanskeliggør kontakten.

Der ses en forskel på praktiserende læger og hospitalslæger i svarkategorien 'somatiske klager er vanskelige at skelne fra sociale behov', hvor 74% af de praktiserende læger, men kun 39% af hospitalslægerne, har sat kryds samme sted.

*Samlet peger resultaterne på, at flere i almen praksis sammenlignet med på hospitalerne oplever flere årsager til, at kontakten med etniske minoritetspatienter er vanskelig.*

### 4.3 Tolkebehov

Når vi ser på, hvem der afgør, om der er et tolkebehov, og hvordan henholdsvis læger, sygeplejersker og sekretærer forholder sig ved et evt. tolkebehov, viser besvarelserne ikke nogen klar tendens. Dette indikerer, at der er forskellig praksis for tolkebestilling på de forskellige hospitalsafdelinger og i praksisklinikkerne. Det kan også læses således, at det er forskelligt fra situation til situation og fra patient til patient, *hvem* der afgør, om der skal tolk med til en konsultation.

De hyppigst benyttede svarkategorier er for de praktiserende lægers vedkommende, at 'patienten kan klare simple konsultationer uden tolk' (57%), og 'tolken kommer ikke til tiden' (56%), mens flest sygeplejersker og sekretærer angiver, at 'tolken kommer ikke til tiden', og 'det er aftalt, at patienten selv har familiær tolk med' som årsag til, at der ikke er professionel tolk tilstede.

På hospitalerne var de hyppigst angivne svarmuligheder blandt lægerne: 'tolken kommer ikke til tiden' (42%), og 'det er aftalt, at patienten selv har familiær tolk med'

## ALMEN PRAKSIS

### Mulige årsager til at der ikke er professionel tolk tilstede?

Svarmuligheder	Læger (n=141)	Sygeplejersker (n=36)	Sekretærer (n=74)
Tolken kommer ikke til tiden	56 %	44 %	58 %
Patienten kan klare simple konsultationer uden tolk	57 %	44 %	43 %
Det er aftalt, at patienten selv har familiær tolk med	37 %	61 %	53 %
Det forventes, at patienten selv har familiær tolk med	14 %	3 %	9 %
Det er ikke muligt at bestille tolk på patientens modersmål	7 %	3 %	12 %
Det er ikke muligt at bestille tolk med kort varsel	48 %	31 %	39 %
Det er uklart, hvem der har ansvar for bestilling af tolk	16 %	6 %	5 %
Det er tidskrævende at bestille tolk	6 %	3 %	3 %
Det er dyrt at bestille professionel tolk	2 %	0 %	0 %

## HOSPITALER

### Mulige årsager til at der ikke er professionel tolk tilstede?

Svarmuligheder	Læger (n=66)	Sygeplejersker (n=167)	Sekretærer (n=39)
Tolken kommer ikke til tiden	42 %	27 %	62 %
Patienten kan klare simple konsultationer uden tolk	33 %	40 %	36 %
Det er aftalt, at patienten selv har familiær tolk med	39 %	53 %	44 %
Det forventes, at patienten selv har familiær tolk med	8 %	7 %	0 %
Det er ikke muligt at bestille tolk på patientens modersmål	10 %	16 %	15 %
Det er ikke muligt at bestille tolk med kort varsel	30 %	35 %	15 %
Det er uklart, hvem der har ansvar for bestilling af tolk	33 %	7 %	7 %
Det er tidskrævende at bestille tolk	0 %	0 %	0 %
Det er dyrt at bestille tolk	5 %	7 %	3 %

(39%). Sekretærene angiver hyppigst de samme to svar, mens sygeplejerskerne hyppigst angiver, at 'det er aftalt, at patienten selv har familiær tolk med' (53%), og 'patienten kan klare simple konsultationer uden tolk' (40%).

Samlet ses det, at det ikke er tidsforbrug eller økonomi, der angives som en barriere for tolkeanvendelsen i sundhedsvæsenet. Det er heller ikke, fordi det ikke har været muligt at bestille tolk på patientens modersmål. Det er også kun et fåtal, der angiver, at de forventer, at patienten har en familiær tolk med.

*Når sundhedsprofessionelle står over for en tolkekrævende patient, men ikke har en tolk til rådighed, er der flest der angiver, at man 'gennemfører konsultationen' og 'finder en ny tid'. Dette gælder blandt alle faggrupper både på hospitaler og i almen praksis.*

Derudover angav 28% af de praktiserende læger, at det også er muligt at 'bruge telefontolk', mens det kun er meget få der angiver, at de 'tilkalder og venter på en (professionel eller familiær) tolk'.

## ALMEN PRAKSIS

## Hvad gør du, hvis der ikke er tolk til en tolkekrævende patient?

Svarmuligheder	Læger (n=145)	Sygeplejersker (n=38)	Sekretærer (n=69)
Gennemfører konsultationen	87 %	51 %	73 %
Finder en ny tid	76 %	42 %	64 %
Bruger telefontolk	28 %	21 %	32 %
Kontakter kollega, der taler patientens modersmål	0 %	11 %	0 %
Kontakter medpatient, der taler patientens modersmål	1 %	0 %	3 %
Tilkalder professionel tolk og venter	1 %	8 %	3 %
Tilkalder familiær tolk og venter	4 %	11 %	3 %

## HOSPITALER

## Hvad gør du, hvis der ikke er tolk til en tolkekrævende patient?

Svarmuligheder	Læger (n=71)	Sygeplejersker (n=167)	Sekretærer (n=36)
Gennemfører konsultationen	83 %	62 %	39 %
Finder en ny tid	66 %	31 %	58 %
Bruger telefontolk	15 %	24 %	14 %
Kontakter kollega, der taler patientens modersmål	24 %	33 %	8 %
Kontakter medpatient, der taler patientens modersmål	0 %	0 %	0 %
Tilkalder professionel tolk og venter	7 %	36 %	14 %
Tilkalder familiær tolk og venter	7 %	49 %	8 %

På hospitalerne angav en fjerdedel af lægerne og en tredjedel af sygeplejerskerne desuden, at de 'kontakter kollega, der taler patientens modersmål'. Dette er muligvis udtryk for større etnisk og sproglig mangfoldighed blandt personalet på hospitalerne end i almen praksis. Der er kun 7% af hospitalslægerne, der angav, at man 'kontakter og venter på en (professionel eller familiær) tolk', mens hhv. 36% og 49% af sygeplejerskerne angav dette som en måde at løse situationen på.

På spørgsmålet om hvor ofte de sundhedsprofessionelle oplever at stå over for en patient, hvor det ville have været mere hensigtsmæssigt, om der havde været en tolk tilstede, svarede 12% af de praktiserende læger, at de 'ofte' oplever dette, mens 55% gør det 'ind imellem'. Besvarelsene fra både sygeplejersker og sekretærer fordeler sig stort set tilsvarende.

Der var 6% og 3% af henholdsvis hospitalslæger og -sygeplejersker, der 'ofte' oplever at stå over for en patient, hvor det ville have været mere hensigtsmæssigt, at der havde været en tolk tilstede. Knap halvdelen af både læger og sygeplejersker på hospitalerne oplever 'ind imellem' at savne en tolk. Ingen af sekretærerne angiver, at de 'ofte' savner en tolk, men der er 26%, som gør det 'ind imellem'.

På spørgsmålet om hvorfor tolkebehovet ikke er identificeret på forhånd, var der 63% af de praktiserende læger og 68% af praksispersonalet, der svarede, at 'patienten kommer uanmeldt', og godt halvdelen af både læger og personale angav, at 'tolkebehov oplyses ikke ved tidsbestilling', som årsag til, at tolkebehovet ikke identificeres inden konsultationen.

Undersøgelsen viser, at der er en oplysningsopgave i forhold til at få de etniske minoritetspatienter – eller dem,

### ALMEN PRAKSIS

Sker det, at du har ikke-tolket kontakt til patienter, hvor det ville have været mere hensigtsmæssigt, at der havde været en tolk tilstede?

Faggruppe	Ofte	Ind imellem	Sjældent
Læger (n=145)	12 %	55 %	33 %
Sygeplejersker (n=40)	8 %	43 %	49 %
Sekretærer (n=69)	12 %	51 %	37 %

### HOSPITALER

Sker det, at du har ikke-tolket kontakt til patienter, hvor det ville have været mere hensigtsmæssigt, at der havde været en tolk tilstede?

Faggruppe	Ofte	Ind imellem	Sjældent
Læger (n=70)	6 %	44 %	50 %
Sygeplejersker (n=174)	3 %	47 %	49 %
Sekretærer (n=35)	0 %	26 %	74 %

der ringer på deres vegne – til tydeligt at udtrykke, at der er behov for tolk.

55% af de praktiserende læger angav desuden, at et uidentificeret tolkebehov kan skyldes, at 'patienten vurderer sine dansk kundskaber til at være tilstrækkelige' til at kunne gennemføre en konsultation. Dette peger på, at selv om patienten kan bestille en tid på dansk, er det ikke sikkert, at vedkommende har dansk kundskaber, der er gode nok til at gennemføre en specifik konsultation.

*På hospitalerne angav alle faggrupper, at den hyppigste årsag til manglende identifikation af tolkebehovet er, at 'tolkebehovet ikke er anført i henvisningen'. Det er vigtigt, at den praktiserende læge videreformidler patientens behov for tolkebistand til hospitalet.*

Omkring halvdelen af hospitalsafdelingernes læger og sygeplejersker anførte desuden, at en årsag til uidentificeret

### ALMEN PRAKSIS

Mulige årsager til at tolkebehovet ikke er identificeret på forhånd?

	Læger (n=145)	Sygeplejersker (n=37)	Sekretærer (n=75)
Pt. ankommer uanmeldt	63 %	68 %	68 %
Tolkebehov ikke anført i henvisning	0 %	0 %	0 %
Tolkebehov oplyses ikke ved tidsbestilling	50 %	51 %	59 %
Pt. vurderer sine dansk kundskaber tilstrækkelige	55 %	27 %	35 %
Det er uklart, hvem der har ansvar for identifikation af tolkebehov	25 %	13 %	5 %

### HOSPITALER

Mulige årsager til at tolkebehovet ikke er identificeret på forhånd?

Faggruppe	Læger (n=69)	Sygeplejersker (n=169)	Sekretærer (n=41)
Pt. ankommer uanmeldt	45 %	56 %	22 %
Tolkebehov ikke anført i henvisning	81 %	59 %	83 %
Tolkebehov oplyses ikke ved tidsbestilling	31 %	19 %	37 %
Pt. vurderer sine dansk kundskaber til at være tilstrækkelige	12 %	38 %	37 %
Det er uklart, hvem der har ansvar for identifikation af tolkebehov	33 %	18 %	7 %

ret tolkebehov kunne være at 'patienten kommer uanmeldt', sådan som det eksempelvis sker på skadestuer. 38% af sygeplejerskerne oplevede, at 'patienten vurderer sine dansk kundskaber til at være tilstrækkelige' til at kunne gennemføre konsultationen uden tolk, mens kun 12% af lægerne angav dette som en mulig forklaring.

*Samlet set viser resultaterne, at manglende kommunikation – mellem patient og egen læge og/eller mellem egen læge og hospital – opleves som en hyppig årsag til, at tolkebehovet ikke opdages inden konsultationen.*

#### 4.4 Retningslinjer for tolkeanvendelse på hospitaler og i almen praksis

*Er der retningslinjer for hvem, hvornår og hvordan der bestilles tolk i almen praksis og på hospitalsafdelingerne?*

Mellem 50 og 70% af respondenterne i hver faggruppe i almen praksis svarede, at praksis enten 'har retningslinjer' eller en 'fælles daglig praksis' for, hvordan man håndterer tolkebestilling. Mellem 23% og 33% af alle faggrupperne i almen praksis svarede, at 'sprogproblemer løses i hvert enkelt tilfælde'. Ser vi alene på lægerne, drejer det sig om

##### ALMEN PRAKSIS

Er der retningslinjer i praksis for, hvornår der skal bestilles tolk?

Faggruppe	Læger (n=144)	Sygeplejersker (n=38)	Sekretærer (n=76)
Ja, som jeg bruger	27 %	16 %	28 %
Ja, men daglig praksis ser anderledes ud	7 %	5 %	9 %
Nej, men vi har fælles daglig praksis	40 %	32 %	29 %
Nej, sprogproblemer løses i hvert enkelt tilfælde	23 %	29 %	33 %
Ved ikke	3 %	18 %	1 %

##### HOSPITALER

Er der retningslinjer i afdelingen for, hvornår der skal bestilles tolk?

Faggruppe	Læger (n=71)	Sygeplejersker (n=174)	Sekretærer (n=41)
Ja, som jeg bruger	8 %	12 %	32 %
Ja, men daglig praksis ser anderledes ud	4 %	7 %	2 %
Nej, men vi har fælles daglig praksis	21 %	22 %	27 %
Nej, sprogproblemer løses i hvert enkelt tilfælde	17 %	39 %	24 %
Ved ikke	50 %	20 %	15 %

en fjerdedel. Der var flest blandt sygeplejerskerne (18%), der 'ikke ved', om der er retningslinjer, mens det kun var ganske få læger og sekretærer, der 'ikke ved' dette.

29% af hospitalslægerne, 34% af -sygeplejerskerne og 59% af -sekretæerne angav, at der enten 'er fælles retningslinjer' eller 'en daglig praksis' i afdelingen vedrørende tolkeanvendelse. Der var forholdsvis flere sygeplejersker (39%) end læger (17%), der angav, at 'sprogproblemer løses i hvert enkelt tilfælde'. Halvdelen af hospitalslægerne angav, at de 'ikke ved', om der er retningslinjer for tolkeanvendelse i afdelingen. Dette kan ses som udtryk for, at det ikke primært er lægerne, der tager sig af tolkebestilling og -koordinering på hospitalerne.

*Tolkede samtaler tager længere tid, fordi al kommunikation skal gennem en tredjepart, men sættes der ekstra tid af til tolkede samtaler?*

En tillægsydelse gennem Sygesikringen giver praktiserende læger mulighed for at sætte ekstra tid af til tolkede

##### ALMEN PRAKSIS

Sættes der ekstra tid af til tolkede samtaler/konsultationer?

Svarmuligheder	Læger (n=145)	Sygeplejersker (n=40)	Sekretærer (n=79)
Altid/ofte	63 %	68 %	68 %
Ind imellem	23 %	18 %	19 %
Sjældent/aldrig	14 %	8 %	13 %
Ved ikke	0 %	7 %	0 %

##### HOSPITALER

Sættes der ekstra tid af til tolkede samtaler/konsultationer?

Svarmuligheder	Læger (n=71)	Sygeplejersker (n=174)	Sekretærer (n=39)
Altid/ofte	30 %	43 %	26 %
Ind imellem	22 %	24 %	18 %
Sjældent/aldrig	37 %	20 %	36 %
Ved ikke	11 %	13 %	20 %

konsultationer, og besvarelsene fra almen praksis viser, at 63% af lægerne og 68% af praksispersonalet angav, at der 'altid eller ofte' sættes ekstra tid af til tolkede konsultationer. 14% af lægerne og 13% af sekretærene angav, at der 'sjældent eller aldrig' afsættes ekstra tid til tolkede samtaler/konsultationer.

På hospitalerne angav 43% af sygeplejerskerne, 30% af lægerne og 26% af sekretærene, at der 'altid eller ofte' sættes ekstra tid af til tolkede samtaler. Over en tredjedel af både læger og sekretærer angav, at der 'sjældent eller aldrig' afsættes ekstra tid til en tolket samtale/konsultation. Det er muligvis vanskeligt for hospitalspersonalet at svare entydigt på dette spørgsmål, da det jo er meget forskelligt, om samtalen eller konsultationen foregår i ambulatoriet, hvor der er afgrænset tid sat af pr. patient, eller foregår på et sengeafsnit, hvor tidsforbruget kan være mere fleksibelt.

*Vigtigheden af at der er overensstemmelse mellem tolkens og patientens køn – især hvis patienten er en kvinde – er en problemstilling, som ofte bringes på banen, når tolkeanvendelse diskuteres. Men er det noget, der tages hensyn til ved sundhedsvæsenets bestilling af tolke?*

Blandt de praktiserende læger tager cirka en tredjedel 'altid eller ofte' hensyn til patientens køn, når der bestilles tolk, mens hele 49% af sekretærene og 42% af sygeplejerskerne 'altid eller ofte' gør det. Der er også knap en tredjedel af lægerne, der 'sjældent eller aldrig' tager hensyn til køn, mens henholdsvis 21% af sekretærene og 15% af sygeplejerskerne 'sjældent eller aldrig' gør det.

Cirka en tredjedel af sekretærene på hospitalerne angav, at der 'altid eller ofte' tages hensyn til patientens køn, når der bestilles tolk. Det samme angav 21% af sygeplejerskerne og 8% lægerne. Over halvdelen af hospitalslægerne 'ved ikke', om der tages hensyn til køn ved tolkebestilling. Dette, sammenholdt med at halvdelen af hospitalslægerne 'ikke ved' om der er retningslinjer for tolkeanvendelse i afdelingen, peger igen på, at hospitalslægerne ofte har meget lidt med tolkebestilling og -koordinering at gøre.

## ALMEN PRAKSIS

Tages der hensyn til patientens køn, når der bestilles tolk?

Svarmuligheder	Læger (n=145)	Sygeplejersker (n=40)	Sekretærer (n=76)
Altid/ofte	32 %	42 %	49 %
Ind imellem	24 %	18 %	25 %
Sjældent/aldrig	28 %	15 %	21 %
Ved ikke	16 %	15 %	5 %

## HOSPITALER

Tages der hensyn til patientens køn, når der bestilles tolk?

Svarmuligheder	Læger (n=71)	Sygeplejersker (n=171)	Sekretærer (n=40)
Altid/ofte	8 %	21 %	32 %
Ind imellem	10 %	17 %	25 %
Sjældent/aldrig	27 %	33 %	28 %
Ved ikke	54 %	29 %	15 %

## 4.5 Hvilke typer tolke anvendes?

*Vi ved, at det ikke er muligt at have professionel tolk til samtlige konsultationer og samtaler i sundhedsvæsenet. Men hvilke typer tolke anvendes og hvor ofte?*

De spørgsmål, som præsenteres i resten af dette kapitel, er udelukkende besvaret af sundhedspersonale med erfaringer med tolkeanvendelse. I det udsendte spørgeskema ledes respondenter uden tolkeerfaring videre til de afsluttende demografiske spørgsmål. Det må derfor antages, at såvel sygeplejersker som sekretærer i almen praksis – der har besvaret spørgeskemaet efter spørgsmål 16 – har patientkontakt. Det er i det efterfølgende valgt at slå disse faggrupper sammen til kategorien *Praksispersonale*.

84% af praksispersonalet og 77% af de praktiserende læger angav, at de 'altid eller ofte' bruger professionel tilstedeværende tolk. 40% af lægerne bruger 'altid eller ofte' voksne familiære tolke, mens 14% svarede, at de 'altid eller ofte' bruger børn som tolke. De tilsvarende tal for

## ALMEN PRAKSIS

Når samtalen er tolket, hvor ofte er tolken da ...?

Svarmuligheder	Læger (n=145)			Praksispersonale (n=69)		
	Altid/ofte	Ind imellem	Sjældent/aldrig	Altid/ ofte	Ind imellem	Sjældent/aldrig
Professionel (tilstedeværende)	77 %	14 %	9 %	84 %	13 %	3 %
Familiær (voksen)	40 %	45 %	15 %	44 %	53 %	3 %
Professionel (telefonolk)	13 %	7 %	80 %	11 %	8 %	81 %
Familiær (barn under 16)	14 %	39 %	53 %	23 %	40 %	37 %
Anden tosproget person (fx kollega)	7 %	32 %	61 %	10 %	23 %	67 %

## HOSPITALER

Når samtalen er tolket, hvor ofte er tolken da ...?

Svarmuligheder	Læger (n=70)			Sygeplejersker (n=149)		
	Altid/ofte	Ind imellem	Sjældent/aldrig	Altid/ ofte	Ind imellem	Sjældent/aldrig
Professionel (tilstedeværende)	79 %	11 %	10 %	65 %	26 %	9 %
Familiær (voksen)	55 %	33 %	12 %	50 %	42 %	8 %
Familiær (barn under 16)	16 %	28 %	56 %	9 %	23 %	68 %
Professionel (telefonolk)	8 %	3 %	79 %	15 %	17 %	68 %
Anden tosproget person (fx kollega)	3 %	23 %	74 %	3 %	23 %	74 %

praksispersonalet er hhv. 44% og 23%. Godt hver tiende af både læger og personale angav, at de 'altid eller ofte' anvender professionel telefonolk.

Blandt hospitalslægerne angav 79%, at de 'altid eller ofte' bruger professionel tolk. Tallet er lidt lavere blandt sygeplejerskerne (65%). Cirka halvdelen af begge faggrupper angav, at de 'altid eller ofte' anvender familiære tolke, og 16% af hospitalslægerne bruger 'altid eller ofte' børn som tolke. Forholdsvis flere sygeplejersker (32%) svarede, at de 'altid eller ofte' eller 'ind imellem' bruger telefonolk. Blandt lægerne er det i alt kun 11%, der gør det.

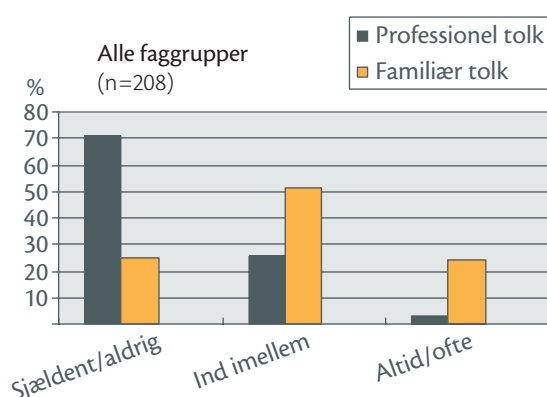
*Samlet set peger besvarelsene på, at flertallet af de sundhedsprofessionelle der angiver, at de ofte anvender professionel tolk også angiver, at de ind imellem eller ofte anvender familiær tolk. Det ser altså ikke ud til, at man enten anvender professionel eller familiær tolk, men at de to typer supplerer hinanden som redskaber til kommunikation med etniske minoritetspatienter med begrænsede eller ingen dansk kundskaber.*

## Vurdering af familiære og professionelle tolke<sup>1</sup>

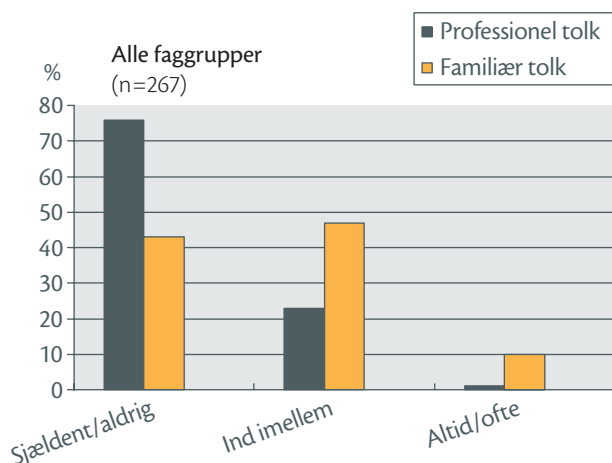
*Vi ved, at familiære tolke bruges i sundheds-væsenet, men hvad er de sundhedsprofessionelles erfaringer med og vurderinger af henholdsvis familiære og professionelle tolke?*

### Har du oplevet at være utilfreds med et forløb på grund af en professionel/familiær tolk?

#### ALMEN PRAKSIS



#### HOSPITALER



Både i almen praksis og på hospitaler angav størstedelen af de sundhedsprofessionelle, at de 'sjældent eller aldrig' er utilfredse med et forløb på grund af en professionel tolk. Der er forholdsvis flere der svarer, at de 'aldrig eller

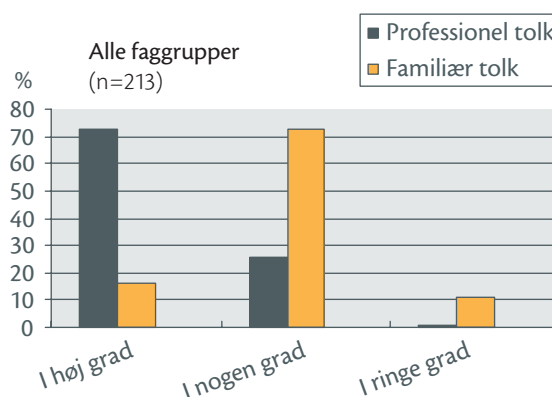
ofte' er utilfredse med et forløb på grund af en familiær tolk. Og der er forholdsvis flere på hospitalerne end i almen praksis, der 'sjældent eller aldrig' er utilfredse med et forløb med en familiær tolk.

Af spørgeskemabesvarelsene kan endvidere udledes, at der – når der differentieres på faggrupper (ikke vist her) – ses en mindre forskel, idet lidt flere læger end de øvrige faggrupper oplever at være utilfredse med tolken. Tendensen ses både i forhold til de familiære og de professionelle tolke og på såvel hospitaler som i almen praksis.

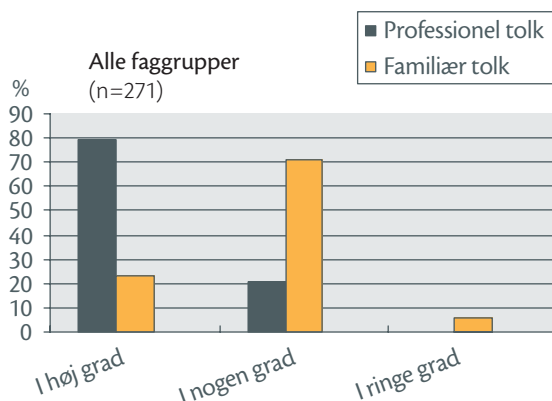
*Er der forskel på, om de sundhedsprofessionelle har tillid til, at tolken oversætter det, der bliver sagt, når tolken er henholdsvis professionel og familiær?*

### Har du tillid til, at tolken oversætter det du siger, når tolken er hhv. professionel eller familiær?

#### ALMEN PRAKSIS



#### HOSPITALER



1. I dette afsnit kommenteres der på de enkelte faggruppers svar-andele. Grafisk er det dog kun kategorien alle faggrupper i henholdsvis almen praksis og på hospitaler, der vises.

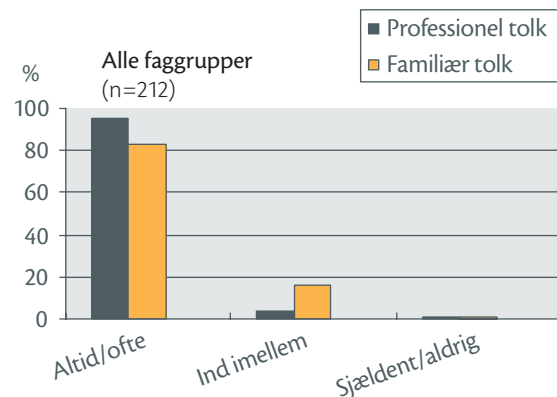
Flere respondenter i almen praksis og på hospitaler angav, at de 'i høj grad' har tillid til, at den professionelle tolk sammenlignet med den familiære tolk oversætter det, de siger. Når materialet differentieres på faggrupper ses eksempelvis, at over 60% af de praktiserende læger svarede, at de 'i høj grad' har tillid til, at den professionelle tolk oversætter det sagte, mens kun 10% havde den samme tillid til de familiære tolke.

*De sundhedsprofessionelle er sjældnere utilfredse med og har større tillid til de professionelle tolke sammenlignet med de familiære tolke.*

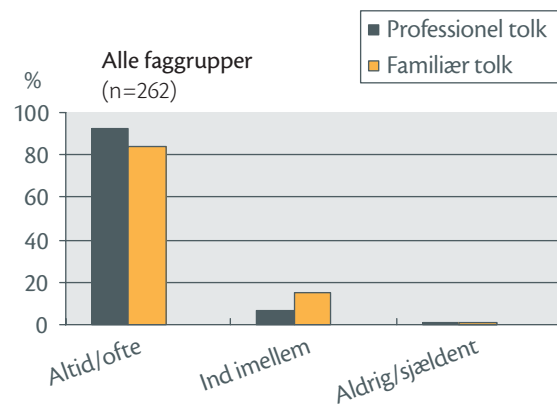
*Vurderer de sundhedsprofessionelle, at patienterne er tilfredse med, at der anvendes henholdsvis den ene eller den anden type tolk?*

**Er det din oplevelse, at patienterne er tilfredse med, at der anvendes hhv. professionel eller familiær tolk?**

### ALMEN PRAKSIS



### HOSPITALER

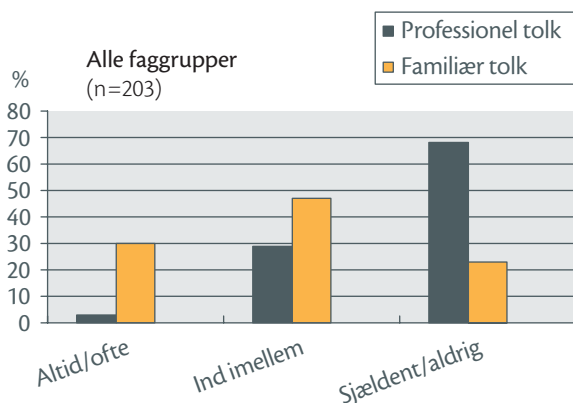


*Respondenterne fra almen praksis og hospitaler angav, at de oplever, at patienterne altid eller ofte er stort set lige tilfredse med, om der anvendes familiær som professionel tolk.*

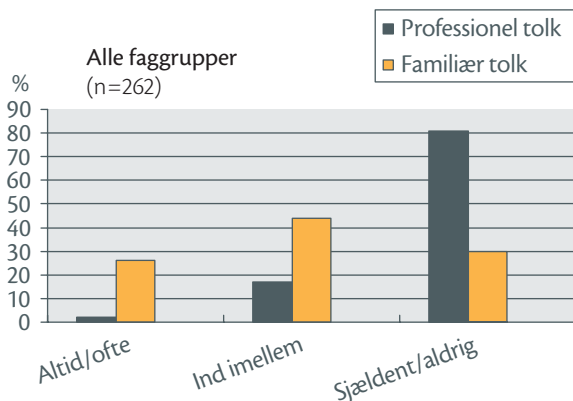
*Har de sundhedsprofessionelle oplevet, at henholdsvis professionelle og familiære tolke søger at øve indflydelse på samtals form og indhold?*

Har du oplevet hhv. professionelle eller familiære tolke, der søger at øve indflydelse på samtals form og indhold?

#### ALMEN PRAKSIS



#### HOSPITALER



Besvarelsene viser, at omkring en fjerdedel af alle respondenter 'altid eller ofte' oplever, at den familiære tolk søger at øve indflydelse på samtalen, mens kun ganske få angiver, at de oplever, at den professionelle tolk søger at øve indflydelse herpå. Når der differentieres på faggrupper ses der den lille forskel, at praksispersonalet i mindre udstrækning end lægerne oplever, at tolken søger at øve indflydelse på samtalen. Det gælder, uanset om tolken er familiær eller professionel. Et markant flertal af alle faggrupperne (i almen praksis 68%; på hospitaler 81%) angiver,

at de 'sjældent eller aldrig' oplever, at den professionelle tolk søger at øve indflydelse på samtalen.

*Det opleves, at de familiære tolke oftere end de professionelle tolke søger at øve indflydelse på samtals form og indhold.*

## 4.6 Oplevelse af faglig usikkerhed

*Oplever sundhedspersonalet større faglig usikkerhed i tolkede konsultationer sammenlignet med tilsvarende konsultationer med danske patienter?*

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at kontakten til etniske minoritetspatienter kan opleves som vanskelig, at der ikke altid sættes ekstra tid af til tolkede konsultationer, og at sundhedspersonalet ikke altid har tillid til, at tolken oversætter alt, hvad der bliver sagt. Har det indflydelse på sundhedspersonalets oplevelse af faglig sikkerhed? I besvarelsene fra almen praksis ser vi, at der er 84% af lægerne og 67% af praksispersonalet, der 'ind imellem' eller 'oftest' oplever større faglig usikkerhed i tolkede konsultationer. 26% af de praktiserende læger angav 'oftest' at opleve større usikkerhed, mens det samme gjorde sig gældende

#### ALMEN PRAKSIS

##### Oplevelse af faglig usikkerhed?

Svarmuligheder	Læger (n=141)	Praksispersonale (n=67)
Nej, det er det samme	16 %	33 %
Ja, ind imellem	58 %	54 %
Ja, oftest	26 %	13 %

#### HOSPITALER

##### Oplevelse af faglig usikkerhed?

Svarmuligheder	Læger (n=68)	Sygeplejersker (n=157)
Nej, det er det samme	17 %	22 %
Ja, ind imellem	59 %	66 %
Ja, oftest	24 %	12 %

## ALMEN PRAKSIS

### Hvis ja: Hvad knytter denne usikkerhed an til?

Svarmuligheder	Læger (n=121)	Praksispersonale (n=42)
Vanskeligt at anvende tolk	16 %	10 %
Vanskeligt at etablere kontakt til patienten	68 %	48 %
Usikker på om tolken oversætter korrekt	50 %	38 %
Usikker på om patientens symptomer er forstået korrekt	71 %	38 %
Usikker på om patienten forstår diagnose og/eller behandling	75 %	62 %
Usikker på om tolkens sprogfærdigheder er gode nok	33 %	19 %
Usikker på hvordan der skal tages hensyn til patientens kulturelle baggrund	36 %	33 %

## HOSPITALER

### Hvis ja: Hvad knytter denne usikkerhed an til?

Svarmuligheder	Læger (n=56)	Sygeplejersker (n=133)
Vanskeligt at anvende tolk	27 %	9 %
Vanskeligt at etablere kontakt til patienten	59 %	65 %
Usikker på om tolken oversætter korrekt	60 %	47 %
Usikker på om patientens symptomer er forstået korrekt	55 %	41 %
Usikker på om patienten forstår diagnose og/eller behandling	71 %	55 %
Usikker på om tolkens sprogfærdigheder er gode nok	46 %	23 %
Usikker på hvordan der skal tages hensyn til patientens kulturelle baggrund	32 %	33 %

for 13% af praksispersonalet. Kun 16% af lægerne angav, at de *ikke* føler en større faglig usikkerhed i en tolket kommunikation end i kommunikationen med en dansk patient.

Tallene for faglig usikkerhed blandt hospitalspersonalet er næsten identiske med tallene fra almen praksis. I alt 83% af lægerne og 78% af sygeplejerskerne oplever 'ind imellem' eller 'ofte' større faglig usikkerhed i tolkede konsultationer. En fjerdedel af lægerne oplever 'ofte' større faglig usikkerhed, mens det samme gjorde sig gældende blandt 12% af sygeplejerskerne. Henholdsvis 17% og 22% af læger og sygeplejersker angav, at der *ikke* er forskel på oplevelsen af faglig usikkerhed i tolket kommunikation sammenlignet med kommunikation med danske patienter.

Blandt de praktiserende læger som angiver, at de 'ind imellem' eller 'ofte' oplever faglig usikkerhed, er de tre hyppigst angivne årsager (hhv. 75%, 71% og 68%) til usikkerheden:

- 'Usikker på om patienten forstår diagnose og/eller behandling'
- 'Usikker på om patientens symptomer er forstået korrekt'
- 'Vanskeligt at etablere kontakt til patienten'.

Der er altså et betydeligt flertal af lægerne i almen praksis, som oplever, at kommunikationsvanskeligheder er medvirkende til en større faglig usikkerhed.

Blandt de praktiserende læger er halvdelen endvidere 'usikre på, om tolken oversætter korrekt', mens en tredjedel er 'usikre på, om tolkens sprogfærdigheder er gode nok'. Den faglige usikkerhed er altså også knyttet an til tolken og tolkens kompetencer.

Endelig angiver en tredjedel af lægerne, at de 'ind imellem' eller 'ofte' oplever faglig usikkerhed, fordi de er i 'tvivl om, hvordan de skal tage hensyn til patientens kulturelle baggrund'. Til gengæld er det kun 16%, der angiver, at øget faglig usikkerhed skyldes 'vanskeligheder med at anvende tolk'.

Blandt praksispersonalet svarede 62%, at den øgede usikkerhed skyldes, at man er 'usikker på, om patienten forstår diagnose og/eller behandling', mens 'vanskeligheder med at etablere kontakt til patienten' er den næsthøypigste årsag (48%). Også her er 'vanskeligheder med at anvende tolk' den svarkategori, som færrest har sat kryds i, nemlig 10%.

For de hospitalsansattes vedkommende er de tre væsentligste årsager til faglig usikkerhed blandt både læger (hhv. 71%, 60% og 59%) og sygeplejersker (hhv. 55%, 47% og 65%):

- 'Usikker på om patienten forstår diagnose og/eller behandling'
- 'Usikker på om tolken oversætter korrekt'
- 'Vanskeligt at etablere kontakt til patienten'.

En tredjedel af det adspurgte sundhedspersonale (læger og sygeplejersker) på hospitalerne angiver som årsager til øget faglig usikkerhed, at de er 'usikre på, hvordan der skal tages hensyn til patientens kulturelle baggrund'. Og 27% af hospitalslægerne angiver som årsag, at 'det er vanskeligt at anvende tolk'.

55% af hospitalslægerne mod hele 71% af deres kolleger i almen praksis angiver som mulig årsag til faglig usikkerhed: 'usikker på om patientens symptomer er forstået korrekt'.

*Der opleves en større faglig usikkerhed i de tolkede konsultationer i såvel almen praksis som på hospitalerne.*

*De sundhedsprofessionelle angiver, at det er vanskeligere at vide, om patientens symptomer er forstået korrekt, og om patienten forstår diagnose/ behandling. Der er flere praktiserende læger end hospitalslæger, der angiver usikkerhed på, om patientens symptomer er forstået korrekt.*

*Der er udbredt usikkerhed på, om tolken oversætter korrekt, ligesom selve det at etablere kontakt til patienten i de tolkede konsultationer opleves som vanskeligt og som en medvirkende årsag til oplevelsen af en større faglig usikkerhed.*

*Tolkede samtaler er en del af hverdagen i sundhedsvæsenet, og kontakten til etniske minoritetspatienter kan opleves som vanskelig, men diskuterer de sundhedsprofessionelle den tolkede samtale?*

## ALMEN PRAKSIS

### Sker det, at du diskuterer den tolkede konsultation med ...?

Faggruppe	Diskuterer med	Sjældent/ aldrig	Ind imellem	Altid/ ofte
Læger (n=141)	Tolken	91 %	9 %	0 %
	Patienten	86 %	12 %	2 %
	Kollega	56 %	40 %	4 %
Praksis-personale (n=60)	Tolken	92 %	7 %	1 %
	Patienten	88 %	8 %	4 %
	Kollega	50 %	34 %	16 %

## HOSPITALER

### Sker det, at du diskuterer den tolkede konsultation med ...?

Faggruppe	Diskuterer med	Sjældent/ aldrig	Ind imellem	Altid/ ofte
Læger (n=66)	Tolken	88 %	12 %	0 %
	Patienten	88 %	10 %	2 %
	Kollega	65 %	27 %	8 %
Sygeplejersker (n=149)	Tolken	81 %	16 %	3 %
	Patienten	55 %	35 %	10 %
	Kollega	27 %	40 %	33 %

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen viser, at 40% af de praktiserende læger 'ind imellem' taler med deres kolleger om den tolkede samtale, men at lægen 'sjældent eller aldrig' taler med dem, som han/hun har haft konsultationen med – altså tolken eller patienten. Tallene for praksispersonalet viser samme tendenser.

Besvarelsene fra sundhedspersonalet på hospitalsafdelingerne viser, at godt en tredjedel af lægerne 'ind imellem' eller 'altid/ofte' diskuterer den tolkede samtale med kolleger. Det ser ud til, at hospitalssygeplejerskerne taler mere om den tolkede samtale med både patienter og kolleger, hvilket kan skyldes, at det især er sygeplejerskerne, der har/tager ansvar for tolkebestilling og -koordinering på hospitalerne.

*Samlet set diskuterer de sundhedsprofessionelle aldrig eller yderst sjældent den tolkede samtale med tolk og/eller med den etniske minoritetspatient.*

## ALMEN PRAKSIS

### Har du modtaget information om eller undervisning i den tolkede samtale?

Svarmuligheder	Læger (n=142)	Praksispersonale (n=69)
Ja, jeg har fået skriftlig information	13 %	13 %
Ja, jeg har fået mundtlig information	18 %	7 %
Ja, jeg har deltaget i undervisning	12 %	7 %
Nej	57 %	73 %

## HOSPITALER

### Har du modtaget information om eller undervisning i den tolkede samtale?

Svarmuligheder	Læger (n=58)	Sygeplejersker (n=159)
Ja, jeg har fået skriftlig information	1 %	8 %
Ja, jeg har fået mundtlig information	7 %	11 %
Ja, jeg har deltaget i undervisning	10 %	3 %
Nej	81 %	79 %

*Undersøgelsen viser, at 59% af de praktiserende læger og 21% af hospitalslægerne har tolkede konsultationer ugentligt eller oftere. Har de fået nogen form for undervisning eller instruktion i, hvordan man gør?*

43% af de praktiserende læger og 27% af praksispersonalet angav at have modtaget en eller anden form for information om eller undervisning i den tolkede samtale.

Tilsvarende har 18% af hospitalslægerne og 22% af -sygeplejerskerne modtaget information om eller undervisning i den tolkede samtale.

*Flertallet har ikke modtaget nogen form for vejledning – information om eller undervisning i – hvordan man anvender tolk.*

*Er der interesse for (yderligere) information og/eller undervisning i den tolkede samtale?*

Interessen for at modtage yderligere information om eller undervisning i den tolkede samtale er mindst blandt de praktiserende læger (43%) .

## ALMEN PRAKSIS

### Interesse for information eller undervisning?

	Læger (n=141)	Praksispersonale (n=31)
Ja	43 %	54 %
Nej	57 %	46 %

## HOSPITAL

### Interesse for information eller undervisning?

	Læger (n=67)	Sygeplejersker (n=158)
Ja	70 %	80 %
Nej	30 %	20 %

En uddybende databehandling har vist, at når interessen for information og/eller undervisning kobles til oplevelsen af større faglig usikkerhed ses, at der blandt de praktiserende læger, der 'ofte' oplever større faglig usikkerhed, kun er godt 30% der er interesseret i yderligere informationer.

På hospitalerne tilkendegiver 80% af sygeplejerskerne og 70% af lægerne interesse for information og/eller undervisning.

*Mange sundhedsprofessionelle angiver interesse i at vide mere om den tolkede samtale.*

#### 4.7 Opsamling på resultater

Med spørgeskemaundersøgelsen har vi ønsket at afdække nogle tendenser i tolkeanvendelsen i sundhedsvæsenet i Region Midtjylland. Vi ser en forskel på besvarelserne fra henholdsvis hospitaler og almen praksis, som afspejler de forskellige strukturelle og organisatoriske rammer, som institutionerne er underlagt. Der er forskel på deres opgaver og dermed også på, hvilke betingelser de har for mødet med den etniske minoritetspatient med begrænsede eller ingen dansk kundskaber.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at etniske minoritetspatienter fylder mere og opleves som en større udfordring i almen praksis end på hospitalerne. En hospitalslæge forklarer:

Når de kommer hos os, så er det så at sige fordi de fejler noget. ... De praktiserende læger har dem mere frem og tilbage, frem og tilbage, mens man prøver at finde ud af, om det reelt er sygdom eller måske noget psykisk eller mangel på netværk – eller hvad det nu kan være.

*(Hospitalslæge 1)*

Sundhedsprofessionelle i almen praksis er de første, der møder patienten, når vedkommende føler sig syg, og det er her det vurderes, om patienten skal viderehenvises til hospitalet. Det sker kun for en brøkdel af patienterne, mens langt hovedparten udredes og behandles i almen praksis.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at praktiserende læger oftere end hospitalslæger er i kontakt med etniske minoritetspatienter generelt og tolkekrævende patienter mere specifikt. Etniske minoritetspatienter fylder ikke kun mere volumenmæssigt i almen praksis, men opleves også som *en særlig udfordring* for de sundhedsprofessionelle, som arbejder her.

Både spørgeskemabesvarelserne og de gennemførte interviews viser eksempelvis, at de praktiserende læger kan opleve det som en særlig udfordring at finde ud af, hvad patienten fejler. Der er 74% af de praktiserende læger, der oplever, at patientens somatiske klager er vanskelige at skelne fra sociale behov, og 72% mener, at patientens sygdomsforståelse vanskeliggør kommunikationen.

Nu kan jeg jo ikke oversætte, hvad de siger, for jeg ved ikke, hvad der bliver sagt. Men nogle gange når de går ud ad døren, så er jeg et stort spørgsmålstegn: Var det det her du skulle? Altså, der kan godt stå én henvendelsesårsag på vores kalender, og så er det noget helt tredje eller fjerde, vi kommer frem til. Så er jeg altid lidt i tvivl, om det egentlig var det personen ville? Og typisk, hvis de kommer igen i næste uge, så var det jo nok ikke det. Men hvad er det så? *(Praktiserende læge 2)*

Patienterne, når de kommer til lægen, så kommer de mange gange ikke, fordi de fejler en bestemt sygdom. Så snart lægen kommer i gang, så kommer hovedpine, så kommer næsen, så kommer tungen, så kommer ryggen, så kommer maven – og hvad ved jeg. Og så bliver lægen totalt forvirret! *(Tolk 1)*

I sidstnævnte citat understøtter tolken lægens oplevelse af, at konsultationen med den etniske minoritetspatient ind imellem udvikler sig uforudsigeligt, og at patienten bruger sundhedsydelser på en anden måde, end lægen er vant til.

Hospitalerne har sjældnere kontakt og en anden type kontakt, hvilket også afspejles i svarene fra spørgeskemaundersøgelsen. Eksempelvis har forholdsvis færre respondenter fra hospitalerne markeret forholdsvis færre årsager til, at kontakten til etniske minoritetspatienter kan være vanskelig. Andre undersøgelser peger også på, at etniske minoritetspatienter er mindre tilfredse med kon-

takten til almen praksis, end de er med kontakten til hospitaler (Region Hovedstaden 2007).

Det centrale i denne spørgeskemaundersøgelse er, at den viser, at kommunikationsproblemer opleves at være en vigtig årsag til, at kontakten til etniske minoritetspatienter kan opleves som vanskelig. Sundhedspersonalet anvender både professionelle og familiære tolke, men de professionelle vurderes mere positivt end de familiære tolke i forhold til eksempelvis tillid til oversættelsen og forsøg på at øve indflydelse på konsultationen. Til gengæld oplever de sundhedsprofessionelle, at patienterne ofte er tilfredse med, at der anvendes familiær såvel som professionel tolk.

Undersøgelsen viser, at et flertal af de sundhedsprofessionelle ind imellem eller ofte oplever en øget faglig usikkerhed i tolkede konsultationer sammenlignet med til-

svarende konsultationer med danske patienter. Denne usikkerhed knytter især an til den kommunikative barriere, således at den sundhedsprofessionelle har vanskeligere ved at etablere kontakt til patienten og kan opleve tvivl, om symptomer er forstået korrekt, og om patienten har forstået diagnose og behandling. Uvished om tolkens kompetencer er en anden årsag til en oplevet faglig usikkerhed.

Undersøgelsen viser, at sundhedspersonalet kun i begrænset omfang diskuterer den tolkede konsultation med kolleger, patienter og tolke (med undtagelse af hospitalssygeplejerskerne), og at kun et mindretal har modtaget information om eller undervisning i tolkeanvendelse og den tolkede samtale. Bortset fra de praktiserende læger er et flertal af de deltagende sundhedsprofessionelle interesseret i at modtage yderligere information eller undervisning i den tolkede samtale.



# 5 Mødet mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet

Projektet er funderet i den præmis, at den tolkede samtale ikke kan løsrives fra den sociale, kulturelle og institutionelle ramme, der er omkring sundhedsvæsenet generelt og omkring sundhedsvæsenets møde med etniske minoritetspatienter mere specifikt. Dette bekræftes i kvalitative interviews, hvor sundhedspersonalets fortællinger om de tolkede konsultationer fletter sig sammen med fortællingerne om mødet med etniske minoritetspatienter mere generelt. Der er en klar opfattelse af, at den kulturelle forskellighed mellem patient og behandler spiller ind på mødet. Det afspejles også i spørgeskemaundersøgelsen, hvor 72% af de praktiserende læger angiver, at patientens sygdomsforståelse vanskeliggør kommunikationen. Der er imidlertid flere forskellige forståelser af, hvordan denne kulturelle indflydelse gør sig gældende, og hvordan den skal håndteres.

## 5.1 Det er jo det med kulturen

At etniske minoritetspatienter opleves at 'fylde meget' og være ressourcekrævende i mødet med sundhedsvæsenet er vist i både kvalitative og kvantitative undersøgelser (Krasnik 2004; Catinét 2005; Jahn 2001). Således også i denne, hvor spørgeskemaundersøgelsen viser, at 42% af de praktiserende læger, 21% af hospitalslægerne og 18% af hospitalssygeplejerskerne *ofte* oplever kontakten til etniske minoritetspatienter som vanskelig.

---

De fylder meget. Der er ikke ret mange personer, men som konsultationer der har vi dem hver dag. ... De op søger os mere, ringer mere, ønsker flere konsultationer og er også mere tidskrævende på mange måder med de ting, de gerne vil have os til. ... Jeg tror, det er kulturforskellen, som gør det. (Praktiserende læge 3)

Hvis vi sammenligner med danskere, så er de mange gange mere tidskrævende. De er ..., øh, sådan rent lægeligt og somatisk da reagerer de også på nogle andre måder, end vi nok er vant til. Så selv hvis den sproglige kontakt er god og tilfredsstillende, så kan der godt være nogle forskellige opfattelser. (Hospitalslæge 3)

---

Disse citater viser to centrale pointer for mødet med etniske minoritetspatienter: 1) etniske minoriteter opleves som ressourcekrævende eller som krævende 'noget andet' af de danske sundhedsprofessionelle. Og 2) dette 'andet' forklares i ovenstående med henvisning til patienternes kultur eller *nogle forskellige (kulturelle) opfattelser*. De fleste af de interviewede sundhedsprofessionelle anerkender, at patientens uddannelsesniveau og sociale situation har en betydning for, hvor 'tung' patienten er. Men kulturforskelle italesættes i interviewene som en helt central forklaringsmodel, når personalet møder noget, som de ikke umiddelbart forstår, eller når kommunikationen er vanskelig. Kultur fylder på en diffus måde meget i interviewene med både tolke og sundhedsprofessionelle, mens det fylder lidt mindre for de interviewede patienter. Det er et begreb, som er meget svært at få hånd om for parterne, og derfor vil jeg kort opholde mig lidt ved det.

**Boks 5.1 Forskellige forklaringsmodeller**

*Kulturen kommer i spil, når sundhedsprofessionel og patient mødes. Eksempelvis oplever en praktiserende læge arabisktalende patienter – mandlige patienter – som meget krævende og ind imellem aggressive i deres møde med sundhedsvæsenet. Lægen oplever, at den adfærd er kulturelt betinget. Som lægen ser det, så knytter denne opførsel sig til patienternes socialisering ind i en fremmed kultur, hvor denne type af opførsel er acceptabel og måske endda det, der forventes.*

*Tilsvarende fortæller en arabisktalende tolk, at han også oplever patienter, der er meget krævende i deres møde med det danske sundhedsvæsen. Han forklarer, at i hjemlandet er patienterne vant til at have respekt for lægen, men når de kommer til Danmark, så opfører*

*de sig helt anderledes. Tolkens forklaring er, at patienterne kompenserer for oplevelsen af at være nederst i samfundet. Af altid at blive opfattet negativt. Disse patienter reagerer så ved at blive vrede, når de kommer for sent til en tid på hospitalet og skal vente.*

*Læge og tolk tillægger her det samme fænomen forskellige forklaringer. Tolkens tager udgangspunkt i patientens sociale situation, mens lægen bruger 'kultur' som forklaring på en ellers uforståelig – eller uacceptabel – adfærd. Det er en meget generaliserende og stereotyperende forklaring, hvori der eksempelvis ikke tages højde for, at der tales arabisk i mange forskellige lande og kulturer.*

Det er meget komplekst at diskutere kulturens betydning for, hvordan mennesker handler og agerer. På den ene side er der nogle erfarede fællestræk blandt fx patienter med somalisk eller vietnamesisk baggrund. Den praktiserende læge eller sygeplejersken på børneafdelingen oplever, at forskellige patientgrupper har forskellige forventninger og forskellige måder at bruge sundhedsvæsenet på. Disse erfaringer bruger den sundhedsprofessionelle i sit daglige arbejde, som redskaber til at forstå og navigere i møder med patienter med eksempelvis somalisk eller vietnamesisk baggrund.

De generaliseringer og kategoriseringer er helt nødvendige systemer, som vi skaber for at kunne begå os i verden. Ved at tilskrive vores medmennesker egenskaber, og ordne dem i kategorier, søger vi at skabe forståelse ud fra den begrænsede information, man får gennem verbal og nonverbal kommunikation og interaktion (Steffen 2007). Tilskrivning af egenskaber er således en strategi til at forstå den sociale omverden, og dermed gøre den mere forudsigelig (Jenkins 1996).

Når vi møder noget ukendt – fx patienter med anden etnisk baggrund end vor egen – er det pludselig vanskeligere at få mening i den information, der kommunikeres. Vi får sværere ved at gennemskue, hvem vi står overfor, og hvad der forventes/kræves i situationen. Alt, hvad der ligger uden for normalt erfaringsområde, er derfor po-

tentielt forstyrrende, fordi de forståelser og implicitte antagelser man normalt opererer efter ikke nødvendigvis virker efter hensigten. Her må det understreges, at ikke kun personalet, men også patienterne oplever, at de strategier og fortolkninger de har erfaringer med, ikke virker efter hensigten.

Flere af de interviewede sundhedsprofessionelle efterlyser undervisning i kultur og interkulturel kommunikation, som kan ruste personalet til at kommunikere med patienter fra fjerne kulturer. Denne efterlysning af viden er baseret på en forståelse af, at jo bedre man forstår patientens kultur, desto bedre 'service' vil man kunne levere. Det er jo heller ikke usandt. Hvis man ikke ved, at nogle muslimske patienter undlader at tage medicin under Ramadanen, så kan man heller ikke spørge ind til det. Men kan man 'kende' en kultur? Og kan kulturen levere en nøgle eller en ordbog, som man kan bruge til at afkode og oversætte patientens ord og handlinger?

---

Det er en almindelig del af europæisk tankegods at understyre os selv og alle andre folk med en 'kultur'. Det er en lige så almindelig del af dette tankegods, at 'de andre' er styrede af deres kultur, mens 'vi' styrer os selv.

---

*Jensen & Løngreen 1995*

---

Citatet stammer fra en bog om interkulturel kommunikation og sætter fokus på to centrale problemstillinger. For det første tænker vi ofte, at der er grundlæggende forskel på 'os' og 'dem'. Når vi tænker på de andre er kultur noget determinerende. Det er noget, der får mennesker til at tænke og handle på en bestemt måde, der er i overensstemmelse med den kultur, som de er bærere af. Det vil altså sige, at hvis patienten er palæstinenser, så er han også muslim. Hvis han er muslim, så overholder han Ramadanen, og hvis han overholder Ramadanen, så tager han ikke sin medicin. Citatet ovenfor viser også, at når vi vender denne kulturforståelse mod os selv, så synes vi ikke helt den holder alligevel. Så synes vi ikke, at den er i stand til at beskrive den måde, vi agerer i verden på, men fremstår i stedet hul og unuanceret. At vende sine kulturelle forklaringsmodeller imod sig selv og sin egen praksis er altid en interessant test for truende stereotypiseringer og generaliseringer af dem, der er anderledes end os selv.

Citatet afspejler også en udvikling inden for antropologiens måde at forstå kultur på: Fra en klassisk kulturforståelse til et mere dynamisk perspektiv. Det vil jeg lige kort præsentere her, fordi det også kan inspirere til at se kulturmøder i sundhedsvæsenet i et andet – og mere frugtbart – lys.

## 5.2 Fra statisk til dynamisk kulturforståelse

I en klassisk antropologisk kulturforståelse tænker man kultur, som noget der er fælles inden for en bestemt, afgrænset etnisk eller religiøs gruppe. Man tænker kulturen som et stabilt sæt af værdier og traditioner, som definerer og kendetegner præcis denne gruppe. Individet fødes ind i disse værdier og traditioner og indoptager dem som en retningslinje for, hvordan man forstår og handler i verden. Derved bliver det enkelte menneske en repræsentant for kulturen. Kulturen ses som adfærdsstyrende, og i kulturen kan vi finde forklaringen på, hvorfor mennesker gør, som de gør.

Denne kulturforståelse udspringer af den tidlige antropologi, hvor man i første halvdel af sidste århundrede studerede eksotiske stammefolk i fjerne verdensdele. I dag ser verden imidlertid meget anderledes ud, hvilket har udfordret den klassiske kulturforståelse. Nogle væsentlige problemstillinger er bl.a.: Hvordan inkorporerer vi globalisering og migration i denne forståelse af kultur som noget stabilt og afgrænset? Kulturer eksisterer ikke i vakuum,

men konfronteres hele tiden med andre kulturer. Ikke bare gennem moderne teknologi og medier, men også rent fysisk. Vi flytter over landegrænser og kontinenter. Og hvad sker der så? Hvilken rolle spiller kultur for individet i en verden domineret af udveksling, mobilitet og forandring?

Der opstår også et andet spørgsmål i forhold til forståelsen af det enkelte individ. For hvordan inkorporerer vi et tænkende, kreativt, handlende menneske i den traditionelle forståelse af individet, som determineret af en kultur? Hvordan forklarer vi, at vi ikke altid handler i overensstemmelse med de gængse kulturelle forskrifter, men måske kun gør det nogen gange, eller gør det på vores egen måde? Hvordan skal vi forklare muslimen, der tager medicin under Ramadanen, når der samtidig er andre muslimer, som ikke gør det?

Stillet over for disse – og flere andre – problematikker har antropologien udforsket og diskuteret kulturbegrebet, og i dag arbejder man med en mere dynamisk kulturforståelse, der kan rumme både foranderlighed og individualitet, og som bl.a. indeholder følgende:

- Kultur som heterogen – noget der knytter sig til og udvikler sig i sociale grupper.
- Forskellige subkulturer eksisterer inden for den samme kultur, og den kulturelle viden er derfor forskelligt fordelt inden for et samfund.
- Kulturer er foranderlige over tid – de påvirker og påvirkes af individer og det omkringliggende samfund.
- Forskellige kulturer stiller en række kulturelle betydninger og forståelser til rådighed, som individet forholder sig til og evt. deltager i på forskellig vis.

En konsekvens af disse forståelser er, at det ikke giver mening at tænke individet som et produkt af en bestemt kultur. Simpelthen fordi kultur i så definitiv form ikke eksisterer. I stedet ser vi et individ, som løbende påvirkes af og bidrager til det sammensurium af forskellige kulturelle og sociale fællesskaber, som han eller hun deltager i. I forlængelse heraf må vi erkende og acceptere, at de kategoriseringer vi bruger til at navigere i vores hverdag med altid vil være tilnærmelsesvis og ufuldstændige.

Hvad er den praktiske konsekvens af denne forståelse? Det er, at vi trækker på den erfaring vi har, men samtidig må være opmærksomme på den stereotypisering, som ri-

sikerer at blive et biprodukt. En forståelse af arabisk kultur giver ikke automatisk en empatisk indsigt i en palæstinensisk patient, for du kan ikke vide, hvad arabisk kultur betyder for netop denne patient eller, hvor meget den fylder i hans samlede bagage af erfaringer. Som en af de praktiserende læger siger:

---

De er enormt forskellige. Det er faktisk en erkendelse, jeg har fået her de senere år. En overgang fik jeg enormt mange somaliere, og så var folk ligesom *det*. Men det er de jo ikke, vel? De er jo vidt forskellige og har vidt forskellige baggrunde. Men der går jo nogle gange lidt tid, inden man forstår, hvad *det* er. De kommer jo ad vidt forskellige veje til Danmark og med vidt forskellige baggrunde. De er ikke ens.

(Praktiserende læge 2)

---

De tolkede samtaler udspiller sig i en kontekst, hvor både sundhedsprofessionelle og patienters behov for at generalisere og kategorisere 'det ukendte' fletter sig sammen med mødet med den enkelte patient eller den konkrete behandler.

### 5.3 Klinikken som et grænseland

De interviewede sundhedsprofessionelle oplever, at det kan være svært at håndtere eller sætte ord på den oplevede kulturelle forskel. De sundhedsprofessionelle formulerer det som en oplevelse af, at de etniske minoritetspatienter forventer noget andet og mere, end sundhedspersonalet er vant til, har mulighed for eller er villige til at give. Omvendt kan personalet have svært ved at få tydeliggjort deres forventninger og muligheder for patienten. Måske fordi personalet heller ikke er helt klar på eller formulerede omkring, hvad det helt præcist er, disse forventninger går ud på.

Altså oplever de involverede parter, at modparten indimellem forventer eller fortolker et eller andet, som man ikke helt kan regne ud. Den anerkendte amerikanske antropolog Cheryl Mattingly har anskueliggjort dette kulturfokuserede og kulturforhandlende møde i et billede af klinikken som 'et grænseland' (*borderland*) (Mattingly upubl.). Mattingly taler om situationer, hvor der blandt deltagerne er en stærk forventning om, at de *ikke* deler den samme kulturelle referenceramme, og hvor interak-

tionerne ofte forstærker deltagerens oplevelse af at være kulturelt forskellige. Det afgørende er ikke, om der rent objektivet er en kulturel forskellighed – måske er den kulturelle forskellighed slet ikke så stor –, men at parterne oplever denne forskellighed og reagerer og handler ud fra en forventning om, at den eksisterer. I denne undersøgelse eksemplificeres denne forventning om forskellighed ved en sygeplejerske, der fortæller, hvordan hun undlader at stille en arabisk mand bestemte spørgsmål om impotens, fordi hun går ud fra, at det (i kraft af hans religiøse og kulturelle baggrund) vil gøre ham forlegen. Sygeplejersken agerer på en forventning om forskellighed.

I dette grænseland oplever deltagerne, at de skal kæmpe for at overkomme den kulturelle forskellighed og gøre sig selv forståelig og 'fortolkelig' for dem, som de ser som anderledes. Deltagerne gør et stykke arbejde for at afsende budskaber, som de tror den anden vil kunne fortolke korrekt. Og samtidig foretager de en slags detektivarbejde og forsøger at identificere kulturelle betydninger i deres modparts måde at opføre sig på (Mattingly upubl.). Forsøget på at forstå hinanden resulterer ofte i et øget fokus på forskelligheder. Mattinglys analyse er stærk, fordi den kan inkorporere de forskelle, som vi oplever i mødet med andre kulturer, men samtidig sætter fokus på, hvor stor en rolle vore egne forestillinger om 'den anden' spiller for dette møde.

Interviewene viser, at mødet i grænselandet ikke kun fører til overvejelser over, hvem 'den anden' er, men også til hvad man selv repræsenterer. Især de praktiserende læger udtrykker et behov for at holde fast i sig selv og tro på, at det man repræsenterer har værdi og kvalitet:

---

Jamen, vi har en meget fælles holdning, hvordan vi skal være over for dem, og vi står egentlig meget fast. Jeg tror, vi har fundet ud af, at den måde vi nu opfører os på og har vores kultur på, den er o.k. (Praktiserende læge 3)

Nu er det blevet til, at det er sgu godt nok, det vi gør. Gu' ve' nu er vi helt stolte over det, vi går og laver. Hvor der var en overgang, hvor jeg var helt i tvivl om, om vi gjorde noget forkert. Skulle vi snakke anderledes til dem? Det var lidt hen ad: Undskyld alle sammen.

(Praktiserende læge 2)

---

Andre undersøgelser peger dog på, at sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis kommer til denne eksplicite selverkendelse i mødet med etniske minoritetspatienter. Antropologen Annette Jahn arbejder i sin analyse af kulturmøder på en barselsgang med begrebet 'institutionel blindhed' (Jahn 2001). Begrebet dækker over den tavse viden, som personalet funderer deres handlinger og fortolkninger på, men som de ikke har gjort sig bevidst. Det er eksempelvis viden om – og en normativ forståelse af – amning, faderens rolle under fødslen eller acceptable måder at opføre sig på under indlæggelse. Denne viden fører til 'en blind plet' over for patienter med minoritetsbaggrund, fordi sundhedspersonalet ikke har gjort sig det bevidst, hvad det er man bør vide for at kunne begå sig acceptabelt på en dansk barselsgang – fx at man ikke selv må tage mad i køleskabet, eller at det er et tegn om at man skal skynde sig, når sygeplejersken kigger hektisk på sit ur. Når patienten agerer anderledes, opstår irritation som følge af denne institutionelle blindhed.

Denne problematik ligger i forlængelse af de tidligere nævnte forforståelser og generaliseringer, som vi navigerer efter i hverdagen. Når vi møder noget fremmed, kan det på den ene side føre til frustration og irritation, fordi 'den anden' ikke passer ind i de kasser, som vi normalt styrer vores handlinger og forståelser i forhold til. På den anden side kan mødet med det fremmede føre til en erkendelse af, hvad det er vi ved og gør i daglig praksis. Den

ne erkendelse kommer ikke nødvendigvis af sig selv, men kræver en bevidst refleksion og en italesættelse af de dominerende forståelser, som vi arbejder med, og som udfordres i mødet med den etniske minoritetspatient. Herefter kan man bevidst begynde at arbejde med, at bringe nogle nye forståelser på banen, som bedre kan rumme mødet med det fremmede.

En tolket samtale er også et kulturmøde – med de potentielle vanskeligheder der er her –, og der er derfor risiko for, at dette kulturmøde også bliver en altdominerende forklaring på vanskelighederne i en tolket konsultation. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at selv når læge og patient taler det samme sprog og har en fælles kulturel baggrund, så er en konsultation en kompliceret størrelse, hvor risikoen for misforståelser altid er til stede. Når læge og patient deler kulturel baggrund, så er der sandsynlighed for, at parterne *antager*, at de er enige om hvad der sker, men faktisk taler forbi hinanden. Derfor kan man sige, at det positive ved mødet med den etniske minoritetspatient er, at det netop er tydeligt, at parterne er potentielt forskellige. Dette kan bruges som et afsæt – ikke til at forsøge at regne den andens forskellighed ud, men til at skabe et fælles udgangspunkt og en ny fælles forståelse. Målet må være at finde balancegangen mellem at anerkende forskellighed, men samtidig ikke lade denne forventning om forskellighed dominere mødet med den anden.





# Rammer for tolkning som hverdagspraksis

For at kunne forstå tolkningen, som den dagligt udspiller sig i sundhedsvæsenet, er det nødvendigt at forstå de strukturelle og organisatoriske betingelser, som det tolkede møde er underlagt og en del af. I dette kapitel belyses og diskuteres derfor henholdsvis tolkenes og sundhedsvæsenets forskellige betingelser for at indgå i den tolkede konsultation.

Som allerede beskrevet, er der stor forskel på hospitalers og almen praksis kontakt til etniske minoriteter og dermed også på, hvor ofte hospitaler og almen praksis anvender tolke. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 21% af hospitalslægerne og 59% af de praktiserende læger bruger tolk ugentligt eller oftere. For tolkebureauerne er sundhedsvæsenet således en betydelig kunde.

Det koster knap 300 kroner i timen plus evt. kørselsgodtgørelse at bestille en professionel tolk fra et tolkebureau. I almen praksis afholdes udgifter til tolkning af sygesikringen. I Region Midtjylland havde man i primærsektoren i 2007 tolkeudgifter for godt 13 millioner kroner. På hospitalerne er det de enkelte afdelinger, der betaler for tolkeanvendelsen, og det har desværre ikke været muligt at få et samlet overblik over udgifterne til tolkebistand på Region Midtjyllands hospitaler.

## 6.1 Tolke i sundhedsvæsenet

Som allerede nævnt, så er den professionelle tolkning bare én af de måder, hvorpå sundhedsvæsenet overkommer sproglige barrierer. Men hvad er egentlig en professionel tolk, og hvilke betingelser arbejder de under? Det vil blive præsenteret her.

### *Professionelle tolke*

I dette projekt defineres professionelle tolke som personer, der enten er ansat som fuldtidstolke i bestemte institutioner eller er tilknyttet et eller flere tolkebureauer. I Region Midtjylland er kommunale og regionale tolkeopgaver udliciteret til private tolkebureauer. Ved den seneste udlicitering i Århus Amt vandt to virksomheder retten til at tolke på hospitaler og i almen praksis. Siden da er den ene virksomhed lukket, og der er derfor reelt kun et bureau, som kan benyttes. Region Midtjylland forventes at bringe tolkningen i nyt udbud i løbet af 2008.

Ud af de ca. 2.500 professionelle tolke i Danmark er det de færreste, der har en decideret tolkeuddannelse; og der er ikke noget krav om, at man skal have en bestemt uddannelse eller certificering for at kunne arbejde som tolk. Størstedelen af tolkene er organiseret i tolkebureauer. For at blive tilknyttet et tolkebureau skal man som regel bestå en mundtlig og evt. en skriftlig prøve. Det er det enkelte tolkebureau, som definerer, hvad denne prøve skal indeholde. Langt hovedparten af de professionelle tolke i Danmark er altså autodidakte og har måske deltaget i forskellige tolkekurser, som ind imellem udbydes af fx HK, handelsskoler eller daghøjskoler. At de fleste tolke ikke har en decideret tolkeuddannelse er ikke ensbetydende med, at de er uuddannede. Blandt de interviewede tolke i denne undersøgelse er der bl.a. en kemitekniker og en tandlæge. Men det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle ved, at de professionelle tolke kan have meget forskellige kompetencer.

Når man er tilknyttet et tolkebureau, så arbejder man reelt freelance og kan selv regulere, hvor mange opgaver

man siger ja til. Tolkene aflønnes efter de timer, de fakturerer. En timeløn for en tolk er ca. 170 kr. plus feriepenge og eventuel kørselsgodtgørelse. Når en tolkesession er afsluttet, skal tolken have rekvirentens underskrift på, at tolkningen er gennemført, og hvor lang tid den har varret.

Man kan i store træk opdele de professionelle tolke i to grupper: de fuldtidsprofessionelle og de deltidspensionelle. For de deltidspensionelle er tolkningen en fleksibel bibeskæftigelse, enten ved siden af studierne eller et andet arbejde (en informant kører fx taxa). Nogle bruger tolkningen som indkomstmulighed i en kortere periode – fx mellem to ansættelser. For andre i denne gruppe er tolkearbejdet en måde at komme ind på arbejdsmarkedet på; enten for at blive fuldtidsprofessionel tolk eller som et springbræt til et andet job, idet jobbet som tolk åbner mulighed for at få indsigt i mange forskellige aspekter af det danske samfund. En af informanterne, der sidder som koordinator i et tolkebureau, vurderer, at gruppen af deltidspensionelle udgør ca. 60% af tolkene.

De fuldtidsprofessionelle tolke arbejder for størstedelens vedkommende også som freelancetolke og under de samme vilkår som de deltidspensionelle. De er tilknyttet et eller flere tolkebureauer, kan sige ja eller nej til de opgaver de får tilbudt, og aflønnes efter hvor mange timer de tolker. De fuldtidsprofessionelle tolke kan i kraft af deres netværk og deres kompetencer erhverve sig tilstrækkeligt med tolkeopgaver til at kunne tjene noget, der svarer til en HK-månedsløn. Der er kun meget få tolke med deciderede fuldtidsstillinger – fx på rehabiliteringscentre og i psykiatrien. En enkelt informant er fastansat og fungerer ikke bare som tolk, men inddrages også som tokulturel kompetence i patienternes behandling.

For de fuldtidsprofessionelle tolke er freelancearbejdet ikke nødvendigvis et aktivt valg men en betingelse, hvis man ønsker at arbejde som tolk. De interviewede tolke fortæller, at hvis man vil være tolk, så må man også kunne leve med freelanceformen. Flere af dem nævner dog, at det kan være en belastende måde at arbejde på:

---

Men hvis jeg skal blive i tolkebranchen, så betyder det, at jeg bliver nødt til at tjene 15.-16.000 kr. Det er ligesom en butiksansat. Men nogle gange kan det tage

hele dagen. Fra kl. 7 når du kører hjemmefra, og du er først hjemme kl. 18-19 om aftenen. Det kommer an på, hvor tolkningen foregår. (Tolk 3)

---

Til gengæld er der også enighed om, at det positive og spændende ved at være tolk er, at man møder mange forskellige mennesker i mange forskellige situationer hver dag.

#### *Stor berøringsflade, ingen kolleger*

De interviewede tolke er således alle personer, der trives med at møde nye mennesker og have en bred kontaktflade. De fleste nævner dette som en specifik årsag til at have valgt tolkefaget. Tolkene møder mange mennesker i løbet af en dag, og møder dem ofte i potentielt dramatiske situationer: på hospitalet, i retssystemet, hos kommunen. Det giver indsigt både i det danske samfund og i de mennesker, der bebor det:

---

Hvis du arbejder som kontorassistent, så ved du ikke, hvad det er, der foregår udenfor. Men når du arbejder med mennesker, som fortæller om deres problemer ... som ja, altså noget som du aldrig har tænkt på. Så man bliver ligesom. ... Man får mere viden, bedre forståelse. Ja, og det er godt. (Tolk 4)

---

Men selvom tolkene har en stor kontaktflade, så har de ingen kolleger i deres daglige arbejde. I hvert fald ikke nogle de ser eller taler med i løbet af dagen. Det betyder på den ene side, at der ikke er nogen kollega til at dele de daglige erfaringer med. Der er ingen kolleger, der kan have glæde af den indsigt eller de faglige overvejelser, tolken gør sig inspireret af dagens arbejde. Det betyder også, at tolkene ikke har nogen kolleger at sparre med, når de bliver i tvivl om, hvordan noget oversættes, eller hvordan en bestemt situation eller person skal håndteres.

---

Det er meget ensomt at være tolk. Det er meget rigtigt. Ved du hvorfor? Du kører ud ad landevejen, men du har ikke nogle kolleger, som du kan få støtte af. Du har ikke nogen, som du kan snakke med om forløbet. Det kan være et rigtig ensomt job. (Tolk 3)

---

---

Vi skal sige alle de svære ting. Det kan være en operation eller et dødsfald, som du skal meddele til persons familie. Det er mange ting. Det er også tit os der skal sige, hvis der er en kvinde, som mishandles rigtig slemt af sin mand. Det er også os der siger, at børnene skal tvangsfjernes fra familien. (Tolk 1)

---

At sidde med disse oplevelser – uden supervision eller kolleger at dele med – kan opleves som en belastning. Tolkene savner nogle gange at diskutere med andre tolke, hvordan en bestemt sag eller person håndteres. Nogle af tolkene fortæller således, at de ind imellem bliver kede af det, når de kommer hjem, fordi de tolker i situationer, hvor de involverede parter er vrede eller ulykkelige. Tolken forsøger at være neutral i oversættelsen, men det betyder ikke, at hun ikke påvirkes af det, der foregår. Under HK eksisterer der en Tolkecafé, hvor nogle af mine informanter deltager i møder, hører oplæg og taler med kolleger, men det er noget de gør i deres fritid, og det er ikke altid, at der er overskud til at gå til møder efter en lang arbejdsdag.

At tolkene pendler fra en social situation til en anden betyder, at de skal kunne omstille sig meget hurtigt, og ind imellem føler de sig overvældede. En informant taler om behovet for at 'tømme hovedet', når hun kommer fra en svær tolkning. Det kan være svært at gå fra en samtale med en PTSD-patient i lokalpsykiatrien til en graviditetsundersøgelse på jordemoderklinikken. Nogle tolke oplever, at den professionelle tolkebruger – fx en psykolog – ind imellem giver spontan supervision til tolken efter en svær samtale, og det oplever tolkene som en støtte og en anerkendelse. Men ellers viser interviewene, at det hører til sjældenhederne, at den sundhedsprofessionelle tager initiativ til en evaluering med tolken efter en samtale. Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at kun ganske få læger angiver, at de diskuterer den tolkede samtale med tolken.

De professionelle tolke har sundhedsvæsenet som arena for en stor del af deres daglige arbejde, men er ikke organisatorisk knyttet til sundhedsvæsenet. Tolkene leverer en ydelse, får deres papirer skrevet under og forsvinder igen. Det kan have konsekvenser for forløbet af den tolkede samtale, og den måde parterne håndterer den på. Det viser denne undersøgelse.

### *Tid som organisatorisk ramme og område for forhandling*

Tolken koster ikke kun noget i kroner og ører, men i lige så høj grad i tid. Og eftersom tid er en vigtig ressource for både tolk, sundhedsprofessionel og patient, er *tiden* et helt centralt felt for konflikt og forhandling. I almen praksis er der mulighed for at få en tillægsydelse via sygesikringen for konsultationer med anvendelse af tolk. Det betyder, at praktiserende læger har mulighed for at sætte en dobbelttid af til tolkede konsultationer. I spørgeskemaet svarer 63% af de praktiserende læger og 68% af deres klinikpersonale, at der altid eller ofte afsættes ekstra tid til tolkede konsultationer. Det vil omvendt sige, at cirka en tredjedel af sundhedsprofessionelle i almen praksis ikke rutinemæssigt sætter ekstra tid af til tolkede konsultationer. Hvordan kan det være? En praktiserende læge fortæller, at "hvis vi skulle sætte dobbelt tid af til alle tolkede konsultationer, så ville vores dag slet ikke hænge sammen" (Praktiserende læge 4). Den praktiserende læge eller praksispersonalet foretager altså, når konsultationen bookes ind i systemet, en vurdering af om den tolkede konsultation kan klares på en 'almindelig' tid. Det er en vurdering, der bygger på kendskab til patienten og en forventning om, hvad konsultationen skal handle om, men vurderingen tages også med skelen til, hvordan dagen i øvrigt ser ud.

---

Ellers filer vi lidt, hvis vi kan se, at her er en indvandrer, og den næste konsultation skal så være kort. Det er vores sygeplejerske, der sætter en på, som formelt har et kvarter, men som nok tager lidt mindre. Så de prøver at lave lidt elastik i programmet. Men vi sætter ikke konsekvent en dobbelttid af til dem – det ville vores program altså vælte ved. Vi gør det ved nogen, når vi ved, at det ikke kan lade sig gøre uden.

(Praktiserende læge 2)

---

Denne daglige praksis underkender en pointe, som de interviewede sundhedsprofessionelle, tolke og patienter ellers ofte understreger, nemlig at tolkede konsultationer tager længere tid end ikke-tolkede konsultationer. For de interviewede tolke er denne praksis uforståelig og ind imellem frustrerende:

---

De [praktiserende læger] får dobbelttakst, når der er tolk med, men booker kun en almindelig 10-minutters tid. Hvad kan man nå at sige gennem en tolk på 5-10 minutter? Hvordan kan lægen nå at høre patientens klager og finde ud af, hvad han fejler? Det kan man ikke!

---

(Tolk 2)

Citatet viser, at tolkene ind imellem oplever, at de praktiserende lægers hverdagspraksis omkring tid presser dem i deres arbejde, og begrænser patientens mulighed for at udtrykke sig. Tolkene er klar over lægernes mulighed for at sætte ekstra tid af, og jeg har flere gange hørt tolke – halvt i spøg, halvt i alvor – mistænke praktiserende læger for at sætte en normal tid af, men efterfølgende indkassere den dobbelte takst. Uanset om denne mistanke er begrundet, eller om det overhovedet kan lade sig gøre, så er det relevant for de praktiserende læger at vide, at denne opfattelse eksisterer blandt nogle tolke og patienter, som synes, at konsultationen bliver for kort, når der ikke afsættes ekstra tid.

Tolkene oplever ofte et krav eller en forventning fra patienter og sundhedsprofessionelle om, at de skal være fleksible med deres tid. De er booket til konsultationer, som er forsinkede eller som trækker ud. Tolkene må løbende foretage en vurdering af dagens program og kan være vældig sårbare over for tidsplaner, der skrider og konsultationer, der trækker ud. Det kan give både stress og frustrationer:

---

Så jeg giver god tid mellem to aftaler, så jeg ved, at jeg ikke stresser mig. ... Du planlægger godt i din kalender, men hvis ikke det går, som det skal, så vil et kvarter til ti minutter stresser og ødelægge hele min dag. Jeg ved i forvejen, at jeg skal nå mange steder. Måske skal jeg starte i Randers, så Silkeborg, så til Århus og tilbage til Randers. Hvis de bare beholder mig et kvarter eller en halv time ekstra i Silkeborg, så betyder det, at jeg er for sent til næste opgave.

---

(Tolk 3)

---

Nogle gange har jeg ikke tid til at spise hele dagen. Jeg drikker kun kaffe og spiser aftensmad, når jeg kommer hjem.

---

(Tolk 5)

Tolkene forsøger i deres booking af opgaver at tage højde for, at de arbejder ind i et system, hvor forsinkelser og uforudsete hændelser er en del af hverdagen. Men tol-

ken tjener ikke penge, når der er hul i kalenderen, så det er hele tiden en afvejning mellem tid og indkomstmuligheder. Når tiden skrider i sundhedsvæsenet, så skrider resten af tolkens dag også. Og når tolkens planlægning begynder at skride, så kan det betyde ærgrelse og frustration for både patienten og for dem, der har booket tolkeassistance senere på dagen.

Den sundhedsprofessionelle kender alt til systemets følsomhed over for tid, men har samtidig et budget at tage hensyn til:

---

Når jeg sidder og planlægger, så kigger jeg da på, hvad der er realistisk. Fordi jeg skal jo ikke have tolken til at sidde og glane en time, hvis jeg kan undgå det. For vi er MEGET trængt på økonomien hele vejen rundt, og vi får hele tiden hældt i hovedet, at vi skal spare alle vegne. Så selvfølgelig kigger jeg da meget på, når jeg bestiller, hvad der er realistisk tidsmæssigt og forsøger så vidt muligt at fortælle, at det er vigtigt, at de kommer til tiden og så videre. Og så kan jeg så kun håbe, at dagens program ikke skrider [ler lidt].

---

(Hospitalssygeplejerske 2)

At tiden er vigtig for alle parter i den tolkede konsultation gør den til et centralt område for forhandling og konflikt. Det er sundhedsvæsenet, der har pengene, og tolkene oplever situationer, hvor patienten enten kommer for sent eller er tilset før tid, og hvor personalet derfor ikke vil skrive timesedlen under. Eller situationer hvor sundhedspersonalet forsøger at forhandle om tiden, hvis konsultationen ikke tager så lang tid, som tolken oprindeligt er booket til. En af informanterne lægger meget stor vægt på vigtigheden af, at tolken står fast på sine rettigheder, men anerkender samtidig at det kan være meget svært, når man står der alene over for en skranke fuld af sekretærer, som ikke synes at tolken skal have penge for tid, der ikke er brugt. Det er imidlertid en tid, som tolken indtægtsmæssigt har kalkuleret med og planlagt sin arbejdsdag efter.

I løbet af en arbejdsdag pendler tolkene mellem praktiserende læger, forskellige hospitalsafdelinger og alle de andre institutioner, de tolker i. Meget kørsel kræver også meget parkering. Det synes måske at være en detalje, men det er ikke desto mindre et problem for tolkene, at parkering kan være svær at finde, dyr at betale for og endnu dyrere,

hvis konsultationen trækker ud, og tolken ikke har mulighed for at gå ud for at fylde flere penge i parkometeret.

---

Åh, bare rolig, sagde lægen. De tjekker aldrig derude. Det sagde han, så jeg gik ikke ud. Men der sad en regning i ruden, da jeg kom ud. 510 kroner! Så arbejdede jeg gratis den dag. (Tolk 1)

Plus, at når de bestiller mig til en halv times tolkning – som for eksempel på et sygehus, hvor jeg også skal putte 10 kr. ind i parkeringsautomaten – så betyder det, at af den løn hvor jeg har tjent 85 kr. (som jeg også skal betale skat af), så skal jeg betale 10 kr. til parke-ring. (Tolk 3)

---

Undersøgelsen viser, at der foregår daglige forhandlinger mellem sundhedsprofessionelle og tolke om tid og økonomi. Tolkejobbet kræver stor fleksibilitet. Det kræver, at tolken kan fungere med varierende indkomst og arbejdstider. Det kræver på den ene side stor selvstændighed og på den anden side, at man trives med en stor kontaktflade og kan begå sig i mange forskellige situationer og institutioner. Og så kræver tolkejobbet ikke kun, at man kan flytte sig fysisk i løbet af en dag, men i lige så høj grad at man kan omstille sig fra det ene tolkede møde til det andet. Elementer, der på samme tid bidrager til at gøre jobbet såvel spændende som krævende for de interviewede tolke.

## 6.2 Organisatoriske rammer og strukturelle konsekvenser

Sundhedsvæsenet er bl.a. formet af nogle bestemte politiske og organisatoriske rammer. I dette afsnit undersøges det, hvordan de organisatoriske rammer, der er sat for sundhedsvæsenets tolkeanvendelse, folder sig ud i hverdagen. Altså hvordan organiseringen får strukturelle konsekvenser, når sundhedsprofessionelle, tolke og patienter omsætter den til daglig praksis.

### Identifikation af tolkebehov

Det er en politisk-administrativ beslutning, at det kun er sundhedspersonalet, der kan bestille tolk. Det er derfor også sundhedsvæsenet, som har ansvaret for at identificere en patients tolkebehov. I almen praksis vil det ofte foregå på den måde, at patientens tolkebehov afklares ved tidsbestillingen, hvorefter personalet rekvirerer tol-

keassistance. På hospitalerne vil man almindeligvis blive orienteret om patientens tolkebehov på henvisningen fra egen læge og i forlængelse heraf rekvirere en tolk. Det er som sådan ikke særlig besværligt. Spørgeskemaundersøgelsen viste imidlertid, at tolkebehovet ikke altid oplyses ved tidsbestilling, og at det ikke altid står anført på henvisningen fra egen læge. Der er også en række andre situationer, hvor det kan være vanskeligt at identificere tolkebehovet på forhånd. Det kan eksempelvis være, når patienten kommer akut eller uanmeldt. Interviewene med lægerne viser også, at et tolkebehov i nogle tilfælde først opstår undervejs i et forløb. Det kan eksempelvis være, at patienten kommer til lægen med klager over hovedpine. Så længe kommunikationen drejer sig om at beskrive smerten, og hvor lang tid den har varet, så oplever parterne måske ikke, at det er nødvendigt med tolk. Hvis smerterne viser sig at være symptom på noget alvorligt, eller situationen kompliceres, kan det imidlertid være nødvendigt med en tolk, næste gang man mødes.

Fordi identifikationen af et tolkebehov kan foregå på mange forskellige måder, kan det også variere meget, hvem det er der afgør, at der skal tilkaldes en tolk. Spørgeskemaundersøgelserne viser ikke nogen klar tendens i forhold til, hvem der afgør, om en patient har et tolkebehov. Interviewene viser, at beslutningen om anvendelse af tolkeassistance reelt tages på flere forskellige måder og af vidt forskellige personer i klinikken. Både sekretær, sygeplejerske, læge, patient og pårørende kan således have indflydelse på, om der bestilles professionel tolk til en samtale eller ej:

---

Jeg vælger ALTID en professionel tolk, hvis jeg kan komme til det. Men nogle gange dukker de jo op med familie. Og så er det jo sådan, det er.

(Praktiserende læge 1)

Det er jo andre, der har taget stilling til det [tolkebestilling], inden vi kommer, ikk'. Det er sygeplejersken [– lægen kan beslutte, at der skal tolk med –], hvis det er sådan de store og alvorlige sygdomme. Og de lange forløb.

(Hospitalslæge 2)

Min mor skal på hospitalet med sin ryg, men da vi ringede til dem, sagde de, at hvis hun ville have tolk, måtte hun selv tage en med.

(Samtale med datter til Patient 3)

---

Citaterne viser, hvor forskelligt det er, hvem der vurderer patientens tolkebehov, og hvem der får/tager ansvar for, at der er en tolk til stede ved konsultationen. Det kan der være flere årsager til. En af dem er, at et tolkebehov ikke er en entydig størrelse og derfor ikke altid let at identificere. Sprog er ikke noget, man enten behersker eller ikke behersker, men et kontekstafhængigt kontinuum. Vores sprog påvirkes af vores følelser og af de specifikke kontekster, hvori vi skal tale. Derfor kan konsultationen være et vanskeligt sted at vurdere en patients sprogkundskaber. Patienten fungerer måske udmærket med sine dansk-kundskaber i hverdagen – hun kan smalltalke med naboen og købe sko til sine børn – men oplevelsen af at være syg kombineret med den nervøsitet eller stress som et møde med sundhedsvæsenet kan generere, kan påvirke patientens sprogbeherskelse. Pludselig taler hun ikke helt så godt, kan ikke huske ordene og så videre.

Hvornår man taler for dårligt dansk til at kunne gennemføre en konsultation hensigtsmæssigt vil altid bero på et skøn. Derfor beretter sundhedspersonalet i interviewene også om vigtigheden af at vide, at man har ledelsens opbakning til at bestille tolk, når man finder det nødvendigt. Samtidig er der også risiko for, at sundhedspersonalets skøn i enkeltstående situationer kan give en noget ujævn tolkeanvendelse. Man bør derfor overveje, om tolkeanvendelsen på nogen måde kan standardiseres. På Odense Universitetshospital har man eksempelvis en tværgående retningslinje for tolkebistand, hvor den sundhedsprofessionelle indledningsvist skal afklare patientens dansk-kundskaber (Boks 6.1). Denne løsning kunne måske inspirere andre til et lignende tiltag.

#### Boks 6.1

##### *Kræver behandlingen/plejen, at der er tolk?*

- *Patienten forstår og taler dansk*
- *Patienten forstår dansk, men taler ikke dansk*
- *Patienten taler et andet sprog end fødesproget, som personalet forstår og taler*
- *Usikker på om patienten forstår dansk.*

*Kilde: Tværgående retningslinje, tolkebistand på Odense Universitetshospital*

#### *Parallel tolkebestilling*

De organisatoriske rammer betyder, at det er sundhedsvæsenet, der bestiller tolk, og det er tolkebureauet, der sender en kvalificeret person ud. Patienten har derfor ikke nødvendigvis den samme tolk gennem et helt forløb. Interviewene viser dog, at patient og tolk nogle gange følges ad gennem et forløb alligevel. De strukturelle konsekvenser af organiseringen er altså, at der foregår en parallel tolkebestilling, hvor både sundhedsprofessionelle og patienter søger at fastholde bestemte tolke for at opnå kvalitet og kontinuitet.

---

Nogle gange så siger jeg faktisk – hvis det er gået godt – så siger jeg: Kan vi ikke lige booke en tid nu? Så har han [tolken] jo sin kalender fremme, og så ordner vi lige det. Så har jeg sikret mig, at det bliver sådan.

*(Praktiserende læge 2)*

Altså, somme tider er tolkene jo også patientens forlængede arm. De er jo også, der er jo altså nogen af dem som sidder og ringer i telefontiden ikk' også. Ringer igen og igen for at komme igennem til os og for at lave en aftale på patientens vegne.

*(Praktiserende læge 1)*

Denne parallelle tolkebestillingspraksis har både fordele og ulemper. En af fordelene er selvfølgelig, at patient og sundhedsprofessionel har mulighed for at holde fast i en tolk, som de er tilfredse med og derved skabe tillid, tryghed og kontinuitet i forløbet for alle parter. Flere af de interviewede tolke nævner endvidere, at det er lettere at tolke, hvis man kender en smule til forløbet og patienten på forhånd. En ulempe ved disse forløb kan være, at den sundhedsprofessionelle – som måske ikke er den samme hver gang patienten kommer i praksis eller på hospitalsafdelingen – kan blive usikker på tolkens og patientens relationer til hinanden, og hvilken eventuel indflydelse dette kan have på, hvad der bliver sagt i den tolkede konsultation. Denne problematik vil blive uddybet i kapitlet om relationer i den tolkede samtale (kapitel 8).

#### *Alternative kommunikationsløsninger*

De organisatoriske rammer betyder, at professionel tolkning ikke er organisatorisk integreret i sundhedsvæsenet. Det vil sige, at professionel tilstedeværende tolkning er noget, der skal bestilles udefra, og som ikke altid er til råd-

dighed. Den strukturelle konsekvens er, at man anvender alternative løsninger, og som spørgeskemaundersøgelsen viser, er man i sundhedsvæsenet bl.a. afhængig af brugen af familiære tolke. Omkring halvdelen af sundhedspersonalet på både hospitaler og i almen praksis svarer, at de ofte eller altid bruger familiære tolke.

En *familiær* tolk er et familiemedlem eller en ven, som patienten medbringer. I interviewene giver sundhedsprofessionelle og tolke udtryk for flere forbehold over for familiemedlemmer som tolke, bl.a. fordi familiemedlemmet er følelsesmæssigt involveret i patienten og dennes sygdom. Familiemedlemmet har 'aktier' i patienten, hvilket kan påvirke såvel det der siges, som det der oversættes. Fordelen ved at gøre brug af familiære tolke er, at de ofte står til rådighed, når konsultationen er akut, eller der af andre årsager mangler en professionel tolk. Hertil kommer, at både tolke, sundhedsprofessionelle og patienter oplever, at det kan være trygt for patienten af have et familiemedlem til at tolke.

De familiære tolke vil blive diskuteret mere indgående i kapitlet om relationer i den tolkede samtale. Her vil brugen af børn som tolke også blive diskuteret. Foreløbigt er det nok at konstatere, at de familiære tolke findes, at de er en del af hverdagspraksis, og at der er en række fordele og ulemper ved at anvende dem.

Et andet alternativ til professionel tilstedeværende tolk er at anvende *telefonisk* tolkning. Her er tolken også professionel, men tolkningen foregår over telefonen. Man kan bruge en såkaldt soundstation, der er udviklet til formålet, eller bruge telefonens medhør. Spørgeskemaresultaterne viser dog, at denne mulighed sjældent anvendes. I interviewene forklarer de sundhedsprofessionelle, der har prøvet at bruge telefontolkning, at de foretrækker tilstedeværende tolkning, fordi man har bedre mulighed for at aflæse tolkens kropssprog og dermed relationen mellem tolk og patient. Den tøvende holdning til telefontolkning kan også skyldes manglende erfaring og fortrolighed. På Kolding Sygehus har man arbejdet systematisk med anvendelse af telefontolkning på børneafdelingen til stor tilfredshed for personalet, som både oplevede bedre kontakt med den enkelte patient, og at patienterne var glade for den anonymitet, som telefontolkningen giver (Ammentorp et al. 2006). De interviewede patienter i denne undersøgelse beskriver telefontolkning som en nødløsning, fordi de – ligesom det interviewede sund-

hedspersonale – synes, at det er vigtigt, at kunne aflæse tolkens kropssprog. Parterne har altså en oplevelse af, at tolkens kropssprog hjælper dem til at vurdere, om tolkningen fungerer.

Et sidste alternativ til professionel tolkning er at gennemføre konsultationen så godt som muligt *uden* brug af tolkning. I spørgeskemaundersøgelsen var der flere sundhedsprofessionelle der angav, at de gennemfører konsultationen, end der angav, at de finder en ny tid til patienten, hvis den professionelle tolk udebliver. Det kan være, at patient og sundhedsprofessionel har et fælles fremmedsprog, som kan bruges til at kommunikere på. Uanset hvilken løsning man vælger, så er potentialet for misforståelser betragteligt, og den sundhedsprofessionelle må nøje overveje, *om* det er forsvarligt, og *om* eksempelvis informeret samtykke kan opnås i en sådan situation.

### 6.3 Diskussion af organisatoriske rammer og strukturelle konsekvenser

Selvom sundhedsvæsenet er storforbruger af tolke, har de praktiserende læger og hospitalsafdelinger, som har deltaget i undersøgelsen, tilsyneladende ingen indflydelse på, hvilke krav der stilles til tolkene og tolkebureauerne. Sundhedspersonalet efterlyser i interviewene tolke med en specialiseret viden på forskellige medicinske områder. Sådan som tolkebistanden er organiseret, kan man hverken være sikker på, at den professionelle tolk har kendskab til det medicinske område eller viden om sundhedsvæsenet. Som allerede nævnt vælger nogle tolke at efteruddanne sig på forskellig vis, men det er den enkelte tolks individuelle ansvar og udgift. Så vidt det vides, er der ingen af de deltagende hospitaler, der selv tilbyder supplerende uddannelse til tolke. Det kan overvejes, om sundhedsvæsenet på denne måde skal/kan tage et medansvar for tolkenes faglighed, ligesom det kan overvejes, hvordan evt. kurser for tolkene kan finansieres og organiseres. Man kunne benytte anledningen til også at undervise personalet. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at knap 60% af de praktiserende læger og 73% af deres personale ikke har modtaget nogen form for undervisning eller instruktion i tolkede samtaler. Det samme gælder for ca. 80% af hospitalslæger og -sygeplejersker. Det vil altså sige, at størstedelen af sundhedspersonalet også er autodidakte tolkebrugere; men spørgeskemaresultaterne viser også, at sundhedspersonalet faktisk gerne vil være bedre til at bruge tolk. I hvert fald svarer 43% af de

praktiserende læger og 74% af deres personale samt 70% af hospitalslægerne og 80% af -sygeplejerskerne, at de vil være interesserede i yderligere uddannelse i den tolkede samtale.

På hospitalerne organiseres tolkeanvendelsen på den enkelte afdeling, som bestiller 'til eget forbrug'. De afdelinger, som jeg har været i kontakt med, koordinerer ikke deres tolkebestillinger med andre afdelinger på hospitalet. I en mødesammenhæng fortalte en sygeplejerske eksempelvis, at de, på det hospital hvor hun er ansat, kunne tage imod en tolk til ultralydsafdelingen på et aftalt tidspunkt, for 10 minutter senere at tage imod en anden tolk (med det samme modersmål) til barselsgangen. På dette hospital betalte man desuden ofte tolkenes transport, fordi de kom fra en anden kommune. "Der er da mulighed for noget LEAN", konstaterede hun; og jeg er ikke utilbøjelig til at give hende ret. Det kan overvejes, om man på hospitaler og i almen praksis skal forsøge sig med en effektivisering af tolkebistanden gennem en central koordinering eller ved fx at have en ugentlig eftermiddag, hvor der eksempelvis er en fast arabisk eller somalisk tolk til rådighed.

Undersøgelsen af sundhedsvæsenets rammer for tolkeanvendelse viser, at det ikke så meget er økonomien, men i højere grad kvaliteten og organiseringen af tolkebistanden, der fylder i parternes beskrivelser af hverdagspraksis. Kvaliteten i tolkningen påvirkes bl.a. af tolkenes arbejdsbetingelser: de er ikke medicinsk uddannede, de har ikke faglig erfaringsudveksling i løbet af en dag, og de bruger

meget tid på transport (og parkering) mellem de forskellige tolkeopgaver. Kvaliteten påvirkes også af det tidspres, som man arbejder under i sundhedsvæsenet, og som kan være svært foreneligt med for det første, at tolkede konsultationer tager længere tid og for det andet gør, at tolken qua sin stramme tidsplan kan have svært ved at være fleksibel i forhold til forsinkelser o. lign. I forhold til selve organiseringen viser undersøgelsen, at der er stor variation med hensyn til, hvordan tolkebehov identificeres, og hvem der tager/får ansvar for, at der er en tolk til stede ved konsultationen. Den viser også, at der foregår en parallel tolkebestilling, hvor patienter og sundhedsprofessionelle tilstræber kontinuitet i patientens forløb og forsøger at sikre, at patienten har den samme tolk med så ofte som muligt. Inden for de givne rammer er det ikke altid muligt at skaffe en professionel tolk, hvilket medfører, at sundhedsvæsenet er afhængig af alternative kommunikationsløsninger – eksempelvis anvendelse af familiære tolke eller telefontolke. Det kan overvejes, om sundhedsvæsenet kan bidrage til en opkvalificering af tolkenes kendskab til sundhedsfaglige emner, og om personalet skal have uddannelse i tolkeanvendelse. Det kan endvidere overvejes, om den nuværende organisering kan tilrettelægges mere hensigtsmæssigt, så tiden og tolken udnyttes bedre.

Dette forsøg på at give et overblik over tolkningens *vilkår* danner udgangspunkt for den videre belysning af tolkningens *betydning* – altså hvad det betyder for kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patient, at dialogen er tolket.

# 7 Kommunikation i den tolkede samtale

Kommunikationen i tolkede samtaler er anderledes end i ikke-tolkede samtaler. Tolkning kræver eksempelvis, at parterne taler i korte sætninger og efterfølgende venter på tolkens oversættelse. Det betyder, at tolkede samtaler er mere tidskrævende, men potentielt også mere fragmentariske og usammenhængende end ikke-tolket kommunikation. Dette har ikke kun konsekvenser for, hvad der bliver sagt, men er også en udfordring i forhold til at skabe en god kontakt mellem patient og sundhedsprofessionel. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 68% af de praktiserende læger og 59% af hospitalslægerne angav vanskeligheder med at etablere kontakt til patienten som årsag til større faglig usikkerhed i tolkede konsultationer. En hospitalslæge fortæller, at han oplever, at man nemmere 'mister' patienten i en tolket samtale, at det er sværere at fornemme, om patienten 'er med' (Hospitalslæge 2), fordi man ikke har den umiddelbare og direkte kontakt til patienten.

En amerikansk undersøgelse peger på, at tolkede samtaler stort set ikke indeholder smalltalk – altså socialt orienteret småsnak, som fremmer sociale relationer frem for udveksling af medicinsk information (Arangui et al. 2006). Brug af smalltalk, humor og andre uformelle ordvekslinger, der bruges til at etablere en mellemmenneskelig relation og en god kommunikationsarena, har vanskeligere vilkår i tolkede samtaler, hvilket kan være en grund til at sundhedsprofessionelle oplever, at det er vanskeligt at etablere kontakt.

Et andet element som har indflydelse på kommunikationen er, at parterne i en tolket samtale ikke har kontrol over oversættelsen. Patient og sundhedsprofessionel kan

af gode grunde ikke vide, om tolken oversætter korrekt og kan heller ikke selvstændigt vurdere samtalepartnernes udsagn. Parterne i en tolket samtale er altså afhængige af, hvad en tredjeperson – tolken – formidler.

## 7.1 Faglig usikkerhed i tolkede samtaler

I interviewene med både læger og sygeplejersker beskrives, hvordan de oplever, at den tolkede konsultation som regel indebærer et tab.

---

Jeg har tit fornemmelsen af, at jeg har mistet noget i leddet mellem patienten og tolken og mig. ... Jeg har oplevelsen af, at der er nogle tolke, som oversætter direkte hvad der bliver sagt, men jeg har sandelig også oplevelsen af, at der er nogen der *ikke* oversætter præcis hvad patienten siger, eller hvad JEG siger. Det kan for eksempel være, hvis de ikke ved, hvad det lige præcis er jeg mener, eller hvad ordet betyder.

(Praktiserende læge 1)

---

Sundhedsprofessionelle oplever, at de *mister noget* i leddene mellem patient, tolk og sundhedsprofessionel. Spørgeskemaundersøgelsen viser da også, at cirka 60% af lægerne på hospitaler og i almen praksis ind imellem oplever øget faglig usikkerhed i tolkede konsultationer, mens 25% gør det ofte. Det findes der selvfølgelig ikke nogen simpel årsag til eller forklaring på. I spørgeskemaet spørges der ind til mulige årsager, og her er en de hyppigst angivne usikkerhed på, om patientens symptomer er forstået korrekt. En praktiserende læge siger:

---

Nu kan jeg jo ikke oversætte, hvad de siger, for jeg ved ikke, hvad der bliver sagt. Men nogle gange når de går ud ad døren, så er jeg et stort spørgsmålstegn: Var det det her, du skulle? Altså, der kan godt stå én henvendelsesårsag på vores kalender, og så er det noget helt tredje eller fjerde, vi kommer frem til. Så er jeg altid lidt i tvivl om, var det egentlig det personen ville? Og typisk hvis de kommer igen i næste uge, så var det jo nok ikke det. Men hvad er det så? *(Praktiserende læge 2)*

---

Her bliver lægen i tvivl om, om patientens symptomer er forstået korrekt, fordi der ikke er overensstemmelse mellem henvendelsesårsagen og så det, man faktisk ender med at tale om i konsultationen. En anden læge fortæller om de sproglige nuancer – eksempelvis, hvordan man beskriver smerte – som let går tabt i en tolkning, men som kan være vigtige for udredningen. Denne usikkerhed i forhold til en præcis udredning af symptomer i tolkede samtaler er også fundet i andre undersøgelser (fx Karliner 2004). En anden praktiserende læge beskriver en årsag til faglig usikkerhed således:

---

Hvis der kommer en [patient] med ondt i hovedet, og de [patienten og tolken] har fortalt, hvad de har at fortælle, så har jeg typisk MANGE spørgsmål og MANGE vinkler, og nogle er mindre vigtige end andre egentlig. Men jeg synes, det er rart at få dem med, også fordi jeg ikke er så erfaren i faget. ... Men tit er det dem, der bliver skåret væk. Det kunne for eksempel være sådan noget med: Hvad betyder det for dig i din hverdag? *(Praktiserende læge 1)*

---

Dette eksempel – hvor den praktiserende læge undlader at spørge patienten, hvad lidelsen betyder for hendes hverdag – viser, at der i tolkede samtaler er risiko for, at de mere komplicerede og nuancerende spørgsmål vælges fra. Det sker bl.a., fordi sundhedsprofessionelle oplever, at der ikke er tid til at forfølge disse mere diffuse problemstillinger. Men det er ikke kun tiden, der har betydning. Åbne spørgsmål fordrer komplicerede svar, som ikke kun tager længere tid at oversætte, men som også er vanskeligere at oversætte nøjagtigt. Det giver større risiko for misforståelser. En læge fortæller, at det kan være meget kompliceret at få redt trådene ud, hvis der først er opstået en misforståelse i en tolket samtale. At reducere antal-

let af spørgsmål og holde samtalen så konkret og målrettet som muligt kan derfor også ses som en strategi til at holde samtalen på sporet og undgå misforståelser i oversættelsen, men denne målrettede måde at kommunikere på har en række konsekvenser, som kan generere faglig usikkerhed. Det skyldes, at etableringen af en nær og tilidsfuld relation mellem parterne er vanskeligere. Det er således ikke kun en særlig udfordring for den sundhedsprofessionelle at få nuanceret information, også patientens mulighed for at udtrykke sig nuanceret om sine erfaringer og forståelser reduceres.

### *Tolkens kvalifikationer*

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen viser, at en anden årsag til faglig usikkerhed er usikkerhed om tolkens kvalifikationer. 50% og 60% af henholdsvis praktiserende læger og hospitalslæger angiver, at de kan være usikre på, om den professionelle tolk oversætter korrekt, og henholdsvis 33% og 46% angiver, at uvished om den professionelle tolks sprogfærdigheder kan bidrage til øget faglig usikkerhed. Denne usikkerhed går igen i interviewene, hvor eksempelvis alle sundhedsprofessionelle har haft oplevelsen af, at det ikke var hele samtalen, der kom med i oversættelsen:

---

Men stadigvæk synes jeg, at der er en del, der ikke oversætter ALT det, der bliver sagt. Den ene eller den anden vej. Og det kan jo godt være, fordi det er ting ..., som tolken vurderer ikke er vigtigt for mig. Men det er jo så tolkens vurdering. *(Praktiserende læge 1)*

---

Mistanken, om at der kan være 'ujævnheder' i oversættelsen, er med til at øge den faglige usikkerhed. Det er problematisk for både sundhedsprofessionel og patient at sidde med en fornemmelse af, at oplysninger går tabt i tolkeprocessen, fordi det er disse oplysninger, der skal danne grundlag for diagnose og behandling. Det vil altså være en fordel for de sundhedsprofessionelle, hvis de kunne føle sig sikre på, at tolken beherskede begge dialektprogl tilfredsstillende, for som en læge siger: "Man kan jo ikke vide det. Det kan man jo ikke!" En patient understøtter denne oplevelse:

En god tolk siger 100% det, jeg siger til lægen. ... Og tolken forstår også farsisk godt. Det er meget vigtigt. Måske hun misforstår mine ord, måske hun siger et forkert ord på dansk. ... Men lægen kan ikke forstå farsisk, så han siger, at det er o.k., at det er godt nok.

(Patient 2)

Som patienten her giver udtryk for, så kan det være svært at vide, om tolken oversætter fyldestgørende, fordi "lægen kan ikke forstå farsisk."

I interviewene beretter sundhedsprofessionelle om andre situationer, hvor de har været i tvivl om, hvorvidt tolken oversatte korrekt eller havde tilstrækkelige sprogfærdigheder. Det er eksempelvis situationer, hvor:

- En meget lang forklaring fra enten patient eller sundhedsprofessionel bliver til en enkelt sætning i tolkens oversættelse.
- Tolken ikke oversætter et spørgsmål, men svarer på patientens eller den sundhedsprofessionelles vegne.
- Tolk og patient eller tolk og sundhedsprofessionel fører samtaler, som ikke oversættes.
- Patienten ikke reagerer på en oversættelse, sådan som den sundhedsprofessionelle havde forventet.

Situationerne viser tolken som en potentiel magtfaktor i den tolkede samtale. Tolken har mulighed for at tilbageholde information eller introducere ekstra information, hvilket er et helt centralt aspekt af tolkens uformelle magt. Tolken kan ses som kommunikationens 'black box', hvor kommunikationen kan kontrolleres af tolken, fordi den ikke i sit fulde omfang er tilgængelig for de andre deltagere i den tolkede samtale (Kaufert & Putsch 1997).

I interviewene fortæller de sundhedsprofessionelle, om forskellige teknikker de bruger til at sikre, at der ikke er voldsomme ujævnheder i oversættelsen. De beretter bl.a. om, hvordan de:

- holder øje med patientens og tolkens kropssprog
- er opmærksomme på, om det de siger, og tolkens oversættelse er af nogenlunde samme varighed
- spørger ind til det samme flere gange, men på forskellige måder.

I realiteten kan man aldrig være fuldstændig sikker på, om tolken oversætter i overensstemmelse med ens intentioner, og i nogle situationer kan det være en kilde til faglig usikkerhed.

I interviewene udforskes, hvad der skal til for at imødegå denne oplevelse af faglig usikkerhed, og flere sundhedsprofessionelle nævner *tillid til tolken* som afgørende for deres oplevelse af, om det har været en god samtale. Samtidig viser interviewene, at de sundhedsprofessionelle ofte kommunikerer meget lidt med tolken ud over den konkrete konsultation, så spørgsmålet er, om tolke og sundhedsprofessionelle overhovedet har forventningsafklaret og har sammenfaldende forståelser af, hvad der er tolkens opgave og tolkningens formål.

## 7.2 Forventninger til den gode tolk

Hvad er *en god tolk*? Som allerede nævnt, så findes der ikke et krav om statslig certificering og derfor heller ikke et 'objektivt' eller centralt besluttet sæt af kvalifikationer og kompetencer, som den gode tolk skal vurderes på. Vurderingen af den gode tolk er decentraliseret til tolkebureauerne, men også helt ud til de konkrete konsultationer, hvor sundhedsprofessionelle, tolke og patienter forhandler om, hvad den gode tolk er. Men hvad er det en tolk skal kunne for at blive kategoriseret som 'god' af henholdsvis sundhedsprofessionelle, tolke og patienter? Og er den tolkede kommunikation eventuelt vanskelig, fordi parterne har helt forskellige opfattelser af, hvad den gode tolk er?

De interviewede sundhedsprofessionelle er enige om, at den gode tolk træder i baggrunden og oversætter alting uden at fortolke. Det nævnes desuden, at den gode tolk:

- taler godt dansk
- har kendskab til sundhedsvæsenets organisering
- er bekendt med medicinske termer og udtryk
- bidrager til at læge og patient har fokus på hinanden
- ikke kender patienten personligt (men evt. er bekendt med patientens sygdomsforløb)
- ikke bidrager med egne holdninger eller vurderinger
- opfører sig professionelt og tager sit job alvorligt.

De interviewede tolke er meget enige med de sundhedsprofessionelle i, hvad der kendetegner en god tolk: De ser det som deres opgave at oversætte mellem læge og pa-

tient på en måde, så indholdet ikke forstyrres, og de to parter kan kommunikere med og forstå hinanden.

---

En god tolk skal oversætte fra sætning til sætning, og der skal ikke være forstyrrelse i meningen, og så skal man give budskabet lige ud. Det kunne være et rigtig hårdt budskab, men det skal man give. Vi er ikke formidlere, når vi er tolke. (Tolk 3)

---

Neutralitet er et helt grundlæggende tema i tolkenes beskrivelse af deres opgave. At holde sig neutral nævnes igen og igen som det, der er med til at sikre kvalitet i opgave og oversættelse. At holde sig neutral sikrer, at patienten får lægens ord, og lægen får patientens ord, og at der er overensstemmelse mellem det parterne siger, og det tolken siger. De interviewede patienter lægger også stor vægt på, at tolken oversætter alt, hvad der bliver sagt, og at tolken behersker begge dialogssprog godt. Der er altså en stor grad af konsensus blandt sundhedsprofessionelle, patienter og tolke om, *hvad en god tolk kan og gør*. Dette fælles udgangspunkt omkring neutral og værdifri tolkning er dog et ideal, som ind imellem viser sig vanskeligt at praktisere.

### 7.3 Idealet om værdifri tolkning

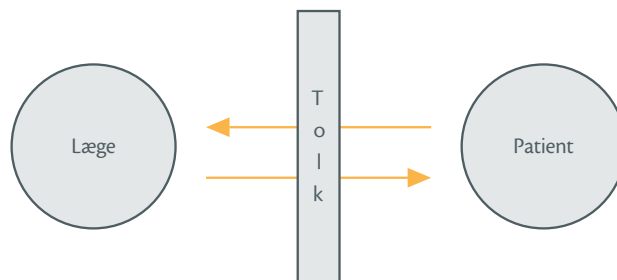
Idealet om værdifri tolkning knytter sig tæt til en bestemt kommunikationsforståelse, som blandt andet kommer til udtryk i nedenstående citat, hvor en praktiserende læge – efter at have hørt om denne undersøgelse – udbrød:

---

Tolken skal bare oversætte det, jeg siger. Længere er den ikke! (Feltnoter)

---

Bag dette udsagn ligger en forståelse af kommunikation, som noget der er lineært (se figur 7.1). En afsender siger noget, som en modtager hører, og der er omtrent overensstemmelse mellem afsenders intention med udsagnet, og modtagers fortolkning af det. Udsagnet ses næsten som en genstand, som kan overrækkes fra en person til en anden, og som er uafhængig af konteksten, hvori den overleveres. I en sådan forståelse er det muligt for tolken at være 'et neutralt oversættelsesredskab', der transporterer udsagnet fra et sprog til et andet uden at ændre på



Figur 7.1 Tolkerollen i en lineær kommunikationsforståelse

hverken form eller indhold. Udsagnet er det samme, selv om sproget ændrer sig, og tolken kan derfor "bare oversætte det, jeg siger".

Men kommunikation mellem mennesker er sjældent lineær. Udsagn er ikke objektive, og kommunikation er ikke entydig. Udsagn som *ondt over det hele* eller begrebet *behandling* kan give forskellige billeder og knytte sig til helt forskellige erfaringer og forventninger hos henholdsvis patient og behandler. Og tolk. Derfor kan der være stor forskel på, hvad parterne oplever, at *der bliver sagt*, og netop derfor kan det være en stor udfordring at praktisere værdifri tolkning.

Tolkene tillægger det at praktisere neutral og værdifri tolkning meget stor betydning, men understreger samtidigt og uafhængigt af hinanden, at: *Tolken er ikke en maskine*. Det at tolke er ikke noget, man kan gøre per automatik, men kræver at tolken involverer sig i at gøre kommunikationen forståelig og meningsfuld for de kommunikerende parter. Tolkene indgår hver dag i mange komplekse sammenhænge. Sammenhænge, hvor tolkningen foregår 'live', og hvor tolken på stedet – på et øjeblik – skal håndtere de fejl, misforståelser, konflikter og interrelationelle faktorer, som karakteriserer verbal kommunikation. Et udsnit af situationer, som vanskeliggør den neutrale tolkning, beskrives i boksen nedenfor.

Eksemplerne i boks 7.1 viser forskellige situationer, hvor idealet om værdifri tolkning udfordres af konkrete personers interaktioner under specifikke omstændigheder. I daglig praksis er tolkningen ofte en *fortolkning* af kommunikationen og situationen. Det er tolkens subjektive vurdering af, hvordan udsagn bedst viderefremmes på en måde, så kommunikationen mellem patient og sundhedsprofessionel opretholdes. Tolkene fortolker kommunikationen mere i nogle situationer end i andre, og denne

**Boks 7.1 Eksempler på forskellige tolkesituationer, hvor det værdifri tolkeideal udfordres****1. Det ændrer udsagnets betydning at oversætte direkte**

Særlige ordsprog eller vendinger lader sig vanskeligt oversætte direkte. Eksempelvis forklarer man på arabisk, at barnet er meget sløvt ved at sige, at det bevæger sig som en myre. Sammenligningen med en myre vil betyde noget helt andet på dansk, hvor billedet myre refererer til noget aktivt.

**2. Det virker forstyrrende at oversætte direkte**

Tolkene oplever, at nogle patienter udtrykker sig meget farverigt eller bruger mange religiøse henvisninger i deres beskrivelse af sygdom (Dhahir 2004). Disse måder at skildre smerte og bekymring på er meningsfulde i patientens hjemland, men ikke altid i det danske sundhedsvæsen.

Patienten, hun siger: "Åh, jeg dør, jeg tror jeg dør lige om lidt". ... Det er en måde at tale på. Men jeg kan ikke oversætte "Åh, jeg dør!". Det kan jeg ikke, fordi det lyder fuldstændig forkert på dansk. Men på tyrkisk bruger man det i dagligsproget. Og det er ikke, fordi patienten er døende.

(Tolk 3)

I disse tilfælde vurderer tolken ofte, at en direkte oversættelse vil forstyrre kommunikationen mere end den vil gavne og udelader dele af patientens udsagn.

**3. Udsagn skaber konflikt**

Nogle tolke fortæller, hvordan de kan vælge at ændre udsagn i oversættelsen, så de ikke virker fornærmende eller konfliktskabende. Andre undersøgelser viser ligeledes, at tolkning har en tendens til at udglatte stridigheder. Tolkningen kan komme til at fungere som en bufferzone, hvor tolken forsøger at få kommunikationen til at flyde ved at absorbere negative udsagn i oversættelsen (Boltin 2002).

**4. Visse udsagn forventes ikke oversat**

De interviewede tolke fortæller, at de ind imellem præ-senteres for udsagn, som ikke forventes oversat. En tolk beretter eksempelvis om en sygeplejerske, som under en konsultation med en tyrkisk mand kom med en nedsættende og stereotypiserende bemærkning om

patienten. Da tolken skulle til at oversætte, blev sygeplejersken vred. Tolkene beretter om forskellige situationer, hvor de oplever, at idealet om den direkte, udtømmende og værdifri oversættelse kun gælder for dele af den kommunikation, som foregår i konsultationen.

**5. Tolkens påvirkelse af udsagn eller af situationen**

Tolkene kan ind imellem blive så følelsesmæssigt påvirket af det, der sker i den tolkede samtale, at det får indflydelse på tolkningen:

VI skal sige alle de svære ting. Det kan være en operation eller et dødsfald, som du skal meddele til personens familie. ... Det er også tit os, der skal sige, hvis der er en kvinde, som mishandles rigtig slemt af sin mand. Det er også os, der siger, at børnene skal tvangsfjernes fra familien.

(Tolk 1)

Det kan også være i situationer, hvor tolken oplever, at patienten bliver uretfærdigt behandlet eller forsøger at 'snyde' den sundhedsprofessionelle. Også dette kan påvirke tolkens forsøg på at være neutral.

**6. Tolkens samarbejdspartner er uvante tolkebrugere**

Tolkens samarbejdspartnere er ofte uvante med at anvende tolk. Måske taler de i meget lange og snørklede sætninger. Måske afbryder sundhedsprofessionel og patient hinanden, eller de ser kun på tolken og ikke på hinanden. Så må tolken blande sig, og det kan ske på flere måder. Tolkene kan åbent gå ind i samtalen, og bede parterne tale i kortere sætninger, udtrykke sig tydeligere osv. Alternativt kan tolken forsøge at kompensere for parternes uhensigtsmæssige tolkebrug ved selv at sortere og prioritere i oversættelsen, som nævnt ovenfor.

Mange gange så snakker de [læge og patient] lige forbi hinanden. Selvom det ikke er min opgave at styre to voksne mennesker, så gør jeg det alligevel, for ellers kan jeg ikke udføre mit arbejde.

(Tolk 3)

Her føler tolken sig tvunget til at indtage en aktiv rolle i konsultationen for at holde samtalen fokuseret.

fortolkning kan være mere eller mindre hensigtsmæssig. Det er dog nødvendigt at synliggøre den proces, som tolken faktisk deltager i: nemlig et samspil mellem læge og patient om, hvorfor patienten henvender sig, og hvad der skal ske. Tolken er en helt nødvendig – men på samme tid potentielt komplicerende – komponent i kommunikationen mellem patient og sundhedsprofessionel, som på forskellig vis kan understøtte eller begrænse kommunikationen og definere samtalsindhold.

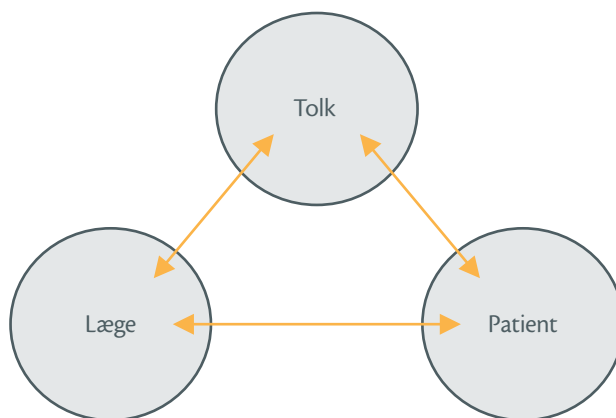
En mulig årsag til at idealet om den værdifri tolkning er så dominerende kan være, at parterne tror, at 'tolketrekanten' herigennem kan reduceres til 'et par' (se figur 7.2). At tolken kan trækkes ud af samtalen. Med idealet om den neutrale tolk holdes der fast i en opfattelse af, at tolken kan sættes over i hjørnet – uden for indflydelse – og "bare oversætte det, jeg siger". Men det sker ikke. Tolken fortolker. Tolken har indflydelse på samtalen. En indflydelse, der hvis den ikke italesættes og anerkendes, bliver vanskelig at undersøge, diskutere og kontrollere.

Det er slet ikke i alle konsultationer, at tolkens indflydelse på samtalen er meget tydelig eller nødvendigvis uhenigtsmæssig. Der er heller ikke noget i materialet der tyder på, at tolkene fortolker dialogen med en bestemt dagsorden, eller for at føre parterne bag lyset. Men muligheden er der selvfølgelig. Tolken er på samme tid en potentiel magtfaktor og en potentiel ressource i den trekant, som udgør den tolkede samtale. Og man kommer ikke videre i en forståelse af, hvordan den tolkede samtale kvalificeres, før det anerkendes, at tolken har indflydelse på oversættelsen.

### Processuel kommunikation

Eksemplerne i boks 7.1 viser, at hvis tolkningen virkelig skal forstås og forbedres inden for den mangfoldige, travle og brogede hverdag, hvor den udspiller sig, så må vi ud over den lineære kommunikationsforståelse og idealet om værdifri tolkning. I stedet må kommunikation ses, som noget der skabes i en bestemt sammenhæng og i en forhandling mellem *alle* de parter, der deltager i konsultationen. Her kan det være nyttigt at betragte kommunikation som et forløb, hvor parterne gensidigt skaber og deler information med hinanden. Her er udsagnene knyttet til de personer, der ytrer dem og til den sammenhæng, hvori de formuleres. Denne forståelse af kommunikation som *noget processuelt og forhandlet* vil være genkendelig for de fleste. Når tolken træder ind i en konsultation,

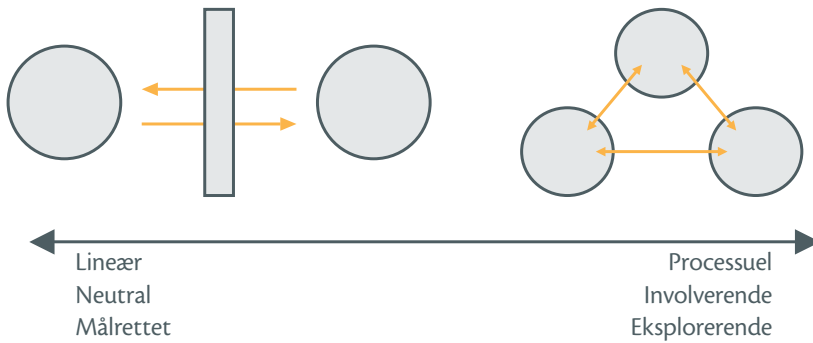
deltager han/hun i kommunikationsprocessen sammen med patient og behandler. I forlængelse heraf bør det anerkendes, at tolken er en aktiv og betydningskabende medspiller i den tolkede konsultation.



Figur 7.2 Tolketrekanten i en processuel kommunikationsforståelse

Nogle gange er oversættelse ligeud ad landevejen, andre gange mere besværlig. Nogle samtaler handler om meget simple problemstillinger, hvor der er nogenlunde overensstemmelse mellem parternes forståelser og forventninger. I andre samtaler er der komplicerede problemstillinger på spil, og parternes forståelser og forventninger kan ligge langt fra hinanden. Der er tale om to forskellige former for kommunikation og derfor om tolkning, som kræver noget forskelligt af tolken og af de parter, der tolkes for. I de fleste samtaler sker der en vekslen mellem de to kommunikationstyper afhængigt af samtalskompleksitet, og tolkning kan forstås som en bevægelse på et kontinuum mellem neutralitet og mere aktiv involvering. Det er afgørende, at der er åbenhed om disse bevægelser, således at den sundhedsprofessionelle er klar over, hvilken proces der er i gang og tager det professionelle ansvar for denne proces. Der bør altså være et metaniveau i tolkede samtaler, hvor parterne kommunikerer om, *hvordan* de kommunikerer.

Ved at anerkende nødvendigheden af metakommunikation kan man trække tolken tættere på sundhedsvæsenet og gøre tolkning til noget, der kan diskuteres åbent. Samtidigt er det vigtigt, at tolkningen anerkendes som en proces, hvor det er accepteret, at tolken kan udforske



Figur 7.3 *Tolkning er en bevægelse på et kontinuum*

patientens udsagn, hvis der opstår tvivl, og hvor tolken oplever, at det er legitimt at bruge tid på dette, så længe patient og sundhedsprofessionel er orienteret om, at det er det, tolken gør.

Et ensidigt fokus på tolkenes formelle kvalifikationer giver ikke mulighed for at drøfte, hvorfor den neutrale oversættelse er så vanskelig og ind imellem umulig. Ved i stedet at se på de relationer, som opstår i den tolkede samtale, kan det diskuteres, hvordan de involverede parter hver især og sammen kan bidrage til at kvalitetsudvikle den tolkede samtale.



# 8

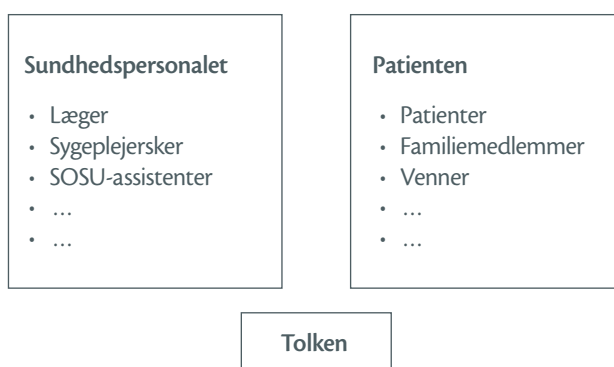
## Relationer i den tolkede samtale

Tolken spiller en rolle i konsultationen. Ikke kun i forhold til hvad og hvordan der oversættes, men også i forhold til hvad der overhovedet bliver sagt, hvilken betydning det tillægges, og hvordan konsultationen udvikler sig. En amerikansk undersøgelse viser eksempelvis, hvordan der er sammenhæng mellem tolkens kommunikationsstil og patienters valg af tilbudte undersøgelser (Preloran et al. 2005). Undersøgelsen viser, at det ikke kun er tolkens oversættelse, men også hendes attitude over for patienten og villighed til at stå til rådighed med hjælp og dialog uden for konsultationen, der påvirker patientens valg. Det er altså nødvendigt at anerkende, at tolken på et eller andet niveau deltager i processen omkring udredning, diagnose og behandling.

### 8.1 Tolkens placering mellem patient og sundhedsprofessionel

Uanset om patient og sundhedsprofessionel deler sprog og kulturel baggrund eller ej, så foregår mødet mellem dem i et grænseland af sociale og kulturelle forståelser, fortolkninger og forventninger. I sundhedsvæsenet møder man almindeligvis to overordnede kategorier af personer: sundhedspersonale (professionelle) og patienter/pårørende (privatpersoner). Det er i disse kategorier, at man placerer sig selv og de mennesker, man møder i sundhedsvæsenet, og det er på tværs af disse grænser, at sundhedsprofessionel og patient kommunikerer.

De to kategorier repræsenterer to forskellige perspektiver på patientens problem: som henholdsvis objektiv patologisk sygdom og som subjektiv oplevet lidelse (Steffen 2007). Sundhedsprofessionelle og patienter/pårørende



Figur 8.1 *Positioneringer i sundhedsvæsenet*

har forskellig videns- og erfaringsbaggrund og indtager forskellige positioner i behandlingssystemet. Positioner, hvortil der knytter sig forskellige forventninger og handlemuligheder, men som altid er til forhandling. I figur 8.1 er tolken sat i en kategori for sig. Resultaterne af denne undersøgelse peger på, at tolken ikke entydigt er indplaceret i den ene eller den anden kategori, men heller ikke har sin egen. Dette skaber forvirring, når både sundhedspersonalet og patient/pårørende interagerer med tolken og forsøger at finde en plads til ham/hende i de 'almindelige' kategorier.

Principielt burde tolken klart stå i kategori med sundhedspersonalet. Tolken er jo en professionel, hvis løn betales af henholdsvis sygesikringen og hospitalet. På den anden side er tolken ikke medicinsk uddannet, bærer ikke kittel og kommer til sundhedsvæsenet på ad hoc-basis, hvilket viser sig at undergrave tolkens kategorisering som professionel. Selvom tolken er tilkaldt for at være en pro-

fessionel, neutral oversætter, så udfordres denne professionalisme ind imellem af både patienter og sundhedsprofessionelle, som forventer, at tolken påtager sig en rolle, der tilnærmelsesvist ligner et familiemedlems. Den daglige praksis i sundhedsvæsenet bidrager til en kategorisering af tolken som en 'tilnærmelsesvis pårørende' og modarbejder en entydig kategorisering af tolken. Undersøgelsens resultater viser, at en tydeligere kategorisering af tolken som en del af sundhedspersonalet kan gøre samtalen lettere at håndtere for alle parter.

Den sundhedsprofessionelle og patienten kan have forskellige forventninger til tolken og tolkens rolle, hvilket både er et resultat af og en årsag til uklarheden omkring tolkens rolle og placering. Fordi læge og patient ikke nødvendigvis har sammenfaldende interesser i forhold til konsultationens form og indhold, kan tolken komme i spil i denne forhandling. Det synes uklart, hvad tolkens forpligtigelser og rettigheder er, og derfor foregår der en konstant forhandling af disse. Hvor i grænselandet skal tolken positioneres? Nedenstående citat viser, hvordan tolken positionerer sig selv i sundhedspersonalets kategori, og hvordan det påvirker oversættelsen:

---

Mange gange tager [patienterne] også det sociale med – de snakker hurtigt, og ser det fra deres egen side. Der er utilfredshed og klager. Og så siger jeg, at bare jeg kan tolke indholdet. Efter aftale med sygeplejersken eller lægen. Altså oversætte pointen af al den her snak ...

(Tolk 1)

---

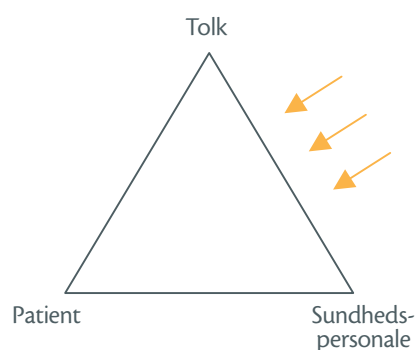
Tolken forsøger at skære igennem patientens 'snak' og nøjes med at oversætte 'pointen' til den sundhedsprofessionelle. Tolken ser sig selv som en mediator i et grænseland og vurderer i citatet ovenfor, hvad der er relevant viden for den professionelle at få oversat. Det er både et forsøg på at reducere mængden af potentielt forvirrende information og en slags tidsbesparende service. Tolken forfølger her en sundhedsprofessionel dagsorden, og eksemplet viser, hvordan det der sker i mødet mellem sundhedsprofessionel og patient kan være afhængigt af, hvor tolken positionerer sig.

Den tolkede samtale er en forhandling om roller og om hvem, der har magten til at definere, hvad der er relevant. Derfor er det ikke kun interessant, at se på parterne hver

for sig, men i lige så høj grad interessant at se på relationerne mellem dem, og deres indbyrdes forsøg på at positionere sig over for hinanden. Kvaliteten af den tolkede konsultation afhænger således ikke udelukkende af tolkens uddannelsesniveau og formelle kvalifikationer, men også af hvordan parterne interagerer i den fælles konstruktion og forhandling af den tolkede samtale. I det følgende undersøges, hvordan parterne forhandler om, hvilken rolle tolken skal indtage.

## 8.2 Relationen mellem tolk og sundhedsprofessionel

Hvilken rolle spiller relationen mellem tolk og sundhedsprofessionel i den tolkede samtale? Det er selvfølgelig et spørgsmål om kontekst, kemi og kommunikation, men interviewene peger også på nogle generelle tendenser i relationen mellem tolk og sundhedsprofessionel.



Figur 8.2 Tolkerekanten: relationen mellem tolk og sundhedspersonale

Både spørgeskemaundersøgelsen og interviewene viser en generel tilfredshed blandt sundhedsprofessionelle med de professionelle tolke. Som tidligere beskrevet, kan sundhedsprofessionelle dog være usikre på tolkens kvalifikationer: Oversættes det hele? Er sprogfærdighederne gode nok? etc. Samtidig giver både litteraturen, deltagerobservationen og interviewene et indtryk af, at mange sundhedsprofessionelle står på sidelinjen og blander sig meget lidt, når det kommer til tolkeanvendelse. Det kommer bl.a. til udtryk, når lægerne ikke præsenterer og præciserer tolkens rolle inden konsultationens start:

**Interviewer:** Taler du med patient og tolk om præmisserne for den tolkede samtale, inden I går i gang? Altså, at der er tavshedspligt, og man skal tale i korte sætninger og den slags.

**Læge:** [Begynder at grine højt.]

**Interviewer:** Nu griner du.

**Læge:** Det er ting, jeg aldrig har tænkt over ..., eller det bliver taget for givet. Men nej, det gør jeg ikke. Jeg går simpelthen ud fra, at det bare kører, og hvis ikke det kører, ... jamen, så siger jeg til tolken, om hun vil oversætte, det jeg siger. Eller spørger, hvad siger patienten nu, hvad er det hun siger? Det er egentlig det eneste, tror jeg nok, at jeg har at gøre med tolken egentlig ..., der handler om det, der er sådan lidt uden for samtalen. (Praktiserende læge 1)

**Interviewer:** Taler du med familiemedlemmet om, hvad du forventer af vedkommende som tolk?

**Læge:** Nej, det burde jeg nok gøre. Men det var da et godt forslag. (Praktiserende læge 2)

Citaterne viser, at det ikke forventes, at tolkning er noget, der kræver særlig opmærksomhed. Ikke indledningsvist i hvert fald. Først når den praktiserende læge får oplevelsen af, at en tolkning *ikke* forløber optimalt, forsøger hun at få den tilbage på rette spor ved at metakommunikere med tolken. Men sådan som tolkebistanden er tilrettelagt i dag, kan man ikke automatisk gå ud fra, at den fungerer. Der kan være forskel på tolkenes kvalifikationer og deres måde at forvalte dem på. Der kan være stor forskel på tolkenes relation til patienten, (det gælder uanset, om de er professionelle eller familiære), og på patientens viden om, hvad tolkebistanden inkluderer og ikke inkluderer.

I interviewene efterlyser tolkene, at sundhedspersonalet i højere grad påtager sig ansvaret for en professionel definition af den tolkede samtale:

Fordi det er dem, der er vores arbejdsgivere, når vi er ude at tolke. ... Jeg føler, vi er to kolleger, og at vi skal udføre en fælles opgave. (Tolk 3)

Det er ikke min opgave, at lære patienten at kende. Det er mest det, det handler om, at det er bedre for mig at vide, hvem min samarbejdspartner er. Fordi det er min samarbejdspartners patient, det er ikke min patient. (Tolk 3)

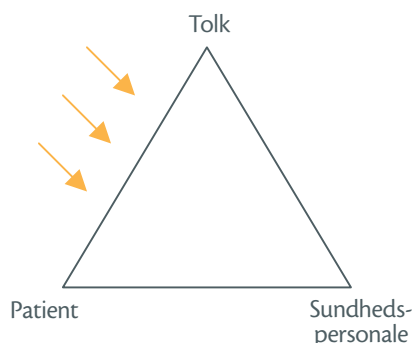
I citaterne ovenfor italesættes den sundhedsprofessionelle som tolkens arbejdsgiver, kollega og samarbejdspartner. Det er tydeligt i interviewene, at tolkene først og fremmest ønsker at knytte deres rolle til den sundhedsprofessionelles – altså som en person, der i højere grad er den sundhedsprofessionelles assistent end patientens 'tilnærmelsesvis pårørende'. Noget af det der efterlyses er, at den sundhedsprofessionelle anerkender denne placering i den sundhedsprofessionelles sfære ved at præsentere og præcisere tolken og tolkens opgave for patienten:

Jeg vil gerne bruge lægen til at sige det først, at tolken er et neutralt menneske. Der er mere respekt ..., jeg tror, at patienten har mere respekt for lægen. Hvis tolken selv fortalte det, så tænker de, at hun er fra samme land, som de er, og taler begge sprog og spiller smart, ja. (Tolk 5)

Tolken her udtrykker et behov for, at få rammerne for samtalen defineret *inden* konsultationen går i gang. Tolken ønsker, at den sundhedsprofessionelle skal tage initiativ til en metakommunikation om tolkningen. Det er den sundhedsprofessionelle, der skal tage dette initiativ, fordi der er respekt omkring den sundhedsprofessionelle og det, den sundhedsprofessionelle siger. Mellem linjerne kan vi læse, at tolken oplever, at patienterne ikke altid er klar over, hvad tolkens rolle og opgave er, og at den sundhedsprofessionelle kan bidrage til at etablere en fælles forståelse af dette.

### 8.3 Relationen mellem tolk og patient

Hvad er relationen mellem tolk og patient, og hvordan påvirker den konsultationen? Dette er en anden side i 'tolketrekanten', og også her viser interviewene nogle tendenser til, hvordan denne relation påvirker den samlede trekant.



Figur 8.3 Tolkerekanten: relationen mellem tolk og patient

### Kender de hinanden for godt?

En praktiserende læge siger følgende om relationen mellem tolk og patient, og relationens potentielle betydning for konsultationen:

Uanset om tolken er familiær eller professionel, så kan jeg godt som læge spørge mig selv: Kender de hinanden for godt? Får jeg det hele at vide? Det kan jeg da godt sidde og tænke over i en konsultation.

(Praktiserende læge 2)

Relationen mellem tolk og patient dukker op som et tema i flertallet af interviewene med både tolke og sundhedsprofessionelle, men fylder mindre i interviewene med patienterne. De sundhedsprofessionelle overvejer, om parterne kender hinanden 'for godt', og hvordan det evt. påvirker samtalen. Der gives udtryk for et synspunkt, som allerede er præsenteret, nemlig at tolken kan have indflydelse på konsultationens form og indhold, og at denne indflydelse især gør sig gældende, når tolk og patient kender hinanden. For den sundhedsprofessionelle bliver det derfor centralt at finde ud af, om tolk og patient kender hinanden? om det har indflydelse på konsultationen? – og hvordan den sundhedsprofessionelle skal forholde sig til det.

Selvom de interviewede læger er optagede af, hvordan relationen mellem patient og tolk kan have indflydelse på, hvad der siges og oversættes i konsultationen, så er det tilsyneladende ikke noget, de går ind i inden eller under den tolkede konsultation:

Jeg har indtryk af, at det betyder noget faktisk [om tolk og patient kender hinanden]. Jeg har faktisk ikke spurgt endnu. Man kan også lære noget. Måske skulle jeg spørge engang: "Kender du patienten?" Hvis jeg har indtryk af, at der foregår noget. Det kunne man godt gøre. ... Jeg har aldrig spurgt. Jeg har bare haft det på fornemmelsen.

(Praktiserende læge 2)

Det jeg bare ikke ved, det er, hvordan er relationerne til familien? Og det er vi nok også for pressede til i vores tid til at forholde os til. Så jeg har ikke den dialog [med tolken om relationen til patienten].

(Praktiserende læge 3)

Både patienter og sundhedsprofessionelle fremhæver, at det kan være en fordel, hvis patient og tolk ikke er fuldstændigt fremmede over for hinanden. Det giver en kontinuitet i patientens forløb, og der er en oplevelse af, at mindre information går tabt, hvis den samme tolk følger en patient gennem et længere forløb. De interviewede sundhedsprofessionelle og patienter beskriver denne kontinuitet som positiv og vigtig, mens tolkene finder den mindre vigtig.

Hvis du vender det på den måde, så kan det være, at [patienterne] er glade for den samme tolk. Men hvis det er op til tolken, så er det ligegyldigt, om tolken kender patienten eller ej.

(Tolk 4)

Det vil senere blive beskrevet, hvordan det at kende patienten ind imellem stiller tolken over for en række nye problemstillinger.

### Patientens oplevelse af relationen mellem tolk og patient

De interviewede patienter er alle optagede af, om tolken oversætter korrekt og oversætter det hele. Deres opfatteiser af tolkens rolle og opgave er altså i overensstemmelse med dem, vi finder hos tolke og sundhedsprofessionelle:

Hun mener, at en god tolk er en, som fortæller alt det, som hun fortæller præcis til lægen. Uden fejl.

(Patient 3, interview tolket af voksen datter)

Jeg snakker meget, men de snakker kort. De mister lidt. Derfor, jeg gider ikke på den måde. Tolke skal sige alle tingene. ... Hvis jeg snakker, så snakker de også. Hele sproget uden at miste ord. Det er en god tolk. Men der er også nogle tolke, som ikke kender ord. Nogle gange har jeg brugt tolk i mine børns skole, men de kan ikke de rigtige farsi-ord. De kan høre og forstå dansk, men de kan ikke snakke godt nok farsi til, at jeg kan forstå rigtigt. Selvfølgelig kan de forstå dansk, det er fint, men han har ikke fået undervisning i Afghanistan eller Iran, og derfor kender han ikke de ord. Ord som er specielle farsiske ord.

(Patient 2)

Deterisærtolkenessproglige dygtighed, som de interviewede patienter lægger vægt på, når de skal definere, hvad der er en god tolk.

Tolkenes potentiale, som ressourcepersoner ud over den konkrete konsultation, italesættes ikke i interviewene med patienterne. Imidlertid viser både litteraturen (Fatahi 2005; Sande 1998) og interviewene med tolkene, at mange patienter efterspørger mere end den konkrete oversættelse og forsøger at få adgang til tolkens ressourcer. Patienten kan eksempelvis være interesseret i tolkens viden om eller holdning til en bestemt diagnose eller behandling:

Det, de typisk spørger om, er: "Den læge er ikke så god, de forstår mig ikke så godt, og de vil ikke hjælpe mig, og han eller hun er racist. Hvad skal jeg gøre?" Så siger jeg til hende: "Jamen, jeg har lidt travlt, kan du ikke sige det til lægen næste gang." Men de kan også spørge om min mening om, hvad de skal gøre med en 'fremtidsundersøgelse', som hvis de for eksempel bliver sendt til et eller andet sygehus, som skal lave undersøgelsen. "Hvordan er det? Har du været der før?" Det kommer an på, hvor meget tid der er, men jeg vil ikke give så meget information, for det er ikke min opgave, at jeg skal fortælle dem det.

(Tolk 3)

Tolkene oplever, at patienterne efterspørger deres viden om medicin, om sundhedsvæsenets indretning og ønsker vejledning i forhold til bestemte problemstillinger. Hertil kommer, at nogle patienter håber at få et lift med tolken eller måske har et brev fra kommunen, som ønskes oversat. Tolkene oplever, at nogle patienter bruger

tolken som et holdepunkt og en støtte i mødet med lægen og det danske sundhedsvæsen. Disse patienter har en interesse i – bevidst eller ubevidst – at trække tolken over i patientkategorien, og placere tolken som en 'tilnærmelsesvis pårørende' med de dertil hørende personlige forpligtelser. Samtidig oplever nogle patienter, at alene tolkens tilstedeværelse gør, at de bliver taget anderledes alvorligt af de sundhedsprofessionelle.

Jeg ved det altså fra en klient, som jeg tolkede for, hvor hun siger: "Når du kommer med, så er jeg meget respekteret, og [lægen] undersøger mig, og hun snakker med mig. Men når jeg er alene, hun respekterer mig ikke. Hun undersøger mig ikke, og hun lytter ikke til alt det, jeg siger til hende. Hun tager det ikke alvorligt". Når der er en tolk, det er ligegyldigt om det er mig eller en anden, ja så bliver det altså anderledes.

(Tolk 4)

Derved får patienten en interesse i tolken, som ligger ud over den konkrete tolkebistand og i forlængelse heraf en interesse i at skabe en relation til tolken, som er mere end blot professionel.

Patienterne gør sig i interviewene ikke mange overvejelser over, om de udfordrer tolkens professionalisme, eller om tolkens job ind imellem er vanskeligt:

Nej, det er ikke så svært. Det er et godt job! Det er meget let [griner]!

(Patient 2)

På en temadag for etniske minoriteter om møder i sundhedsvæsenet udtrykte en gruppe af kursister oprigtig overraskelse over de udfordringer, som tolkene ind imellem oplever i deres arbejde. Patienternes forventninger og måder at agere på over for tolken kan også ses som en konsekvens af, at etniske minoritetspatienter ikke har kendskab til tolkens neutrale rolle og nødvendigheden af, at tolken bevarer sin professionelle distance.

*Tolkens oplevelse af relationen mellem tolk og patient*  
Generelt udtrykker tolkene stor sympati med patienterne, og den vanskelige situation det er ikke selv at kunne kommunikere med sin læge. Flere tolke udtrykker, at de gennem deres job kan hjælpe og bistå deres landsmænd.

---

Fordi altså, jeg har noget i mig ..., at jeg gerne vil hjælpe folk, ikk'. (Tolk 4)

---

Sympatien kommer eksempelvis til udtryk i tolkenes anerkendelse af, at det danske sundhedsvæsen – og den vestlige forståelse af sygdom og sundhed, som det bygger på – kan være en uoverskuelig størrelse, når man hverken taler sproget eller deler kulturen:

---

Mine landsmænd, vores vietnamesiske mennesker, de har mange forskellige uddannelser, baggrunde, fordi det er ikke alle, der har mulighed [for] at komme i skole. ... Og det mest sværeste af det er at forstå, det er sygdom, ja. (Tolk 5)

---

Patienterne bliver nervøse, når de kommer til lægen. De kan ikke formulere sig, fordi de forventer, at lægen vil sige: Jeg kan ikke hjælpe dig! Så de fortæller, at de har ondt, men glemmer fx at fortælle, at de også bløder. Eller sådan. De kommer, fordi de føler sig syge og isolerede, men ... det er også, fordi de er underkastede et stort system, som de ikke forstår. De har ikke tillid til sundhedsvæsenet, fordi de er opdraget i et system, hvor man får medicin, når man er syg, og så kommer de til et mere konservativt system, hvor lægen er mere bange for at tage ansvar. Hvor man skal vente og komme igen og igen, før man får en henvisning. (Tolk 2)

---

Tolkene har forståelse for, at patienterne kommer med bestemte forventninger eller reagerer på bestemte måder. At bistå disse mennesker og hjælpe dem i mødet med sundhedsvæsenet er ofte en motivation for det at arbejde som tolk.

Når patienterne udfordrer tolkenes professionalisme og forsøger at personliggøre relationen, så splittes tolkene mellem ønsket om at 'gøre godt' på den ene side og behovet for at opretholde en professionel identitet på den anden side. De oplever nogle forventninger fra patienterne, som de ikke ønsker at leve op til, men som de kan have vanskeligt ved at slippe udenom, fordi de heller ikke vil fornærme patienterne eller have, at patienterne ikke synes om dem. Tolkene oplever en risiko for at blive invaderet, hvis ikke de sætter grænser for relationen til patienten:

---

De [patienterne] tror, at tolkene er et familiemedlem for dem. Vi er en bisidder. De ved ikke, hvad tolkens rolle er. (Tolk 3)

---

Man skal ligesom sætte grænsen, altså fra starten. At jeg ER tolk, og jeg sidder her KUN for at oversætte det, der bliver sagt. ... Altså, det er ikke altid, jeg siger det [til patienten]. Fordi de bliver fornærmet, hvis jeg siger det. (Tolk 4)

---



---

Det er ligesom om, at de [patienterne] ikke forstår, at tolke det er neutrale mennesker, som kun tolker for dem. Vi er ikke nogen hjælper eller en forsvarer eller sådan noget. ... Jeg oplever det sådan, at når man stikker en finger ud, så tager de en hel hånd, ja. (Tolk 5)

---

Når der er en forventning om, at tolken måske kan påvirke processen til patientens fordel, så er der også en fare for at blive syndebuk, hvis mødet ikke falder ud, som patienten havde forestillet sig det. Eller der kan opstå frustrationer, hvis tolken ikke vil gå ind på patientens præmisser. Også andre undersøgelser viser, at den personlige distance bliver en slags beskyttelse (Bischoff 1999a) mod anklager og mod patienter, der overskrider tolkens professionelle og personlige grænser (Bischoff 1999b; Maltby 1999).

I interviewene understreger tolkene deres behov for og stræben efter neutralitet – ikke bare i forhold til opgaven, oversættelsen, men også i forhold til relationerne i konsultationen. Neutralitet er en grundpille i tolkenes selvforståelse og er det, der definerer dem som professionelle tolke. De ønsker ikke en nær, personlig relation til patienten, men forsøger tværtimod at 'sætte grænsen'.

I interviewene beskriver alle tolke det som en særlig udfordring at tolke for den gruppe af patienter, som har vanskeligt ved at forstå/vænne sig til, hvordan det danske sundhedssystem hænger sammen, og hvilke sundheds- og sygdomsopfattelser det hviler på. Det er tydeligt, at tolkene ind imellem oplever en frustration over patienter, som kræver typer af behandling eller service, som det danske sundhedsvæsen ikke yder.

### Boks 8.1 *Eksempler på patienter, som opleves som særligt udfordrende at tolke for, fordi de:*

- Opleves som meget krævende og konfronterende
- Ikke vil spørge, hvis der er noget, de ikke forstår, fordi lægen ikke skal tro, at patienten er dum
- Tror at medicin kan klare alle smerter
- Holder op med at tage medicin, hvis det ikke virker med det samme
- Holder op med at tage medicin, når symptomerne er forsvundet
- Kommer i tanke om flere og flere sygdomme, efterhånden som konsultationen skrider frem
- Overtager naboens symptomer
- Ikke kender til forebyggelse, fx vigtigheden af motion
- Ikke kan forstå, at lægen skal slå op i lægemiddelkataloget, og tolker det, som at lægen ikke er dygtig.

Tolken har måske nok forståelse for patientens reaktioner og ræsonnementer, men samtidig har tolken selv forstået og accepteret den danske måde at formidle, fortolke og behandle sygdom på. I sin tolkning skal tolken kunne bevæge sig mellem disse to forståelser og samtidig stræbe efter at være neutral. De frustrerede udsagn viser, at dette ind imellem er krævende, og man bør måske i sundhedsvæsenet overveje, hvordan man kan støtte op om tolken, og ikke lade tolken være den ansvarlige i forhold til at uddanne patienten i det danske sundhedsvæsen.

#### *Betydningen af køn for relationen mellem tolk og patient*

Når man diskuterer tolkeanvendelse med sundhedsprofessionelle og andre fagpersoner, kan man få indtryk af, at problemet omkring tolkens og patientens køn fylder meget – altså at patienter helst vil have tolke af eget køn og ind imellem nægter at bruge en bestemt tolk under henvisning til kønnet. I interviewene bekræfter tolkene, at eksempelvis kvindelige patienter foretrækker kvindelige tolke ved konsultationer, der kræver fysisk undersøgelse. I de tilfælde hvor tolken er en mand, kan problemet dog løses ved, at tolken vender ryggen til eller træder uden for døren, mens patienten undersøges. Der er ingen af de interviewede tolke, der har oplevet at blive afvist af en patient på grund af deres køn, og en praktiserende læge udtrykker en positiv overraskelse over, hvor sjældent

tolkens køn tilsyneladende påvirker det, patienten vil tale om i konsultationen:

---

Jeg har fornemmelsen af, at kvindelige patienter godt TØR sige de samme ting, hvis det er en mandlig [tolk]. Ja, det har jeg. Det tænker jeg faktisk somme tider over, at ..., at det overrasker mig, at de ..., de gør det bare. De fortæller om alt, om blødningsforstyrrelser og udflåd og alt muligt, selvom det er mandlige tolke.

(Praktiserende læge 1)

---

De interviewede patienter er alle kvinder, og selvom de direkte adspurgt foretrækker kvindelige tolke, så har de heller ikke afvist en konsultation eller en undersøgelse, fordi de havde en mandlig tolk med. Der er således ikke noget i denne undersøgelse der peger på, at forskel i køn mellem tolk og patient er et væsentligt problem.

### 8.4 Daglig praksis udfordrer den professionelle relation

De interviewede tolke forsøger at trække grænsen og holde professionel distance på trods af nogle patienters forventning om, at tolken potentielt er en ven eller bekendt. Disse anstrengelser udfordres dog af den daglige praksis i sundhedsvæsenet, hvor forskellige rutiner tilskynder en fælles kategorisering af tolk og patient – altså af tolken som 'tilnærmelsesvis pårørende'.

Mange tolke og patienter har eksempelvis længevarende forløb, hvor den samme tolk følger den samme patient og derved kommer til at kende patienten. Som en tolk formulerer det: "Når man sidder og venter sammen i tre timer på hospitalet, så kommer man jo til at kende hinanden" (Felt-noter). På den måde kan der ske en forskydning, hvor tolken ikke blot er professionel oversætter, men også en personlig bekendt eller ressource for patienten. Disse 'parløb' skyldes, at patienter og læger i deres daglige praksis stræber efter kontinuitet, og derfor dyrker en allerede omtalt form for parallel tolkebestilling. Her fortolker parterne de allerede givne rammer, så de i videst muligt omfang lever op til individuelle ønsker og behov for kontinuitet. Men samtidig med at parterne anerkender de positive effekter af kontinuitet og tillid, så er der blandt de sundhedsprofessionelle dog også en oplevelse af, at kontinuiteten kan give bagslag, således at relationen ikke virker befordrende men begrænsende

for, hvad der kan siges i en tolket konsultation. Når professionel tolk og patient – tilsyneladende – kender hinanden er der risiko for, at både patient og sundhedsprofessionel kategoriserer tolken som en 'tilnærmelsesvis pårørende' med de dertil hørende forpligtigelser og forventninger.

---

Hvis det er en [patient], der ikke kan gå, så vil de [sundhedsprofessionelle] bruge mine arme. Det er ikke mine arme, de skal bruge. Det er sygeplejerskens eller sygehjælperens. ... Jeg er ikke patientens datter! (Tolk 3)

---

I ovenstående citat fortæller en tolk om, hvordan personalet forventer, at hun tager patienten under armen og hjælper vedkommende ind til konsultationen. Sundhedspersonalet agerer over for tolken, som om hun er en 'tilnærmelsesvis pårørende' og ikke en professionel formidler.

Denne uklare forståelse af tolkens rolle understøttes eksempelvis også, når personalet lader tolken vente sammen med patienten i venteværelset. Det er almindelig praksis både på hospitaler, i psykiatrien og hos den praktiserende læge, at lade tolk og patient vente sammen i venteværelset. En hospitalssygeplejerske forklarer, at hun bevidst placerer tolk og patient sammen, så de lige har mulighed for at tale sammen inden selve konsultationen:

---

Så de lige er lidt dus med hinanden, hvis ikke de har set hinanden før. Men også bare det, at de der indledningsbemærkninger og sådan noget. ... Der er det somme tider, jeg som sygeplejerske kan nå at snakke lidt med dem, inden vi skal ind til lægen, for den tid er jo også begrænset. Så kan man godt sige: "Kan du ikke spørge om ditten og datten, mens I alligevel sidder og snakker". (Hospitalssygeplejerske 2)

---

Det fremgår ikke helt tydeligt af interviewet, om sygeplejersken selv stiller nogle spørgsmål inden lægen kommer, eller om hun helt overlader det til tolken at afklare et par spørgsmål inden konsultationen. Det er i hvert fald ikke ualmindeligt, at konsultationen reelt starter ude i venteværelset, når tolk og patient placeres sammen. Interviewene viser, at de ofte kommer til at tale om patienten, hendes lidelse og forløb. Dette kan give tolken en god kontekst for den efterfølgende tolkning, men denne

kontekst er udelukkende baseret på patientens forståelse. Nedenstående citat viser, hvordan tolken kan opleve tiden i venteværelset sammen med patienten:

---

Vi venter sammen med vores patienter og deres familie. Og de spørger om, hvem jeg er, hvor jeg kommer fra, og hvor gammel jeg er. Det kan være, de har flotte sønner i giftealderen og spørger, hvem min far er, og hvor de [mine forældre] bor henne og [siger], at jeg er en køn og klog pige og så videre. Det er pinligt, rigtig pinligt. Og plus at jeg pludselig føler, at jeg er i familie med patienten eller psykolog til patienten, fordi de hælder det hele over på mig. Jeg skal høre deres problemer, før lægen skal høre det hele. Eller jeg er en socialrådgiver. Det kunne være, de kom med et brev: "Kan det ikke være, du kan oversætte det til mig, hvad står der?" Ellers skal jeg være en bisidder, for de siger: "Husk at sige sådan og sådan." Jeg siger bare, at alt hvad du har sagt herinde, det skal du også fortælle derinde. "Jamen det tager så lang tid", og jeg siger: "Jamen det er ikke mit problem". Men når jeg siger det på den måde, så tænker de, at hende dér, hun er bare sådan en pige, som ikke har lyst til at samarbejde. Hun er bare en snob. (Tolk 3)

---

Citatet viser, hvorfor det er problematisk, at konsultationen starter inden der er en sundhedsprofessionel til stede. Patienten udfordrer tolkens professionalisme og behov for at holde sig neutral ved at tale til tolken som en privatperson og forsøge at få tolken til at indtage en rolle og udføre handlinger, som ligger uden for tolkens opgave. Patienten tager initiativ til at starte konsultationen ved at fortælle tolken om sine problemer og bede tolken huske på noget bestemt, som patienten gerne vil have fremført for lægen inde ved konsultationen. Patientens ønsker er ikke uforståelige, men sætter tolken i en svær position mellem egne professionelle grænser og patientens forventninger. Tolken citat oven for viser, at hun synes, at det er vanskeligt at holde fast i sin professionalisme, når konsekvensen er, at patienten synes, at hun er "en snob".

Interviewene viser, at det at lade tolk og patient vente sammen er en praksis, som de sundhedsprofessionelle sjældent har spekuleret nærmere over. På spørgsmålet om, hvorfor tolken ikke venter i frokoststuen, svarer en praktiserende læge:

---

Ja, fordi det er bare vores sted. *(Praktiserende læge 1)*

---

Man lader altså tolken vente i venteværelset, fordi frokoststuen er for de ansatte, for sundhedspersonalet. Venteværelset er der, hvor 'ikke-personale' opholder sig, hvilket altså primært er patienterne. Ved at lade tolken vente der, sender man et signal om, at tolken ikke kan kategoriseres som personale og derfor ikke har adgang til klinikens backstage. Tolken er mere patient end professionel. Lægen i ovenstående citat forklarede dog, at tolk og patient ikke nødvendigvis venter sammen (samtaler) inden en konsultation – "kun hvis de kender hinanden i forvejen." Fordelen ved at lade patient og tolk vente sammen er primært, at man kan spare tid:

---

For eksempel når jeg sætter mig ned eller siger værsgo, så begynder tolken at snakke, og så har de [tolk og patient] allerede afklaret noget i venteværelset. Og det er også fint nok, hvis det er rigtigt, det der foregår. Så kan jeg jo redde nogle minutter der, og de [tolkene] kan komme videre til den næste [konsultation] et andet sted i byen. *(Praktiserende læge 2)*

---

Ulempen er, at tolken bliver formidler. Tolk og patient har delt en viden, og tolken vurderer, hvad der er relevant at bringe videre, og som lægen i citatet siger, så er gevinsten – at redde nogle minutter – baseret på, at "det er rigtigt, det der foregår". Spørgsmålet er, om det er et rimeligt krav at stille til tolken, at han eller hun skal vurdere, hvad der er væsentlig information. Sundhedsvæsenets praksis bidrager til at trække tolken over i patientkategorien og mudre de professionelle grænser. Herved medvirker sundhedsvæsenet til at lægge hindringer i vejen for den neutralitet og professionalisme blandt tolkene, som mange sundhedsprofessionelle samtidig efterlyser.

De professionelle tolke oplever at blive trukket ind i patientens familiære sfære, men hvad med de tolke, der allerede er en del af patientens privatsfære: *De familiære tolke?*



# 9 Familiemedlemmer som tolke

De familiære tolke er stærkt repræsenterede i den tolkede kommunikation mellem etniske minoritetspatienter og sundhedsvæsenet. Spørgeskemaundersøgelsen viser, at mellem 85 og 97% af personalet i almen praksis og på hospitalsafdelingerne svarer, at de ind imellem eller ofte anvender familiære tolke i deres møde med etniske minoritetspatienter. Men når man anvender familiemedlemmer som tolke, så sker der noget med 'tolketrekanten' (se side 54), og det bliver måske nok lettere at kategorisere tolken – som tilhørende patientkategorien –, men samtidig opstår der en række nye problemstillinger.

De familiære tolke beskrives både i litteraturen og i flere af interviewene med sundhedsprofessionelle som 'et nødvendigt onde' (Kazzi & Cooper 2003; Gerrish et al. 2004; Gerrish 2001) – som en uhensigtsmæssig løsning på et ellers uløseligt problem. Hvis ikke den familiære tolk træder til, så er der ingen tolkning. Et familiemedlem til en ikke-dansktalende kvinde siger:

---

Vi tager med hende, når det er, at hun ikke kan få en tolk. Det sker ikke tit. Det er bare, når det er sådan noget 'akuthalløjsa', og hun ikke lige kan få en tolk. Så tager vi med. *(Datter til Patient 3)*

---

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at de sundhedsprofessionelle oftere oplever at være utilfredse med en konsultation med familiær tolk, har mindre tillid til at tolken oversætter det, de siger, samt oftere oplever at den familiære tolk søger at øve indflydelse på samtalen.

Alligevel udtrykker både praktiserende læger og hospitalspersonale i interviewene, at de er indstillede på at imødekomme det, de oplever som patienters ønsker om familiære tolke:

---

Der går lang tid imellem [at jeg bruger professionel tolk], synes jeg. Og jeg tror egentlig, at det er fordi, at de fleste som kommer ind, jamen de har som regel altid en – enten en forælder eller en mormor eller en søster eller et eller andet der kan tale dansk, og så på den måde oversætter de. Og det kan så være både positivt og negativt. ... Det positive er, at de føler sig trygge ved det, tror jeg. *(Hospitalssygeplejerske 1)*

Jeg vælger ALTID en professionel tolk, hvis jeg kan komme til det. Men nogle gange dukker de jo op med familie. Og så er det jo sådan, det er.

*(Praktiserende læge 1)*

---

Interviewene viser, at de sundhedsprofessionelle ind imellem prioriterer patientens ønsker over professionel tolkning. Man lader i forlængelse heraf patienten have stor indflydelse på, hvilken tolk der anvendes, og hvis patienten har et familiemedlem eller 'sin egen' professionelle tolk med, accepteres dette ofte. De interviewede tolke ærgrer sig lidt over sundhedsvæsenets brug af familiære tolke, og ønsker – forståeligt nok – et større fokus på kvaliteten af henholdsvis professionel og familiær tolkning.

Men hvorfor er de familiære tolke mere problematiske for de sundhedsprofessionelle at arbejde med? Fire vigtige grunde præsenteres her, nemlig:

- Ingen tolkeforudsætninger
- Sprogbeherskelse
- Tillid og tavshedspligt
- Følelsesmæssigt engagement.

### 9.1 Ingen tolkeforudsætninger

Det er selvfølgelig et problem, at de familiære tolke er lægmænd, når det kommer til tolkning – noget som sundhedsprofessionelle måske har en tendens til at glemme. Selvom mange af de professionelle tolke heller ikke er decideret tolkeuddannede, så er de godkendt af et tolkebureau og informeret om, hvorledes den tolkede samtale bør foregå, og om tolkens pligter og rettigheder. Man kan ikke gå ud fra, at den familiære tolk har de samme forudsætninger og eksempelvis er klar over, at alting skal oversættes, eller at tolken og patienten ikke må føre selvstændige samtaler. Den familiære tolk kan ikke vide, hvad den sundhedsprofessionelle forventer af tolkningen eller har behov for, med mindre den sundhedsprofessionelle selv fortæller familiemedlemmet det. Hertil kommer, at det er en vanskelig opgave at oversætte fyldestgørende. Det er en krævende opgave, som indebærer en masse valg. En tolk beretter om denne situation, hvor hun tolkede for et par, hvor manden tidligere havde fungeret som tolk:

---

Og manden, han er perfekt til dansk, men ved du hvad konen siger? "Jeg får ikke det samme at vide fra ham. Han snakker og snakker, men jeg får kun lidt viden". ... Og manden siger: "For mig der er det så svært at finde alle de der tyrkiske ord." ... Det er ikke, fordi han ikke snakker perfekt tyrkisk, men hvis det er noget, der er svært at oversætte, så vælger han alle de der korte sætninger. (Tolk 3)

---

Familiemedlemmet har hverken forudsætningerne for eller rutinen i at oversætte, og derfor vælges "de der korte sætninger", og sandsynligheden for at noget går tabt i oversættelsen forøges.

### 9.2 Sprogbeherskelse

Et andet problem med de familiære tolke er, at det er vanskeligt at vurdere, om tolken taler begge dialogssprog godt nok til at kunne oversætte fyldestgørende. Hvis den pårørende er opvokset i Danmark, så har vedkommende måske patientens modersmål som andetsprog og har måske aldrig fået undervisning på patientens modersmål eller boet i hjemlandet. Derfor vil der sandsynligvis være ord og vendinger, som den familiære tolk ikke kender på patientens modersmål. En ung kvinde, der er født og opvokset i Danmark, siger således om at oversætte for sin mor:

---

Jah ... altså, der er jo forskel på dansk og tyrkisk, og nogle gange så siger hun et eller andet, som jeg overhovedet ikke kan oversætte. Eller som jeg ikke engang vidste, hvad det var på tyrkisk. Så der stod jeg lidt og kiggede på lægen, og lægen kiggede på mig [der grines]! (Datter til Patient 3)

---

Uanset om tolken er familiær eller professionel, kan det være vanskeligt for både patient og læge at gennemskue, om tolken mestrer begge dialogssprog tilstrækkeligt. En patient fortæller således om en oplevelse, hvor den professionelle tolk ikke talte godt nok farsi til at kunne oversætte tilfredsstillende for patienten. Blandt de interviewede læger er der flere, som har oplevet professionelle tolke med forholdsvis begrænsede dansk kundskaber, hvilket selvfølgelig kan få både læge og patient til at tvivle på, om alle udsagn nu oversættes korrekt. Manglende sprogbeherskelse kan være endnu en årsag til, at noget går tabt i oversættelsen.

### 9.3 Tillid og tavshedspligt

Et tredje problem ved anvendelse af familiære tolke er, at de ikke er underlagt tavshedspligt, sådan som de professionelle tolke. Men betyder det, at læge og patient er bekymrede for, at den familiære tolk viderefortæller, hvad der er sket i konsultationen? Faktisk tværtimod. De interviewede sundhedsprofessionelle fortæller, at patient og pårørende netop ønsker en familiær tolk for at sikre, at det der kommer frem under konsultationen ikke ender som en sladderhistorie i nærmiljøet. Flere understreger endvidere, at man kan have et udmærket forløb med en familiær tolk under de rette omstændigheder.

Hende [patienten] jeg tænker på, det er en god vel-fungerende familie. Faktisk med tre børn. ... Manden er også god i den sammenhæng, og han har været der nogle gange som tolk, ellers er det et ældre teenage-barn. Og jeg tænker, at hun vil simpelthen ikke dele det her med nogen andre end familien. Og så ved jeg ikke, om det har noget at sige, at [hun] ikke føler sig tryk ved de professionelle tolke.

(Praktiserende læge 3)

Citatet er fra en praktiserende læge, hvis patient og pårørende *ikke* ønsker en professionel tolk, fordi de er bekymrede for, at tolken vil sladre om dem i lokalmiljøet. Patient og pårørende er urolige for, om det der foregår i konsultationen 'går videre'. Der eksisterer altså nogle dominerende fortællinger om, at de professionelle tolke er upålidelige og ikke overholder tavshedspligten. Lægen accepterer denne fortælling og understøtter den derved indirekte, men spørgsmålet er, om den er berettiget? Hos tolkebureauet har man ikke modtaget konkrete klager.

De familiære tolke er ikke underlagt den formelle tavshedspligt, som de professionelle tolke arbejder under. Familiære tolkes tavshed og diskretion er i stedet knyttet an til en forventet tillid, kærlighed og respekt for patienten. Undersøgelser viser tilsvarende, at patienten føler tillid til den familiære tolk og forventer, at familiemedlemmet vil forvalte informationerne ansvarligt, og i nogle situationer opvejer tilliden til familiemedlemmet fordelene ved at anvende professionel tolk (Edwards et al. 2005). Patienternes tilfredshed med de familiære tolke skyldes også, at den familiære tolk er en pårørende, som kan støtte patienten før, under og efter konsultationen (Rhodes & Nicon 2003). I dette lys er den familiære tolk en ressource for patienten – en ressource, som dog ikke nødvendigvis udelukker en samtidig anvendelse af professionel tolk.

Interviewene og spørgeskemaundersøgelsen viser, at de sundhedsprofessionelle oplever, at patienterne ofte er tilfredse med at anvende familiære tolke. Blandt de interviewede patienter er der ingen, der decideret foretrækker at bruge familiære tolke. En af kvinderne var afhængig af sin mand som tolk, lige da hun kom til Danmark, og det var hun udmærket tilfreds med, men lærte sig hurtigt dansk og blev uafhængig af tolk. En anden kvinde har brugt og bruger stadig ind imellem sine (nu voksne) børn, men foretrækker at bestille en af de tre professionelle tol-

ke, som hun primært bruger. Man kan derfor ikke automatisk gå ud fra, at fordi patienten har et familiemedlem med, så er det fordi hun foretrækker det. En tolk fortæller om en patient, der brugte sin mand som tolk, og som ikke ville såre sin mands følelser ved at fortælle ham, at han ikke var en dygtig nok tolk. Hvordan skal patienten med en familiær tolk få fortalt den sundhedsprofessionelle (og familiemedlemmet), at hun hellere vil have en professionel tolk? Her har den sundhedsprofessionelle ansvaret for at sikre, at det virkelig er, hvad patienten ønsker samt ansvaret for at vurdere, om det er professionelt forsvarligt.

#### 9.4. Følelsesmæssigt engagement

Den allervigtigste indvending mod anvendelse af familiære tolke er, at tolken netop også er et familiemedlem, som på den ene eller anden måde er følelsesmæssigt knyttet til patienten og derfor kan have vanskeligt ved at indtage en neutral rolle. En sygeplejerske siger:

Jamen, det kan være det der med, at jeg kan ikke, jeg kan ikke være sikker på, om det patienterne fortæller mig er farvet af, at de vil være flinke over for børnene eller ikke vil være bekendte, at komme frem med alle de klager, de har. Eller om de gør det 100 gange værre, fordi nu skal de i hvert fald være rigtig syge. Altså ..., det kan være svært at gennemskue, om den [personlige relation] er positiv eller negativ eller helt okay.

(Hospitalssygeplejerske 2)

Der er blandt de interviewede sundhedsprofessionelle en klar oplevelse af, at nogle ting er meget svære for patienten at bringe på banen, hvis tolken er patientens mand, søster eller måske voksne barn. Det kan eksempelvis være spørgsmål om seksualitet eller konflikter i hjemmet. En læge fortæller, at han kan få fornemmelsen af, at patienten ikke får sagt præcis det hun vil, fordi udsagnene skal rettes ind efter den familiære tolks følelser og holdninger. Det er selvfølgelig uhensigtsmæssigt for både læge og patient, og vil til dels kunne løses med en professionel tolk. Men ofte vil familiemedlemmet stadig være med som pårørende, og de pårørende, som patienter vælger at tage med til en konsultation, vil altid have en indflydelse på konsultationen. Også når det gælder etnisk danske patienter.

Det kan være, at der er noget, patienten ikke vil sige, når tolken er en pårørende, men der kan også være noget, som den pårørende ikke kan eller vil oversætte. Nogle af informanterne i undersøgelsen har fungeret som tolk for et familiemedlem, og deres fortællinger belyser nogle af problemerne omkring anvendelse af familiære tolke. En ung kvinde, der ind imellem fungerer som tolk for sin mor, fortæller:

---

Altså, når jeg skal tolke ..., der er nogle ting, som jeg springer over. Fordi nogle gange så synes jeg ikke, at det er vigtigt, det hun siger. Altså, der skal være noget omkring sygdom, men så kommer hun ind på alle mulige andre ting også. Og jeg synes ikke, at det er vigtigt, så det fortæller jeg ikke. ... For når vi er ved lægen, så vil jeg bare ind og ud. Jeg ved ikke..., jeg kan ikke lide at sidde der ... en halv time eller mere end en halv time. Så jeg tager det lige ganske kort og fortæller om min mor, og når vi så kommer hjem, så kommer jeg i tanke om: Hov, det sagde han jo også lige! Og så kommer hun der: Hvorfor har du ikke sagt det? Men jeg synes bare, at det tager så lang tid, sådan noget tolk.

(Datter til Patient 3)

---

Citatet viser, hvordan datteren er personligt involveret og synes, at hendes mor vrøvler lidt. Datteren vil bare ind og ud igen af konsultationen, og derfor er der dele af samtalen, som hun vælger at lade være med at oversætte. En professionel tolk fortæller en lignende historie om at tolke for sin far:

---

Min far vil ikke have, at jeg skal tolke for ham mere. Ved du hvorfor? Det er, fordi han synes jeg er uduelig som tolk [griner]. Fordi han beder om det ene og det andet hos kommunen. Jeg kender de fleste af sagsbehandlerne godt. Jeg kan ikke se, at min far skal have hjælp til brillerne og så videre. Så han opdagede, at jeg ikke oversatte rigtigt. Så siden da har han brugt tolk.

**Interviewer:** Hvorfor har du ikke oversat rigtigt?

Fordi jeg føler ..., hvorfor skal han have briller? "Far, vi kan sagtens hjælpe dig", siger jeg på tyrkisk. "Nej, jeg har ret til at få hjælp til briller". Han skal skifte briller og ikke mere. Han har ønsket en tolk næste gang. ... "Du skal ikke prale af, at du er en dygtig tolk, det er du ikke", siger min far [griner].

(Tolk 3)

---

Vi ser her, hvordan den familiære tolk har følelser med i den sociale situation, hvori tolkningen udspiller sig. Hun kender sagsbehandleren på kommunen og synes, at det er lidt pinligt, at faren vil have hjælp til nye briller. Derfor oversætter hun ikke. Citatet viser også, at den familiære tolk ikke nødvendigvis undlader at oversætte ting, fordi han eller hun vil føre patienten bag lyset, men fordi tolken synes, at patienten vrøvler eller beder om unødvendig hjælp. Eksemplet viser, hvordan de familiære tolke først og fremmest er patientens pårørende, dernæst tolker de.

Familiemedlemmer reagerer på det, der sker i konsultationen, som *pårørende* og har svært ved at være neutrale. Det er vanskeligt at skifte rolle fra pårørende til tolk, og ofte gør de sundhedsprofessionelle ikke noget særligt for at markere eller facilitere denne overgang. Tværtimod viser interviewene, at de sundhedsprofessionelle oftere oplever irritation eller frustration over den familiære tolk, hvilket understreger nødvendigheden af et redskab eller en retningslinje for, hvornår og hvordan der anvendes familiære tolke. Derfor er det også nødvendigt, at den sundhedsprofessionelle tager ansvar og udstikker rammerne, når man anvender et familiemedlem som tolk. Kun på den måde sikrer man, at de familiære tolke er klar over, hvad der kræves af dem, når de pludselig også skal indtage rollen som tolk.

Samtidig med at vi erkender de familiære tolkes begrænsninger, er det dog også nødvendigt at erkende, at sådan som både sundhedsvæsen og tolkebistand er organiseret i dag, så er familiære tolke helt nødvendige for den daglige kommunikation med etniske minoritetspatienter.

Det er ambitiøst at forvente, at alle hospitaler og praktiserende læger får adgang til tolkning på alle sprogområder på alle tidspunkter af døgnet. Det betyder ikke, at man ikke bør stræbe efter det, men det betyder samtidig, at man bliver nødt til at forholde sig til de familiære tolke som en integreret og uundgåelig del af den måde, det danske sundhedsvæsen kommunikerer med patienter med ingen eller begrænsede danskkundskaber på. Det synes unødvendigt og urealistisk kategorisk at afvise brugen af familiære tolke. Der er situationer, hvor det er det nemmeste, og hvor det kan være en udmærket løsning for alle parter. Men det kræver en ekstra opmærksomhed på, at familiemedlemmet *ikke er* og heller *ikke kan* sidestilles med en professionel tolk. Der kan være mange årsager til, at en patient medbringer en familiær tolk, og det er den sundhedsprofessionelles ansvar at undersøge, om patienten faktisk

er tilfreds med, at der anvendes familiær tolk. Det skal i det hele taget understreges, at anvendelse af familiære tolke altid er den sundhedsprofessionelles ansvar, og at det må ske under hensyntagen til de særlig problemer, der kan være forbundet med at anvende familiemedlemmer.

## 9.5 Børnetolke

Til de familiære tolke hører også børnene. Her refereres ikke til patientens voksne børn, men til børn under 16 år. Spørgeskemaundersøgelsen og interviewene viser, at de bruges rundt omkring i sundhedsvæsenet. Interviewene viser, at det i overvejende grad er i forbindelse med akutte situationer (skadestue, lægevagt og akutkonsultationer ved praktiserende læge) og i forbindelse med dagligdagssnak (fx under indlæggelse), at børn optræder som tolke. En patients (voksne) datter fortæller:

---

Nu er jeg sådan set vant til det, [at tolke for min mor]. Og alligevel ... jeg vil foretrække, at der sidder en tolk i stedet for mig. Fordi tidligere, der blev vi sådan nødt til at gå fra skolen af ..., altså et par gange i hvert fald. For at kunne tolke. Og ... det ved jeg ikke, det er ikke lige rigtig noget for mig, synes jeg ikke ..., at skulle være tolk. Men selvfølgelig, når hun er nødt til at tage os med, så siger vi ikke noget, så siger vi bare ja. Og så tager vi bare med. *(Datter til Patient 3)*

---

Moderen er enig med datteren i, at det ikke er optimalt at lade børnene tolke og fortæller om engang, hvor hun havde sin søn med til læge. I stedet for at oversætte, så spurgte sønnen moderen: "Hvorfor siger du det?", hver gang moderen havde sagt noget, som han skulle oversætte. Eksemplet viser, at brug af børn er vanskeligt – også fra den sundhedsprofessionelles vinkel:

---

Eller også så bruger de børn, og jeg synes, det er meget problematisk at bruge børn, for jeg går jo ind, som jeg gør til en hvilken som helst patient, i dybden. Og det kan være seksuelle problemer. Eller det kan være et spørgsmål, om man er trist, og man har lyst til at tage sit eget liv, og der sidder jeg med et barn, som skal være med i den samtale, og jeg synes ikke, det er rimeligt. Men altså, der ved jeg ikke, hvad jeg skal gøre. *(Praktiserende læge 3)*

---

Over for det pragmatiske behov for en tolk står altså en både personlig og professionel tøven over for brug af børn som tolke. Denne tøven skyldes bl.a.:

- at barnets sprogkunderskaber er utilstrækkelige
- at barnet får indsigt i voksen-problemer, som det ikke er modent til at håndtere
- at relationen mellem barn og voksen forrykkes uhensigtsmæssigt, når barnet får ansvar for den voksnes kommunikation med omgivelserne
- at barnet kommer (for) tæt på en forælders lidelse.

En engelsk interviewundersøgelse af praktiserende lægers brug af børn som tolke (Cohen et al. 1999) viser, hvordan lægerne vurderer, om barnet kan bruges som tolk ved at vurdere konsultationen og dens forventede kompleksitet og intimitet. Lægen forsøger at arbejde sammen med barnet og eksempelvis undgå bestemte problemstillinger, som vurderes for vanskelige eller for grænseoverskridende for barnet. Anvendelsen af en sådan fremgangsmåde bekræftes også i denne undersøgelse:

---

Jeg skitserer problemstillingen før vi går i gang, og de vælger, om det skal være barnet eller teenageren, der sidder som tolk. Så siger jeg, at jeg kommer til at skulle spørge om mange ting, som kan være svært for dig at tackle. Kan du tackle det? Så jeg går ind i en dialog med barnet – selvfølgelig på kort tid. Men jeg vil godt have, at barnet er nogenlunde godt klædt på. Eller den unge, det er som regel teenagere. *(Praktiserende læge 3)*

---

På hospitalerne opstår der en særlig problemstilling, når et barn er indlagt, og barnets forældre ikke taler dansk. Her benytter de sundhedsprofessionelle børnene til at kunne kommunikere med forældrene om dagligdags ting:

---

Jamen, det kan være sådan noget med, at hvis jeg spørger, om de har sovet godt og sådan noget, ikke. Så kan hun oversætte, om de har sovet godt og sådan noget. Men hvis jeg synes, det er noget med, hvor der er nogle samspilsproblemer eller et eller andet, så synes jeg ikke, barnet skal oversætte det. *(Hospitalssygeplejerske 1)*

---

Citaterne viser, hvordan de sundhedsprofessionelle på forskellig vis bruger børnene som tolke, men samtidig er opmærksomme på, at det er en speciel situation, og at der er visse typer af kommunikation, som det er uensigtsmæssigt, at børnene tolker. Som udgangspunkt er det at bruge børn som tolke uacceptabelt. Både fra et etisk og et fagligt synspunkt. Der kan selvfølgelig være

akutte situationer, hvor det kan være en absolut nødvendighed at lade et barn tolke. Det er en beslutning, som den sundhedsprofessionelle må tage og tage ansvar for. I ikke-akutte situationer bør man udsætte konsultationen, indtil der kan være en professionel tolk eller i det mindste en voksen, familiær tolk til stede. Det bør ikke være op til patienten at bestemme, om et barn kan tolke.

# 10 Sundhedsprofessionelle bør sætte rammerne

I dette afsluttende kapitel præsenteres en række områder, hvor de sundhedsprofessionelle i højere grad kan blive bevidste tolkebrugere. Uden de store omkostninger kan sundhedsprofessionelle definere rammerne for tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet og dermed bidrage til en forbedring af kvaliteten af den tolkede samtale/konsultation.

På baggrund af undersøgelsens resultater anbefales det, at tolken knyttes tættere til sundhedsvæsenet og de sundhedsprofessionelle. Det vil bl.a. hjælpe tolken med at opretholde den nødvendige, professionelle distance til patienten. Denne placering af tolken, som den sundhedsprofessionelles samarbejdspartner, gør det lettere for den sundhedsprofessionelle at stille krav til tolken og diskutere den tolkede samtale. En tydeligere placering af tolken og ansvarsfordelingen i den tolkede samtale vil kunne bidrage til en større tryghed omkring tolkede konsultationer og evt. færre oplevelser af øget faglig usikkerhed.

I det følgende diskuteres, hvordan ovenstående kan omsættes til praksis gennem:

- Forberedelse af den tolkede samtale
- Tydeliggørelse af samtaleens rammer
- Metakommunikation i samtalen
- Tilrettelæggelse af tolkeanvendelsen
- Kontakt til tolkebureauet
- Fælles skolebænk.

## 10.1 Forberedelse af den tolkede samtale

Der er en række overvejelser, som den sundhedsprofessionelle bør gøre sig inden den tolkede samtale. Det drejer sig om:

1. Hvilken type tolk skal der anvendes?
2. Hvor lang tid skal samtalen tage?
3. Hvor skal tolken opholde sig inden samtalen?

Det er den sundhedsprofessionelle, der har ansvaret for hvilken type tolk, der anvendes og i forlængelse heraf, på hvilket niveau patienten skal have mulighed for at udtrykke sig. Hvis den sundhedsprofessionelle vælger at acceptere en familiær tolk, må man være bevidst om de fordele og ulemper, dette valg indebærer. Fordelene er, at patienten føler sig tryk og har tillid til den familiære tolk, mens ulemperne er, at man ikke er sikker på den familiære tolks sprogkundskaber eller ved, hvordan parternes indbyrdes relationer påvirker det, der siges og oversættes i konsultationen. Det kan også være en hjælp for den sundhedsprofessionelle at vide, hvorfor patienten ønsker familiær tolk – er der nogle misforståelser, som kan ryddes af vejen og give patienten mod på at bruge professionel tolk? Og efter en konsultation med en familiær tolk skal man måske lige bruge et minut på at afklare, om tolken nu også forstod det hele, og om man evt. skal have en professionel tolk med næste gang. Flere af de interviewede læger gør sig allerede nogle af disse overvejelser og praktiserer det i deres møder med patienterne, men det kan overvejes, om denne type hensyn skulle formaliseres og skriftliggøres, så man har et bud på en fælles praksis i hospitalsafdelingen eller i almen praksis.

Der kan selvfølgelig være omstændigheder, hvor der reelt ikke er tale om et valg – eksempelvis i akutte situationer, hvor et familiemedlem er den eneste mulighed for at kunne kommunikere med patienten. Her må den sundhedsprofessionelle tydeligt formulere sine forventninger til den familiære tolk, hvilket vil blive uddybet nedenfor. Uanset hvilken løsning der anvendes, er det vigtigste, at det er den sundhedsprofessionelle, der vurderer situationen og tager en beslutning ud fra, hvad der er professionelt ansvarligt.

Tolkede samtaler tager længere tid, og hvis sundhedsprofessionelle ikke anerkender dette, begrænser de ikke kun patientens mulighed for at udtrykke sig, men også egen mulighed for at få uddybende og nuanceret information. Der er i almen praksis mulighed for at sætte ekstra tid af til tolkede konsultationer, men undersøgelsesresultaterne viser, at dette ikke altid sker. Tid er en knap ressource i sundhedsvæsenet, men hvis man skal have det fulde udbytte af tolkede konsultationer, så skal der afsættes ekstra tid. Tolkede konsultationer tager længere tid.

Sidst, men ikke mindst bør forberedelsen af den tolkede samtale inkludere en overvejelse om, *hvor* tolken skal opholde sig inden den tolkede konsultation. Mange sundhedsprofessionelle oplever en tidsbesparelse, hvis tolk og patient lige får lov til at mødes inden konsultationen, og tolken derved får mulighed for lige at orientere sig om, hvad konsultationen drejer sig om. Det betyder i nogle tilfælde, at konsultationen starter allerede i venteværelset, og at tolken kan have svært ved at opretholde sin professionelle og neutrale rolle og i stedet inddrages i patientens oplevelser og forventninger. Hvis den sundhedsprofessionelle af forskellige årsager ønsker, at patient og tolk skal vente sammen, bør tolken spørges først. Det bør dog være en del af hverdagspraksis at lade tolken vente i et samtalerum eller en personalestue. Det kan måske opleves som grænseoverskridende at give tolken adgang til klinikkens backstage. Det anbefales ikke desto mindre alligevel, fordi fordelene opvejer ulemperne:

- Der sendes signal om, at tolken er den sundhedsprofessionelles assistent
- Tolk får mulighed for at 'rense hovedet' og forberede sig på tolkningen
- Sundhedsprofessionel og tolk møder patienten som et team i stedet for, at sundhedsprofessionel møder patient og tolk som et team i venteværelset.

Denne praksis understreger tolkens rolle som professionel og bidrager til tydeligt at placere tolken i en kategori, der knytter sig til den sundhedsprofessionelle.

En sidste overvejelse den sundhedsprofessionelle bør have gjort sig inden den tolkede samtale er, hvor tolken skal placeres under konsultationen. Tolk spiller en central rolle for kommunikationen, men bør ikke med sin tilstedeværelse forstyrre øjenkontakten mellem sundhedsprofessionel og patient. Tolk bør derfor sidde lidt tilbagetrukket, således at sundhedsprofessionel og patient ser på hinanden og ikke på tolken.

## 10.2 Tydeliggørelse af samtalens rammer

Den tolkede samtale er en trekant, hvor vinklernes relative størrelser er til forhandling. Tolkede samtaler er meget forskellige – afhængigt af deltagere, sammenhæng og indhold –, og der er derfor ingen fast skabelon for, hvordan de gennemføres. En vis fælles ramme kan dog tilstræbes og kan formuleres af den sundhedsprofessionelle.

Det er den sundhedsprofessionelle, der har autoriteten i sundhedsvæsenets grænseland. Det er på den sundhedsprofessionelles hjemmebane, at mødet foregår – både i forhold til sundhedsvæsenet som arena, men også i forhold til at repræsentere den dominerende kultur i samfundet. Det er den sundhedsprofessionelle, som har autoritet og legitimitet til at styre samtalen, og som kan stille krav og tage beslutninger. Derfor bør det også være den sundhedsprofessionelle, der tager ansvaret for og styringen i de tolkede samtaler.

Den sundhedsprofessionelle anbefales at bruge et minut på at opridse betingelserne for den tolkede konsultation, hvilket bl.a. kan inkludere:

- At tolken er neutral
- At tolken har tavshedspligt
- At tolken skal oversætte, alt hvad der bliver sagt
- Hvor lang tid man har til rådighed til konsultationen.

Hertil kommer den sundhedsprofessionelles mulighed for at formulere egne forventninger til samtalen, eksempelvis:

- At spørgsmål skal stilles til lægen og ikke til tolken
- At tolken skal informere parterne, hvis han/hun bliver nødt til at afvige fra den stringente tolkning
- At *al* samtale – også mellem patient og pårørende – forventes oversat.

Denne *generelle introduktion* bør uddybes og præciseres i de tilfælde, hvor den sundhedsprofessionelle vælger at anvende en familiær tolk. Det er ikke let at skifte rolle fra pårørende til tolk, og den sundhedsprofessionelle skal derfor bidrage til, at den familiære tolk får en plads, hvor det anerkendes, at han/hun 'er begge dele'. Den sundhedsprofessionelle skal formulere sine forventninger til tolkningen og italesætte de udfordringer, der kan være forbundet med at tolke for et familiemedlem – eksempelvis, at det er vigtigt, at familiemedlemmet oversætter alt. Også selvom den pårørende synes, at patienten vrøvler eller fremfører urimelige krav. Gennem denne *indledende præsentation* af den tolkede samtales præmisser kan der forhåbentlig etableres en tydelig og tillidsfuld relation mellem de deltagende parter.

### 10.3 Metakommunikation i samtalen

Der er i denne rapport argumenteret for, at parterne bør føre en metakommunikation om den tolkede samtale. Parterne bør tale om tolkningen *undervejs* i en erkendelse af, at tolken tager nogle valg under oversættelsen, som bør være tydelige for både sundhedsprofessionel og patient.

Det er især tolken, der skal kommunikere sine valg til de to andre parter i samtalen, men i nogle situationer er det også vigtigt, at den sundhedsprofessionelle fører en metakommunikation med tolken. Det kan eksempelvis være i forbindelse med overleveringen af vanskelige informationer eller chokerende besked. Hvis tolken ikke er forberedt på, at lægen vil levere en potentielt oprivende besked eller stille patienten over for et vanskeligt valg, kan tolken blive rystet og måske virke usikker i sin oversættelse. En tolk fortæller, at patienten kan få oplevelsen af, at tolken er i tvivl (om det er den rette beslutning/behandling), og derfor bliver patienten også i tvivl, og der opstår mere usikkerhed og flere spørgsmål. At forberede tolken kan både give tolken mulighed for kort at forberede tolkningen af den vanskelige besked og spare unødigt bekymring samt ikke mindst undgå misforståelser i den fortsatte samtale.

Forholdet til de sundhedsprofessionelle er det tætteste en tolk kommer på at have kolleger i løbet af en arbejdsdag. Hvis tolkningen har været vanskelig eller dramatisk, kan det derfor opleves som positivt, hvis den sundhedsprofessionelle lige bruger et øjeblik på at evaluere med tolken. Denne sparring om godt og skidt kan være udbytterig i den konkrete situation og udviklende for det fortsatte samarbejde.

### 10.4 Tilrettelæggelse af tolkeanvendelsen

På de fleste hospitalsafdelinger og i de fleste lægepraksis bestilles tolkene ad hoc, efterhånden som patienter med tolkebehov bookes ind i kalenderen. Det bør overvejes, om der er alternativer til denne organisering. Man kunne eksempelvis arbejde med at koordinere tolkeanvendelsen på hospitaler mere centralt, således at en eller flere afdelinger koordinerer deres tolkebistand og anvender den samme tolk til flere konsultationer i forlængelse af hinanden. Både i almen praksis og på hospitalsafdelinger med stort tolkebehov kunne man eksperimentere med en eftermiddag om ugen, hvor der er tilknyttet en fast tolk. Tolken vil i højere grad komme til at indgå som en del af personalegruppen, og parterne vil have bedre mulighed for at etablere en professionel og tillidsfuld relation til hinanden. Tolken vil kunne få et værdifuldt indblik i hverdagen i almen praksis eller på hospitalsafdelingen og dermed opnå en større faglig viden inden for det konkrete speciale, der praktiseres.

Sundhedsprofessionelle er i vid udstrækning indstillede på at imødekomme patienters ønske om bestemte tolke, men måske skulle sundhedsprofessionelle i højere grad prioritere deres egne ønsker og i højere grad booke tolke, som de har tillid til og arbejder godt sammen med. Altså, at man i højere grad prioriterer et sundhedsprofessionel-tolk-samarbejde end et patient-tolk-samarbejde.

Endelig kan det overvejes, om telefontolkning kan være et godt supplement til tilstedeværende tolkning. Fordele ved telefontolkning er, at man ikke har udgifter til transport, og telefontolkning kan ofte arrangeres med kort varsel. En anden fordel kan være, at tolken netop *ikke* er til stede i lokalet og derfor i mindre grad forstyrrer kontakten mellem sundhedsprofessionel og patient. De interviewede sundhedsprofessionelle ser primært telefontolkning som en nødløsning. En af årsagerne hertil er, at de sundhedsprofessionelle bruger såvel tolkens som

patientens kropssprog til at aflæse situationen og vurdere både tolkningen og patientens forståelse. Andre erfaringer (Ammementorp & Rasmussen 2006) peger dog på, at telefontolkning giver patienterne en oplevelse af anonymitet, som de er glade for; og det kan overvejes, om hospitalsafdelinger/almen praksis kan have glæde af mere systematisk brug af telefontolkning.

Der er endvidere en række mindre tiltag, som vil geare sundhedsvæsenet til bedre at tage imod tolkene. Det er eksempelvis ofte meget svært for tolkene at finde en parkeringsplads ved regionens hospitaler, og det kræver både tid og penge for tolkene at parkere. Man kunne derfor overveje om tolkene, fra de tolkebureauer man benytter sig af, skal have andre parkeringsmuligheder end patienterne og eksempelvis have mulighed for at holde på personaleparkeringspladser eller lignende? Et andet forslag er at udstyre tolkene med et gæstenavneskilt med hospitalets logo og teksten 'Tolk'. Dette ville signalere, at tolken er en del af hospitalets service til patienten, og at tolken skal behandles *som tolk* og ikke som en privatperson eller en 'tilnærmelsesvis pårørende'.

## 10.5 Kontakt til tolkebureauet

De interviewede sundhedsprofessionelle er generelt udmærket tilfredse med deres kontakt til tolkebureauerne, men klager ind imellem over, at tolkene taler for dårligt dansk, og at de kommer for sent eller opfører sig upassende over for patienterne. Det er vigtigt, at disse klager går videre til tolkebureauerne og ikke bare ligger som frustration og irritation ude hos patienter og sundhedsprofessionelle.

I det daglige er det især sekretærerne, der har kontakt til tolkebureauet, men man kan overveje, om der skal ned-sættes et samarbejdsudvalg på tværs af tolkebureauer og sundhedsvæsenet med det formål at sikre gode arbejdsbetingelser for tolkene samt udbrede kendskabet til sundhedsvæsenets behov. Det er også i et sådant forum, at der kunne tages initiativ til 'en fælles skolebænk'.

## 10.6 Fælles skolebænk

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at det er mindretallet af sundhedsprofessionelle, der har modtaget information om eller undervisning i den tolkede samtale/tolkeanvendelse, men at flertallet er interesseret i yderligere information og/eller undervisning. Samtidig viser interviewene, at sundhedsprofessionelle gerne ser, at tolken besidder en vis viden om fx medicin, fysiologi og sundhedsvæsenets organisering. Der er derfor meget at hente ved at indlede en dialog med tolkene, hvor de sundhedsprofessionelle stiller deres medicinske viden til rådighed og hjælper tolkene med at blive klædt på til at tolke i sundhedsvæsenet, og hvor tolkene løbende sparrer med de sundhedsprofessionelle om en fortsat kvalificering af samarbejdet.

Den tolkede konsultation handler om *mere* end tolkens formelle kvalifikationer og kompetencer. Den drives frem af sundhedsprofessionel, tolk og patient i fællesskab, som aktører i den konkrete sammenhæng, som den tolkede konsultation er en del af. Parterne deltager med hver deres forventninger, mål og handlekompetencer. Her er det helt centralt, at det er sundhedsvæsenet og den sundhedsprofessionelle, der har autoriteten til og ansvaret for at sætte nogle hensigtsmæssige rammer om den tolkede samtale. Med denne rapport er den opgave forhåbentlig blevet mere håndgribelig.

# 11 Bilag



Bilag 1

## 2

## 1. Hvilken af nedenstående stillingskategorier beskriver bedst din funktion?

(Sæt ét X)

<input type="checkbox"/> 1	Sekretær i almen praksis
<input type="checkbox"/> 2	Sygeplejerske i almen praksis
<input type="checkbox"/> 3	Alment praktiserende læge
<input type="checkbox"/> 4	Sekretær på hospital
<input type="checkbox"/> 5	Sygeplejestuderende på hospital
<input type="checkbox"/> 6	Sygeplejerske på hospital
<input type="checkbox"/> 7	Afdelingssygeplejerske
<input type="checkbox"/> 8	Oversygeplejerske
<input type="checkbox"/> 9	Reservelæge/1. reservelæge
<input type="checkbox"/> 10	Afdelingslæge/overlæge
<input type="checkbox"/> 11	Ledende overlæge
<input type="checkbox"/> 12	Jordemoder
<input type="checkbox"/> 13	Klinisk jordemodervejleder
<input type="checkbox"/> 14	Jordemoderstuderende

## Kontakt med etniske minoritetspatienter

De følgende spørgsmål handler om din kontakt med 'etniske minoritetspatienter'. Denne betegnelse dækker indvandrere (herunder flygtninge) og efterkommere af indvandrere fra ikke-vestlige lande.

## 2. Hvor ofte er du i kontakt med etniske minoritetspatienter i dit arbejde?

(Sæt ét X)

<input type="checkbox"/> 1	Dagligt
<input type="checkbox"/> 2	Ugentligt
<input type="checkbox"/> 3	Månedligt eller sjældnere
<input type="checkbox"/> 4	Aldrig → Gå videre til spørgsmål 33

## 3. Sker det, at du oplever kontakten til den etniske minoritetspatient som vanskelig?

(Sæt ét X)

<input type="checkbox"/> 1	Aldrig → Gå til spørgsmål 5
<input type="checkbox"/> 2	Sjældent
<input type="checkbox"/> 3	Ind imellem
<input type="checkbox"/> 4	Ofte
<input type="checkbox"/> 5	Altid

#### 4. Hvis du oplever kontakten til den etniske minoritetspatient som vanskelig, hvad er så grunden?

(Sæt evt. flere X)

- |                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patienten kommer ikke til tiden   |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patienten præsenterer symptomer på en overdreven måde   |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Det er vanskeligt at forstå patienten pga. ingen eller ringe danskkundskaber                  |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Det er vanskeligt at formidle information, da patienten har ingen eller ringe danskkundskaber |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patientens sygdomsforståelse vanskeliggør kommunikationen                                     |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patienten er tidskrævende   |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patienten respekterer mig ikke  |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patienten har urealistiske forventninger  |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patienten har ikke forståelse for regler og retningslinjer på afdelingen/i klinikken          |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patientens somatiske klager er vanskelige at skelne fra sociale behov                         |
| <input type="checkbox"/> | 1 | Patientens pårørende opleves forstyrrende   |
| <input type="checkbox"/> |   | Andet   |

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Identifikation af tolkebehov

Det følgende handler om kommunikation med etniske minoritetspatienter med ingen eller ringe danskkundskaber.

Begrebet 'tolk' bruges om en person, der oversætter en samtale. I nogle spørgsmål skelnes imellem 'professionel' og 'familiær' tolk. Den professionelle tolk bestilles via et tolkebureau, mens den familiære tolk er en dansktalende ven eller et familiemedlem (voksen eller barn), som ledsager patienten.

#### 5. Hvor ofte har du kontakt med etniske minoritetspatienter med ingen eller ringe danskkundskaber?

(Sæt ét X)

- |                          |   |                              |
|--------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Dagligt                      |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ugentligt                    |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Månedligt eller sjældnere    |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Aldrig → Gå til spørgsmål 33 |



## 4

6. Hvor ofte har du tolket samtale/konsultation med etniske minoritetspatienter?

(Sæt ét X)

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Dagligt                   |
| <input type="checkbox"/> 2 | Ugentligt                 |
| <input type="checkbox"/> 3 | Månedligt eller sjældnere |
| <input type="checkbox"/> 4 | Aldrig                    |
- Hvis du ikke selv har tolket samtale med patienter, men deltager i bestilling af tolk o.l., bedes du svare på de næste spørgsmål.  
 – Hvis du hverken har tolket samtale eller deltager i bestilling o.l., bedes du → Gå til spørgsmål 33

7. Hvem afgør, om der skal bestilles professionel tolk til en samtale/konsultation?

(Sæt evt. flere X)

- |                            |                     |
|----------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Den henvisende læge |
| <input type="checkbox"/> 1 | Sekretæren          |
| <input type="checkbox"/> 1 | Sygeplejersken      |
| <input type="checkbox"/> 1 | Jordemoderen        |
| <input type="checkbox"/> 1 | Lægen               |
| <input type="checkbox"/> 1 | Patienten           |
| <input type="checkbox"/> 1 | Andet               |

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

- |                            |          |
|----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Ved ikke |
|----------------------------|----------|

8. Hvis du på forhånd ved, at en patient har et tolkebehov, hvad gør du så?

(Sæt evt. flere X)

- |                            |   |
|----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | Jeg kontakter tolkebureauet   |
| <input type="checkbox"/> 1 | Jeg forventer, at den, der giver patienten en tid, tager sig af tolkebestilling |
| <input type="checkbox"/> 1 | Jeg kontakter patienten for at finde en løsning                                 |
| <input type="checkbox"/> 1 | Jeg forventer, at patienten selv medbringer tolk                                |
| <input type="checkbox"/> 1 | Jeg forventer, at samtalen/konsultationen kan gennemføres uden tolk             |
| <input type="checkbox"/> 1 | Jeg beder sekretæren om at tage sig af tolkebestilling                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | Jeg beder sygeplejersken om at tage sig af tolkebestilling                      |
| <input type="checkbox"/> 1 | Andet   |

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

**9. Hvis patientens tolkebehov er kendt på forhånd, og der alligevel ikke er en professionel tolk til stede ved samtalen/konsultationen, hvad kan årsagen da være?**

(Sæt evt. flere X)

- ☐ Tolken kommer ikke til tiden eller kommer slet ikke
- ☐ Patienten kan klare simple undersøgelser eller informationer uden tolk
- ☐ Det er aftalt, at patienten selv har familiær tolk med
- ☐ Det forventes, at patienten selv har familiær tolk med
- ☐ Det er ikke muligt at bestille professionel tolk på patientens modersmål
- ☐ Det er ikke muligt at bestille professionel tolk med kort varsel
- ☐ Det er uklart, hvem der har ansvar for bestilling af tolk
- ☐ Det er tidskrævende at bestille professionel tolk
- ☐ Det er dyrt at bestille professionel tolk
- ☐ Jeg ønsker ikke at bruge professionel tolk
- ☐ Andet

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Hvis patientens tolkebehov ikke er identificeret på forhånd, og patienten ankommer i klinikken/afdelingen uden tolk, hvad gør du så?**

(Sæt evt. flere X)

- ☐ Jeg gennemfører konsultationen uden tolk, så godt jeg kan
- ☐ Jeg finder en ny tid
- ☐ Jeg bruger telefontolk
- ☐ Jeg tager kontakt til en kollega, som taler patientens modersmål
- ☐ Jeg tager kontakt til en medpatient, som taler patientens modersmål
- ☐ Jeg tilkalder professionel tolk og venter til vedkommende dukker op
- ☐ Jeg tilkalder familiær tolk og venter til vedkommende dukker op
- ☐ Andet

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Hvad kan årsagen være til, at en patients tolkebehov ikke er identificeret på forhånd?**

(Sæt evt. flere X)

- ☐ Patienten ankommer til afdelingen/klinikken uanmeldt
- ☐ Tolkebehovet er ikke anført i henvisningen
- ☐ Tolkebehovet oplyses ikke ved tidsbestillingen
- ☐ Patienten vurderer selv sine danskundskaber som tilstrækkelige
- ☐ Det er uklart, hvem der har ansvar for identifikation af tolkebehov
- ☐ Andet

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6

- 12.** Sker det, at du har ikke-tolket kontakt med patienter, hvor du mener, at det ville have været mere hensigtsmæssigt, at der havde været en tolk til stede?

(Sæt ét X)

- |                            |             |
|----------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Ofte        |
| <input type="checkbox"/> 2 | Ind imellem |
| <input type="checkbox"/> 3 | Sjældent    |
| <input type="checkbox"/> 4 | Aldrig      |

## Retningslinjer

- 13.** Er der retningslinjer på afdelingen/i klinikken for, hvornår der skal bestilles tolk?

(Sæt ét X)

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Ja, der er retningslinjer, som jeg bruger                                      |
| <input type="checkbox"/> 2 | Ja, der er retningslinjer, men daglig praksis ser anderledes ud                |
| <input type="checkbox"/> 3 | Nej, der er ingen retningslinjer, men vi har en fælles, daglig praksis         |
| <input type="checkbox"/> 4 | Nej, der er ingen retningslinjer. Sprogproblemer løses i hvert enkelt tilfælde |
| <input type="checkbox"/> 5 | Ved ikke   |

- 14.** Er det dit indtryk, at patienterne er klar over muligheden for professionel tolkebistand?

(Sæt ét X)

- |                            |                    |
|----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Det er de alle     |
| <input type="checkbox"/> 2 | Det er de fleste   |
| <input type="checkbox"/> 3 | Det er de færreste |
| <input type="checkbox"/> 4 | Ved ikke           |

- 15.** Sættes der ekstra tid af til tolkede samtaler/konsultationer?

(Sæt ét X)

- |                            |             |
|----------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Altid       |
| <input type="checkbox"/> 2 | Ofte        |
| <input type="checkbox"/> 3 | Ind imellem |
| <input type="checkbox"/> 4 | Sjældent    |
| <input type="checkbox"/> 5 | Aldrig      |
| <input type="checkbox"/> 6 | Ved ikke    |

## 16. Tages der hensyn til patientens køn, når der bestilles tolk?

(Sæt ét X)

- |                            |             |
|----------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Altid       |
| <input type="checkbox"/> 2 | Ofte        |
| <input type="checkbox"/> 3 | Ind imellem |
| <input type="checkbox"/> 4 | Sjældent    |
| <input type="checkbox"/> 5 | Aldrig      |
| <input type="checkbox"/> 6 | Ved ikke    |

Hvis du aldrig har haft en tolket samtale/konsultation med en etnisk minoritetspatient, bedes du → Gå til spørgsmål 33

## Den tolkede samtale

De følgende spørgsmål handler om den tolkede samtale – herunder om der er forskel på at bruge professionelle og familiære tolke.

## 17. I din kontakt med patienter med ringe danskkundskaber, hvor ofte sker det så, at patienten har en dansktalende ledsager med?

(Sæt ét X)

- |                            |             |
|----------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Altid       |
| <input type="checkbox"/> 2 | Ofte        |
| <input type="checkbox"/> 3 | Ind imellem |
| <input type="checkbox"/> 4 | Sjældent    |
| <input type="checkbox"/> 5 | Aldrig      |

## 18. Oplyser du patienter med ringe eller ingen danskkundskaber om muligheden for tolkebistand?

(Sæt ét X)

- |                            |             |
|----------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Altid       |
| <input type="checkbox"/> 2 | Ofte        |
| <input type="checkbox"/> 3 | Ind imellem |
| <input type="checkbox"/> 4 | Sjældent    |
| <input type="checkbox"/> 5 | Aldrig      |

8

**19. Når samtalen/konsultationen er tolket, hvor ofte er tolken da ...**

(Sæt X i hver linje)

	Aldrig	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Altid
Professionel (tilstedeværende)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Professionel (telefonolk)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Familiær (voksen)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Familiær (barn under 16)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Anden tosproget person (fx kollega/medpatient)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Andet?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

**20. Betyder det noget for din mulighed for at udføre dit arbejde, om tolken er familiær eller professionel?**

(Sæt ét X)

<input type="checkbox"/> 1 Ja, i meget høj grad
<input type="checkbox"/> 2 Ja, i nogen grad
<input type="checkbox"/> 3 Kun lidt
<input type="checkbox"/> 4 Nej, slet ikke

**21. Er der situationer, hvor du foretrækker at bruge ...**

(Sæt X i hver linje)

	Aldrig	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Altid
En professionel tolk?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
En familiær tolk?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**22. Er der situationer, hvor du ikke accepterer brug af familiær tolk?**

(Sæt evt. flere X)

<input type="checkbox"/> 1 Altid når tolken er et barn
<input type="checkbox"/> 1 Nogle gange når tolken er et barn
<input type="checkbox"/> 1 Hvis konsultationen handler om familiære problemer
<input type="checkbox"/> 1 Hvis konsultationen handler om seksualitet
<input type="checkbox"/> 1 Hvis patienten har en alvorlig/livstruende sygdom
<input type="checkbox"/> 1 Hvis jeg vurderer, at tolkens dansk er for dårligt
<input type="checkbox"/> 1 Jeg accepterer aldrig brug af familiær tolk
<input type="checkbox"/> 1 Andet

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

**23. Har du oplevet at være utilfreds med forløbet af en samtale/konsultation på grund af ...**

(Sæt X i hver linje)

	Aldrig	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Altid
En professionel tolk?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
En familiær tolk?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**24. Har du tillid til, at tolken oversætter det, du siger ...**

(Sæt X i hver linje)

	I høj grad	I nogen grad	I ringe grad
Når tolken er professionel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Når tolken er familiær?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**25. Er det din oplevelse, at patienterne er tilfredse med, at der anvendes ...**

(Sæt X i hver linje)

	Aldrig	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Altid
Professionel tolk?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Familiær tolk?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**26. Har du oplevet tolke, der søger at øve indflydelse på samtals form og indhold, når ...**

(Sæt X i hver linje)

	Aldrig	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Altid
Tolken er professionel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Tolken er familiær?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**27. Har du oplevet, at patienten ikke ønskede at bruge den tilbudte professionelle tolk?**

(Sæt ét X)

<input type="checkbox"/> 1	Aldrig
<input type="checkbox"/> 2	Sjældent
<input type="checkbox"/> 3	Ind imellem
<input type="checkbox"/> 4	Ofte

10

**28. Sker det, at du efterfølgende diskuterer den tolkede samtale/konsultation med ...**

(Sæt X i hver linje)

	Aldrig	Sjældent	Ind imellem	Ofte	Altid
Tolken?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Patienten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
En kollega?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**29. Oplever du større faglig usikkerhed i en tolket kommunikation end i kommunikationen med en dansk patient?**

(Sæt ét X)

<input type="checkbox"/> 1	Nej, det er det samme
<input type="checkbox"/> 2	Ja, ind imellem
<input type="checkbox"/> 3	Ja, ofte

**30. Hvis ja: Hvad knytter denne usikkerhed an til?**

(Sæt evt. flere X)

<input type="checkbox"/> 1	Jeg synes, at det er vanskeligt at anvende en tolk
<input type="checkbox"/> 1	Jeg synes, at det er vanskeligt at etablere kontakt til patienten i en tolket konsultation/samtale
<input type="checkbox"/> 1	Jeg er usikker på, om tolken oversætter korrekt
<input type="checkbox"/> 1	Jeg er usikker på, om jeg har forstået patientens symptomer korrekt
<input type="checkbox"/> 1	Jeg er usikker på, om patienten forstår diagnose og/eller behandling
<input type="checkbox"/> 1	Jeg er usikker på, om tolkens sprogfærdigheder er gode nok
<input type="checkbox"/> 1	Jeg er usikker på, hvordan jeg skal tage hensyn til patientens kulturelle baggrund
<input type="checkbox"/> 1	Andet

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**31. Har du modtaget information om eller undervisning i den tolkede samtale?**

(Sæt ét X)

<input type="checkbox"/> 1	Ja, jeg har modtaget skriftlig information
<input type="checkbox"/> 2	Ja, jeg har hørt et kort oplæg/fået mundtlig information
<input type="checkbox"/> 3	Ja, jeg har deltaget i kursus/undervisning
<input type="checkbox"/> 4	Nej

**32.** Vil du være interesseret i at modtage (yderligere) information om eller undervisning i den tolkede samtale?

- ☐ <sup>1</sup> Ja  
☐ <sup>2</sup> Nej

## Baggrund

**33.** Hvis du er ansat på hospital, hvilken af de følgende afdelinger arbejder du i?

(Sæt ét X)

- ☐ <sup>1</sup> Neurologisk afd.  
☐ <sup>2</sup> Pædiatrisk afd.  
☐ <sup>3</sup> Ortopædkirurgisk afd.  
☐ <sup>4</sup> Kirurgisk afd.  
☐ <sup>5</sup> Medicinsk afd.  
☐ <sup>6</sup> Psykiatrisk afd.  
☐ <sup>7</sup> Obstetrisk-gynækologisk afd.  
☐ <sup>8</sup> Andet

– skriv hvad: \_\_\_\_\_

**34.** Hvis du er i almen praksis, hvilken type praksis arbejder du i?

- ☐ <sup>1</sup> Praksis i byområde  
☐ <sup>2</sup> Praksis i landområde

**35.** Køn?

- ☐ <sup>1</sup> Mand  
☐ <sup>2</sup> Kvinde

**36.** Alder? \_\_\_\_\_ år

**37.** Hvis du har anden etnisk baggrund end dansk, bedes du notere det her.

– Min baggrund: \_\_\_\_\_

Eventuelle kommentarer:

---

---

---

---

---

---

# Tak for hjælpen!

## Returnering

### Til personalet i almen praksis

Returner venligst spørgeskemaerne fra jeres praksis samlet i vedlagte returkuvert(er).

Hvis du ikke ønsker at deltage i undersøgelsen, returneres et blankt spørgeskema.

### Til personalet på sygehuse

Distribution og indsamling af spørgeskemaer sker efter aftale med hver enkelt deltagende afdeling.

Hvis du ikke ønsker at deltage i undersøgelsen, returneres et blankt spørgeskema.



**REGION  
MIDTJYLLAND**  
Under dannelse

Collage: Hanne Ravn Hermansen | Layout og tryk: Wicks Offset A/S, Hjørring

# 12 Referencer

- Ammentorp J, Rasmussen AM & Kofoed PE. Telefontolkning forbedrer vilkårene for patienter. Sygeplejersken 2006 (2), 52-55.
- Arangui C, Davidson B & Ramirez R. Patterns of communication through Interpreters: A detailed sociolinguistic analysis. J Gen Intern Med 2006 (21), 623-629.
- Baker DW, Parkx & Pitkin K. Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. JAMA, 1996 (275,10).
- Baker DW, Hayes R & Fortier JP. Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients. Med Care, 1998 (oct), 1461-1470.
- Bischoff A et al. Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. Soz-Präventivmed, 1999 (44), 248-256 (a).
- Bischoff A et al. Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. Soz-Präventivmed, 1999 (44), 283-287 (b).
- Bischoff A & Loutan L. Interpreting in Swiss hospitals. Interpreting 2004 (6,2), 181-204.
- Boltin J. The third presence: a psychiatrist's experience of working with non-English speaking patients and interpreters. Transcult Psych, 2002 (March), 97-114.
- Carrasquillo O et al. Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. J Gen Intern Med, 1999 (14), 82-87.
- Catinét [analysebureau]. Undersøgelse om patienter med indvandrerbaggrund. Spørgeskemaundersøgelse udført på vegne af Sygeplejersken, september 2005.
- Cioffi J. Communication with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: nurses' experience. Int J Nurs Stud, 2003 (40), 299-306.
- Cohen AL et al. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalised pediatric patients? Pediatr, 2005 (116, 3), 575-579.
- Cohen S, Moran-Ellis J & Smaje C. Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology. Soc Health Illness, 1999 (21,2), 163-186.
- Curtis T. Kommunikation mellem læge og patient i Grønland. København: Statens Institut for Folkesundhed 2001.
- Dhahir O. Tolkenes Dilemma: en undersøgelse af tolkningen for arabiske klienter hos danske myndigheder. Odense: Institut for Sprog og Kommunikation, Syddansk Universitet 2004.
- Edwards R, Temple B & Alexander C. User's experience of interpreters. Interpreting, 2005 (7,1), 77-95.

- Fagan MJ et al. Impact of interpretation method on clinic visit length. *J Gen Intern Med*, 2003 (18), 634-638.
- Fatahi N et al. Interpreters' experience of general practitioner-patient encounters. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2005 (23), 159-163.
- Flores G et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 2003 (111,1), 6-14.
- Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*, 2005 (62,6), 255-299.
- Gerrish K et al. Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health Soc Care Comm*, 2004 (12,5), 407-413.
- Gerrish K. The nature and effect of communication difficulties between district nurses and South Asian patients and their carers. *J Advan Nurs*, 2001 (33,5), 566-574.
- Green AR et al. Interpreter services, language concordance, and health care quality. *J Gen Intern Med*, 2005 (20), 1050-1056.
- Harmsen H et al. When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Education and Counseling*, 2003 (51), 99-106.
- Jacobs EA et al. Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *J Gen Intern Med*, 2001 (16), 468-474.
- Jahn A. Forskelsskaber og fællesskaber i fødselsrummet. Specialeafhandling. Institut for Antropologi, Københavns Universitet 2001.
- Jensen I & Løngreen H. Kultur og kommunikation: interkulturel kommunikation i teori og praksis. Frederiksberg: Samfundslitteratur 1995.
- Karliner LS et al. The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. *J Gen Intern Med*, 2004 (19), 175-183.
- Kaufert JM & Putsch RW. Communicating through interpreters in health care: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power. *J Clin Ethics*, 1997 (8,1), 71-87.
- Kazzi GB & Cooper C. Barriers to the use of interpreters in emergency room paediatric consultations. *J Paediatr Child Health*, 2003 (39), 259-263.
- Krasnik A et al. Health professionals' knowledge, attitude, and experience in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *MetaPress: Scandinavian Journal of Public Health*, 2004 (32), 287-295.
- Krogstrup HK. Evalueringsmodeller. Århus: Academica 2007 (2. udg.).
- Kvarnström M, Janson S & Larsson BW. Tolkberoende patienter har større resursbehov. *Läkartidningen*, 2001 (17), 2061-2062.
- Lov om patienters retsstilling. Lov nr. 482 af 1. juli 1998.
- Lunde IM & Ramshøj P. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. København: Akademisk Forlag 1995.
- Maltby HJ. Interpreters: A double-edged sword in nursing practice. *J Transcult Nurs*, 1999 (10,3), 248-254.
- Mattingly C. Reading Minds, Telling Tales and Creating Dramas in a Cultural Borderland. I: Mattingly & Lutkehaus (eds.). *Psychology meets anthropology: Jerome Bruner and his inspiration*. Upubl.
- Mogensen GV & Matthiessen PC (red.). Integration i Danmark omkring årtusindskiftet. Århus: Rockwool Fondens Forskningsenhed, Aarhus Universitetsforlag 2000.
- O'Leary SCB et al. The truth about language barriers: One residency program's experience. *Pediatrics*, 2003 (111), 569-573.
- Paulsen-Galal L. Report on translation in social psychiatry. Vidsenscenter for socialpsykiatri 2003 ([www.socialpsykiatri.dk](http://www.socialpsykiatri.dk)).

- Plough Hansen H. Feltarbejde som forskningsstrategi. I: Lunde IM & Ramshøj P. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. København: Akademisk Forlag 1995, 116-128.
- Preloran HM, Browner CH & Lieber E. Impact of interpreters approach on latinās' use of amniocentesis. Health Educ Behav, 2005 (32,5), 599-612.
- Region Hovedstaden, Enheden for Brugerundersøgelser. Etniske minoriteters oplevelser i mødet med det danske sygehus. Forsknings- og udviklingsrapport om integration i sygehusvæsenet. København: Enheden for Brugerundersøgelser 2007 ([www.patientoplevelser.dk](http://www.patientoplevelser.dk)).
- Rhodes P & Nocon A. A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford. Health Soc Care Community, 2003 (11,1), 45-54.
- Rivadeneyra R et al. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. Am J Med, 2000 (108,6), 470-474.
- Sande H. Supervision of refugee interpreters: 5 years of experience from Northern Norway. Nordic Journal of Psychiatry, 1998 (52), 403-409.
- Steffen V (eds.). Sundhedens veje. København: Hans Reitzels Forlag 2007.
- Tocher TM & Larson EB. Do physicians spend more time with non-English-speaking patients? J Gen Intern Med, 1999 (14), 303-309.



