



Kartlegging av retningslinjer og
erfaringer med bestilling og bruk av
tolk i helse- og omsorgssektoren

Proba-rapport nr. 2023-9, Prosjekt nr. 22068

ISSN: 1891-8093

TB, IG, GMV, JP, JLH; TT.

8. mars 2023

--

Offentlig

--

Kartlegging av retningslinjer og erfaringer med bruk av tolk i helse- og omsorgssektoren

Utarbeidet for Helsedirektoratet

Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Probas prosjektteam har bestått av Tonje Bentzen (prosjektleder), Ida Gram, Gro Malene Vestøl, Jens Plahte, Jens Lunnan Hjort og Trude Thorbjørnsrud (kvalitetssikrer).

Vi takker prosjektgruppen i Helsedirektoratet for godt samarbeid og tilrettelegging i prosjektperioden. Videre takker vi referansegruppen for engasjement og nyttige innspill, informanter som har tatt seg tid til å dele sine erfaringer og synspunkter med oss, og respondentene som har besvart e-posthenvendelsen om retningslinjer.

Oslo, 8. mars 2023

Innhold:

1	INNLEDNING	6
1.1	Bakgrunn	6
1.2	Problemstillinger og oppdragsforståelse	6
1.2.1	Nærmere om kartlegging av retningslinjer	8
1.2.2	Nærmere om bruk av tolk i kommuner og helseforetak	8
1.2.3	Nullpunktsmåling	10
1.2.4	Leseveiledning	10
2	TOLKING I HELSESEKTOREN.....	12
2.1	Kort kunnskapsstatus om bestilling og bruk av tolk i helsesektoren	12
2.2	Nærmere om tolkeloven	13
2.3	Andre aktuelle lover for helse- og omsorgssektoren	13
2.4	Formålet med virksomhetenes retningslinjer for bruk av tolk	14
3	METODE OG DATAKILDER	17
3.1	Dokumenter	17
3.1.1	Valg av metode for innsamling av retningslinjer i kommuner og helseforetak	17
3.2	Intervjuer i kommuner og helseforetak	20
3.2.1	Utvalg og rekruttering	20
3.2.2	Gjennomføring av intervjuene	23
3.2.3	Referansegruppe.....	23
4	RETNINGSLINJER FOR BESTILLING OG BRUK AV TOLK I KOMMUNENE ...	24
4.1	Retningslinjer i kommunene	24
4.2	Hva inneholder retningslinjene?	26
4.2.1	Om rutiner for bestilling av tolk	26
4.2.2	Om plikt til å bruke tolk	27
4.2.3	Veiledning i bruk av tolk og fjerntolkning	31
4.3	Oppsummering om kommunenes retningslinjer	37
5	RETNINGSLINJER FOR BESTILLING OG BRUK AV TOLK I HELSEFORETAKENE	40
5.1	Retningslinjer i helseforetakene	40
5.2	Hva inneholder retningslinjene?	41
5.2.1	Om rutiner for bestilling og bruk av tolk	42
5.2.2	Om plikt til å bruke tolk	43
5.2.3	Veiledning i bruk av tolk og fjerntolkning	45
5.2.4	Oppsummering om helseforetakenes retningslinjer	50
6	HELSEPERSONELLS ERFARINGER MED BESTILLING OG BRUK AV TOLK	51
6.1	Kjennskap til tolkeloven og overordnet om bruk av tolk	51
6.2	Helsepersonells erfaringer med retningslinjer for bruk av tolk	52
6.3	Opplæring i bruk og bestilling av tolk	52
6.4	Vurdering av behovet for tolk	53
6.4.1	Situasjoner hvor det ofte brukes tolk	53
6.4.2	Situasjoner hvor det er utfordringer med å bruke tolk	54
6.4.3	Bruk av pårørende og andre ansatte som tolk	56
6.5	Erfaring med å bestille tolk	57
6.5.1	Om vurdering av tolkens kvalifikasjoner	57
6.5.2	Om vurdering av habilitet	57
6.5.3	Telefontolk, fremmøtetolk eller skjermtolk	58

6.6	Erfaringer med bruk av tolk	59
6.6.1	Når tolkesituasjoner fungerer godt – og mindre godt	59
6.6.2	Annen barriere for bruk av tolk	62
6.6.3	Ledelsens fokus på bruk av tolk	62
7	FUNN OG VURDERINGER.....	63
7.1	Kartlegging av retningslinjer	63
7.2	Helsepersonells kunnskap og erfaringer	68
8	OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER.....	72
8.1	Anbefalinger	72
8.2	Revidert faglig veileder.....	72
8.3	Hva bør en retningslinje for helse- og omsorgstjenestene inneholde?	73
8.4	Utarbeide retningslinjemaler.....	74
8.5	Krav om rapportering.....	74
8.6	Opplæringstiltak	75
8.7	Andre tiltak	76
	LITTERATUR.....	78
	VEDLEGG.....	79

Sammendrag og konklusjoner

Resymé

Proba samfunnsanalyse har utført en kartlegging av retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i noen helseforetak og kommunale helse- og omsorgstjenester, samt en intervjuundersøkelse om helsepersonells erfaringer med bestilling og bruk av tolk. Oppdraget er utført for Helsedirektoratet i perioden september 2022 – mars 2023 og baserer seg på analyse av innsendte retningslinjedokumenter for 14 helseforetak og 62 kommuner, samt intervjuer med helsepersonell fra et utvalg kommuner og helseforetak.

Kartleggingen viser at de fleste retningslinjene beskriver rutiner for bestilling av tolk, men i mindre grad omtaler situasjoner som utløser plikt til tolk og at det er stor variasjon i hvordan retningslinjene veileder i bruk av tolk og fjerntolk. Videre finner vi at retningslinjene gir mangelfull veiledning om bruk av kvalifisert tolk, og varierende veiledning om bruk av barn som tolk, tolkeskikk, habilitet og avvik. Intervjuundersøkelsen blant helsepersonell viser at de har mye erfaring med bestilling og bruk av tolk, men at de i liten grad kjenner til tolkeloven. Videre tyder intervjuene på at de har varierende kjennskap til retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i egen virksomhet, og at bruk og opplevd nytte av retningslinjene er lav.

Bakgrunn

Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven)¹ trådte i kraft 1.1.2022. Loven regulerer bruk av tolk i offentlig sektor og hovedformålet er «å bidra til rettsikkerhet og forsvarlig hjelp og tjeneste for personer som ikke kan kommunisere forsvarlig med offentlige organer uten tolk», samt bidra til at tolker holder et faglig forsvarlig nivå.

Bakgrunnen for tolkeloven er vedvarende utfordringer knyttet til både underforbruk av tolk og underforbruk av kvalifisert tolk. Underforbruk av tolk innebærer at minoritetspråklige brukere ikke får tilbud om tolk, til tross for et reelt behov. Underforbruk av kvalifisert tolk innebærer at ufaglærte tolker brukes i stor utstrekning, noe som både har vært tilfelle i helsesektoren og i offentlig sektor sett under ett.

Problemstilling

Målsettingen med denne kartleggingen har vært å undersøke i hvilken utstrekning helseforetak og helse- og omsorgstjenester i kommunene har egne retningslinjer for bestilling og bruk av tolk. Vi har undersøkt i hvilken grad disse retningslinjene er i samsvar med tolkeloven og tolkeforskriften, samt hvilke erfaringer helsepersonell har med bestilling og bruk av tolk. Videre har det vært et mål å undersøke om det er forskjeller i retningslinjene utfra regional tilhørighet og organisatorisk plassering. Det har også vært et mål å identifisere hvilke veiledningstiltak og andre typer tiltak Helsedirektoratet og/eller andre sentrale myndigheter bør iverksette for å øke etterlevelsen av tolkelovens krav i norsk helse- og omsorgssektor.

Oppdraget er avgrenset til kartlegging av retningslinjer for taletolk og baserer seg på dokumentanalyse av innsendte retningslinjer fra kommuner og helseforetak, samt intervjuer med helsepersonell.

Konklusjoner

De fleste retningslinjene beskriver rutiner for bestilling av tolk

De aller fleste retningslinjene beskriver rutiner for bestilling av tolk. Noen gjør det delvis, men andre har mer omfattende instruksjoner om hva slags informasjon som bør oppgis ved bestilling for å sikre best mulig kvalifisert tolk til det særskilte oppdraget.

Færre retningslinjer beskriver situasjoner som utløser plikt til å benytte tolk

Retningslinjene skal, jmf. tolkeforskriften § 2, inneholde en angivelse av situasjoner der det foreligger plikt til å bruke tolk. 41 av kommunene, det vil si to tredjedeler, har retningslinjer som på ulikt vis omtaler når det er behov for og skal benyttes tolk. Åtte av 14 helseforetak har det samme, mens tre helseforetak delvis har det.

Vår gjennomgang viser at kun 10 kommunale retningslinjer beskriver konkrete situasjoner for tolkebruk, og fem av disse er overordnede kommunale retningslinjer som ikke er spesielt rettet mot helsevesenet. Kun et par av helseforetakenes retningslinjer gir tilsvarende situasjonsbeskrivelser. Det er altså få retningslinjer som har eksempler på konkrete situasjoner.

Stor variasjon i retningslinjenes veiledning i bruk av tolk og fjerntolk

De fleste av helseforetakenes retningslinjer omtaler fjerntolking. Nesten to tredjedeler av kommunene omtaler skjermtolking, men det er under halvparten som både omtaler telefontolking og skjermtolking. Retningslinjene gir ulike anbefalinger når det gjelder bruk av fremmøtetolk, skjermtolk og telefontolk. Lov og forskrift angir ikke anbefalinger, men Helsedirektoratets veileder og IMDiS veileder anbefaler primært fremmøtetolking, etterfulgt av skjermtolking og til sist telefontolking. Flere retningslinjer har andre anbefalinger enn myndighetenes, og etter vår vurdering en uriktig fremstilling av at myndighetene anbefaler telefontolking.

Retningslinjer fra åtte helseforetak og halvparten av kommunene gir generell veiledning i hvordan tilrettelegge for gode samtaler med bruk av tolk. Helseforetakenes retningslinjer gir etter vår vurdering generelt mer detaljert veiledning i dette enn kommunene.

Retningslinjene gir mangelfull veiledning om bruk av kvalifisert tolk

En viktig del av tolkeloven er kravet om å bruke kvalifisert tolk. Vår vurdering er at mange av retningslinjene gir mangelfull veiledning om det. Kun seks helseforetak omtaler kvalifisert tolk og nasjonalt tolkeregister. Fire helseforetak omtaler krav om å bruke kvalifisert tolk, men uten å forklare hva dette er eller vise til registeret. Kun en tredjedel av kommunene omtaler kravet til kvalifisert tolk og forklarer hva dette innebærer. Få av retningslinjene omtaler hvordan kvalitetssikring av tolk skal foregå i praksis.

Retningslinjene gir varierende veiledning om bruk av barn som tolk, tolkeskikk, habilitet og avvik

De fleste av helseforetakenes retningslinjer omtaler bruk av barn som tolk, men kun 26 av de kommunale retningslinjene, i tillegg til en enhetsspesifikk retningslinje, gjør det. Om lag en tredjedel av kommunenes retningslinjer omtaler god tolkeskikk og tolkens oppgave. Tolkens habilitet omtales i retningslinjene til halvparten av helseforetakene, og i ni av kommunenes retningslinjer. Retningslinjene gir til dels motstridende råd, der noen

anbefaler bytte av tolk ved tolking over tid, mens andre anbefaler å beholde den samme tolken.

Kun én retningslinje (helseforetak) omtaler mulighet for å varsle IMDi ved brudd på god tolkeskikk, taushetsplikt og habilitet. Flere retningslinjer omtaler avviksrapportering, men de fleste er lite konkrete på hva som defineres som avvik.

En del av retningslinjene har linker til eksterne kilder for ytterligere informasjon. Det kan være nyttig, men også tidkrevende å sette seg inn i, og fordrer at helsepersonell må sette av tid og sortere hva slags informasjon som er relevant.

Om lag en tredjedel av retningslinjene vurderes til å være i samsvar med lov og forskrift § 2.

Helseforetakene har noe større andel av retningslinjer som i stor grad er i tråd med forskriften sammenlignet med kommunale retningslinjer.

Noen kommuner har retningslinjer som vi vurderer at stort sett samsvarer med kravene i lov og forskrift. Noen av retningslinjene er klare, tydelige og gir god veiledning. Andre kommuner har ikke retningslinjer, eller har retningslinjer som kun gir instruks i hvordan bestille tolk.

En noe større andel av retningslinjene som gjelder for kommunene er informative sammenlignet med de som gjelder på enhetsnivå. Vår vurdering er at helseforetakenes retningslinjer er mer informative sammenlignet med de kommunale.

Høyere forekomst av retningslinjer i store og mellomstore kommuner

Forekomsten av retningslinjer later til å være noe høyere i store og mellomstore kommuner sammenlignet med små kommuner.

Innholdet er ikke nødvendigvis mer informativt i store enn i små kommuner. Hovedinntrykket er at kvaliteten på retningslinjene ikke henger sammen med kommunestørrelse, men heller er et utslag av tilfeldigheter og/eller enkeltpersoner.

Det ser ut til at organisatorisk plassering kan ha litt betydning for retningslinjenes innhold

Flere av retningslinjene både for kommuner og tjenester inneholder lite informasjon sett opp mot de informative, men en større andel av retningslinjene som gjelder for hele kommunen er informative sammenlignet med dem som kun gjelder for enkelte tjenester.

Når det gjelder helseforetakene, er det drøyt en tredjedel av retningslinjene vi vurderer som informative. Vi vurderer ingen av de tjenestespesifikke retningslinjene i helseforetakene til å være informative i en slik grad at de er i samsvar med forskriften.

Det vi kan si er at det er et forbedringspotensiale på tvers av organisatorisk plassering.

Inntrykket fra kartleggingen er at en del av kommunene mangler oversikt over hvorvidt de har retningslinjer og hvem som har ansvaret for dem.

Helsepersonell har mye erfaring med bestilling og bruk av tolk, men kjenner i liten grad til tolkeloven

Denne kartleggingen bekrefter en del tidligere funn om bruk av tolk i helse- og omsorgssektoren. Dette gjelder spesielt (manglende) bruk av kvalifisert tolk og manglende rutiner for vurdering av tolkenes habilitet. Våre intervjuer med helsepersonell i et utvalg kommuner og helseforetak gir et entydig bilde av at de ikke kjenner til krav om bruk av kvalifisert tolk og hva dette innebærer.

Inntrykket fra intervjuene er at tolk benyttes i ganske stort omfang og at informantene vet hvordan de skal bestille tolk. Ufaglærte tolker benyttes i stor grad, og til en viss grad også familie og venner. Habilitet og kvalifikasjoner sjekkes i liten grad. Kjennskapet til innholdet i den nye tolkeloven er (svært) lav, men informantene har kjennskap til betydningen av tolk og situasjoner som kan utløse behov for tolk fra annen særlovgiving, og fra sentralt og lokalt utviklet informasjons- og veiledningsmateriell.

Bruk av telefontolk er utbredt, noe som forklares med at det er det som er lettest tilgjengelig. Fjerntolkning (lyd/bilde) benyttes av få, først og fremst fordi informantene ikke har kompetanse på å benytte det tekniske utstyret som dette fordrer.

Samlet sett gir informantene uttrykk for at de ønsker mer opplæring og veiledning i hvordan de kan legge til rette for gode tolkesituasjoner, både ved økt bestillerkompetanse og opplæring i samtaler med tolk.

Helsepersonell har varierende kjennskap til eksisterende retningslinjer, og bruk og opplevd nytte er lav

Inntrykket fra intervjuene er at når informantene oppgir at de har 'retningslinjer,' er det i hovedsak bestillingsrutinene de viser til. De benyttes ikke i særlig grad, først og fremst fordi informantene vet hvordan de skal gå frem for å bestille tolk eller fordi det er andre, stort sett merkantilt personale, som bestiller tolk.

Informantene har mindre kjennskap til selve innholdet i retningslinjene og opplever dem ikke som spesielt nyttige og bruker dem lite. Dette forklarer de med at retningslinjene er mangelfulle, kortfattede og med lite informasjon. De er dermed mindre nyttige som veiledningsdokumenter for helsepersonell utover å beskrive hvordan tolk skal bestilles.

Vi finner at resultatene fra vår kartlegging av retningslinjene i stor grad sammenfaller med resultatene av intervjuundersøkelsen. Begge undersøkelser indikerer at det er tilfeller hvor det ikke er utarbeidet retningslinjer, eller at informantene ikke kjenner retningslinjer som gjelder for deres virksomhet. Der hvor det er utarbeidet retningslinjer, inneholder de fleste en rutinebeskrivelse for bestilling av tolk, men i mindre grad beskrivelser og veiledning i andre aspekter ved tolkebruk.

Til tross for at en god del retningslinjer omtaler ulike tolkeformer, viser intervjuene at våre informanter i hovedsak benytter telefontolkning. Vi vet ikke om det skyldes føringer om at det primært skal benyttes telefontolk eller andre forhold, men inntrykket er at det først og fremst skyldes etablert praksis, uavhengig av hva eventuelle retningslinjer anbefaler.

Anbefalinger

I rapporten anbefaler vi at Helsedirektoratets reviderte veileder bør beskrive konkret hva retningslinjer bør inneholde av informasjon og veiledning, og nevner eksempler på konkret innhold.

Vi anbefaler også at det utarbeides retningslinjemaler som tjenester og avdelinger kan tilpasse lokale forhold, og som spesifiserer konkrete situasjoner det skal brukes tolk, samtidig som lokal bestillingsinformasjon og lignende kan fylles ut lokalt.

Da det skal føres tilsyn med at lovverket følges når det gjelder bruk av barn som tolk, ansvar for å bruke tolk når det følger av lov, krav om å bruke kvalifisert tolk, krav ved bruk av fjerntolkning og krav om å utarbeide retningslinjer for bestilling og bruk av tolk, må tjenestene både utarbeide systemer for journalføring og rapportering på pliktene som følger av tolkeloven §§ 4 og 6 til 9. Det bør derfor innføres et krav om slik rapportering.

Helsepersonell trenger og ønsker opplæring i tolkeloven og i bruk av tolk. I dagens veileder står det at det er viktig at ansatte får nødvendig opplæring i tolkebruk, og det anbefales at ansatte får kjennskap til rutiner og nødvendige ferdigheter som tolkebruker, inkludert kunnskap om eget ansvar i en tolkemediert samtale, tolkens rolle og retningslinjer for god tolkeskikk. En revidert veileder bør inkludere at det skal gis opplæring til nyansatte, og at arbeidsgivere sørger for at helsepersonell får holdt seg faglig oppdatert. Dette inkluderer opplæring i bruk av skjermtolk. Det bør også være et krav at arbeidsgiver setter av tid, slik at helsepersonell får mulighet til å oppdatere seg.

Helsepersonell i helseforetakene bør gis informasjon om at det er utarbeidet en nasjonal avtale om tolk i akutsituasjoner. Kjennskap til at det finnes et tilbud for akuttolking kan bidra til å øke bruken av tolk også i situasjonene der tolkebehovet er ukjent.

Andre tiltak vi nevner som kan bidra til å øke offentlige virksomheters bruk av kvalifiserte tolker er en forsterket økonomisk innsats med økte budsjetter til tolkeutgifter. Videre kan offentlige virksomheter som har et nokså stort tolkebehov vurdere å etablere interne løsninger for koordinering av tolkeoppdrag.

Dersom kommunen eller helseforetaket vurderer at forholdene ikke ligger til rette for å utvikle oppdragskoordinering i egen regi, bør det vurderes hvordan man kan oppnå økt bruk av kvalifisert tolk innenfor rammen av de løsningene som brukes per i dag. Bruk av anbudsutsetting og rammeavtaler er å foretrekke fremfor løpende ad hoc-bestillinger fra byråer.

1 Innledning

Helsedirektoratet har gitt Proba samfunnanalyse i oppdrag å gjennomføre en kartlegging og analyse av eksisterende retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste. Kartleggingen innebærer å vurdere hvorvidt retningslinjer og rutiner er i samsvar med tolkeloven og tolkeforskriften, spesielt forskriften § 2. Videre innebærer oppdraget å gjennomføre en undersøkelse av helsepersonells erfaringer med, og kunnskap om, tolkebruk i helsetjenestene. I tillegg skulle vi gi anbefalinger om hvilke veiledningstiltak som bør iverksettes for å øke etterlevelsen av tolkelovens krav i helse- og omsorgssektoren.

Formålet med prosjektet er gi en beskrivelse av nåsituasjonen, forbedringspotensialet og behov for tolkebruk hos helsepersonell. Resultatene skal brukes til å oppdatere og implementere Helsedirektoratets veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene, og til å vurdere eventuelle andre aktuelle tiltak for riktig tolkebruk i helse- og omsorgstjenestene.

1.1 Bakgrunn

Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven) trådte i kraft 1.1.2022. Loven regulerer bruk av tolk i offentlig sektor og hovedformålet er, jmfør lovteksten «*å bidra til rettsikkerhet og forsvarlig hjelp og tjeneste for personer som ikke kan kommunisere forsvarlig med offentlige organer uten tolk*», samt bidra til at tolker holder et faglig forsvarlig nivå.

Bakgrunnen for tolkeloven er vedvarende utfordringer knyttet til både underforbruk av tolk og underforbruk av kvalifisert tolk. Med kvalifiserte tolker menes tolker som har gjennomført et eller flere av de offentlige kvalifiseringstilbudene for tolker, slik at de oppfyller kravene for å være oppført i Nasjonalt tolkeregister. Nasjonalt tolkeregister er et offentlig innsynsregister over kvalifiserte tolker i Norge. Underforbruk av tolk innebærer at minoritetsspråklige brukere ikke får tilbud om tolk, til tross for et reelt behov. Underforbruk av kvalifisert tolk innebærer at ufaglærte tolker brukes i stor utstrekning, noe som både har vært tilfelle i helsesektoren og i offentlig sektor sett under ett.

Både underforbruk av tolk og underforbruk av kvalifisert tolk kan gå på bekostning av forsvarlige og likeverdige tjenester. Helsedirektoratet (2011) fremhever i sin veileder at språklige barrierer kan føre til redusert tilgang på helsetjenester og forebyggende helsehjelp, og øke risikoen for feildiagnose og feilbehandling. Det kan øke vanskelighetene hos pasienter med å forstå egen sykdom, og føre til mangelfull oppfølging av anbefalt behandling. Videre kan det føre til unødvendige gjeninnleggelse som har medisinske og økonomiske konsekvenser. I siste instans kan det føre til mindre tilfredshet, økt frustrasjon og utrygghet hos pasienter og pårørende, og svekket tillit til helse- og omsorgspersonell og til helse- og omsorgstjenestene.

Tolkeutvalget (NOU 2014: 8) argumenterte også for at det vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å bruke kvalifisert tolk i større grad enn i dag.

1.2 Problemstillinger og oppdragsforståelse

Helsedirektoratet har ønsket en kartlegging av retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i helsesektoren. Som en del av kartleggingen skulle det også innhentes erfaringer fra helsepersonell med bruk og bestilling av tolk. Et sentralt formål har vært å kartlegge i

hvilken utstrekning enheter i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste har retningslinjer for tolkebruk. Videre har det vært et formål å beskrive en nåsituasjon, som kan brukes som sammenligningsgrunnlag for senere kartlegginger. Resultatene fra kartleggingen skal kunne brukes i Helsedirektoratets arbeid med å oppdatere og implementere en digital veileder om kommunikasjon via tolk i helsesektoren, og til å vurdere ytterligere aktuelle tiltak for å sikre mest mulig riktig tolkebruk i helse- og omsorgstjenestene.

Kartleggingen skulle være landsdekkende, og belyse mulige geografiske forskjeller samt forskjeller ut fra organisatorisk plassering. Helsedirektoratet har ønsket at kartleggingen skulle dekke både helseforetak og ulike kommunale helse- og omsorgstjenester.

I kartleggingen besvarer vi følgende problemstillinger:

1. I hvilken utstrekning har helse- og omsorgstjenester egne retningslinjer for bestilling og bruk av tolk, slik tolkeloven § 9 krever?
2. I hvilken grad er eksisterende retningslinjer i samsvar med tolkeloven og tolkeforskriften, herunder forskriftens § 2?
3. Hvilke erfaringer har helsepersonell med bestilling og bruk av tolk?
 - a. Hvordan forholder helsepersonell seg til rutiner og retningslinjer for bestilling og bruk av tolk?
 - b. I hvilken grad har helsepersonell kunnskap og kompetanse om bestilling og bruk av tolk?
4. I hvilken grad er det regionale forskjeller mellom helse- og omsorgstjenester, med hensyn til forekomst og innhold i retningslinjer?
 - a. I hvilken grad ser vi regionale forskjeller i helsepersonells erfaringer og kompetanse med bestilling og bruk av tolk?
5. I hvilken grad er det variasjon i forekomst og innhold i retningslinjer ut fra helse og omsorgstjenesters organisatoriske plassering?
 - a. I hvilken grad er det forskjeller i helsepersonells erfaringer og kompetanse ut fra helse- og omsorgstjenester organisatoriske plassering?
6. Hvilke veiledningstiltak og andre tiltak fra Helsedirektoratets side – eller fra andre myndighetsorganer i sentralforvaltningen – bør iverksettes for å øke etterlevelsen av tolkelovens krav i den norske helse- og omsorgssektoren?

Oppdraget er avgrenset til kartlegging av retningslinjer for taletolk, og omfatter dermed ikke tolking for døve, hørselshemmede og døvblinde.

Prosjektet har bestått av en kartlegging og analyse av retningslinjer for bestilling og bruk av tolk. Formålet er å gi en vurdering av utbredelse av retningslinjer, og vurdere hvorvidt eksisterende retningslinjer er i samsvar med tolkeloven og tolkeforskriften. Videre har vi gjennomført en undersøkelse om helsepersonells kunnskap om, og bruk av, tolk. Vi har blant annet undersøkt om og eventuelt hvordan retningslinjer blir tatt i bruk og fungerer i praksis, på «bakkenivå».

Retningslinjer vil fungere best dersom helsepersonell har god kunnskap og kompetanse om bestilling og bruk av tolk. Dersom retningslinjer blir gjort godt kjent blant personell, kan dette i seg selv bidra til å øke kunnskap og kompetanse om bruk av tolk. Dersom dette suppleres videre med opplæring og kompetanseheving i en eller annen form, enten i egen regi eller i regi av IMDi, vil sannsynligheten for en god praksis øke ytterligere.

Problemstillingene 1-5 utgjør en analyse av nåsituasjonen i sektoren. Det er en nullpunktmåling som etterfølgende kartlegginger skal kunne måles opp mot. I tillegg har det en viktig del av oppdraget vært å vurdere forbedringspotensialet ut fra nåsituasjonen.

1.2.1 Nærmere om kartlegging av retningslinjer

Ut fra problemstilling 2 skal vi vurdere hvorvidt retningslinjene til kommuner og helseforetak er i samsvar med tolkeforskriften § 2, som er hjemlet i tolkeloven § 9. I § 2 heter det at retningslinjer for bestilling og bruk av tolk minst skal inneholde rutiner for bestilling av tolk, en angivelse av situasjoner der det foreligger plikt til å bruke tolk etter tolkeloven § 6 første ledd og veiledning i bruk av tolk og fjerntolking.

Det finnes ingen oppdatert veileder for hvordan bestemmelsene i tolkeloven og tolkeloven skal forstås og anvendes i helsesektoren, men IMDi har utarbeidet generelt veiledningsmateriale.¹ Når det gjelder det som omtales som krav i loven, står det blant annet at retningslinjen skal inneholde veiledning i bruk av tolk og fjerntolking. Vi forstår veiledning i bruk av tolk til å omfatte noe mer enn kun veiledning i digital eller fysisk tilrettelegging av en tolkemediert samtale. Etter innspill fra referansegruppa har vi valgt å forstå krav til veiledning i bruk av tolk slik at det bør omtale tolkeloven § 14 om god tolkeskikk og forskrift § 4 om tolkens oppgave. Videre har vi undersøkt hvorvidt retningslinjene også omhandler kravene som stilles i tolkeloven §§ 4, 6-9, 14, 16 og 19, da også disse omhandler bruk av tolk. Dette er i hovedsak de bestemmelsene som er henvisning til eller gjengitt i IMDis veileder.² Vi har kartlagt hvorvidt innholdet i disse omtales, og hvorvidt det som omtales samsvarer med lov.

Disse paragrafene omfatter en rekke enkeltbestemmelser eller -krav. For eksempel heter det i § 6 at det i vurderingen av om bruk av tolk er nødvendig, blant annet skal legges vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter. Det er med andre ord flere krav som stilles: Rettssikkerhet, forsvarlig hjelp og tjeneste, forsvarlig kommunikasjon, samt alvorlighetsgrad. Også andre paragrafer inneholder flere krav.

I vår kartlegging av retningslinjedokumenter har vi vurdert hvorvidt de omtaler en rutine for bestilling av tolk, angir situasjoner der det foreligger plikt til å bruke tolk etter tolkeloven § 6 første ledd, veileder i bruk av tolk og fjerntolking og oppgir situasjoner det bør brukes tolk. Vi har også vurdert hvorvidt de beskriver konkrete eksempler på situasjoner.

Resultatene av denne kartleggingen gjennomgås i kapittel 3. Lovkravene er her gruppert tematisk, og vi gjør avslutningsvis samlede vurderinger av lovoppyllelse der det er hensiktsmessig.

1.2.2 Nærmere om bruk av tolk i kommuner og helseforetak

Offentlige virksomheter har ulike løsninger for hvordan de bestiller og betaler for tolketjenester. Overordnet finnes det tre hovedformer: via private tolkeformidlere,

¹ For eksempel *Retningslinjer for bestilling og bruk av tolk*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/tolk/retningslinjer-for-bestilling-og-bruk-av-tolk/> og *Hvordan lage egne retningslinjer for bruk av tolk i din virksomhet*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/tolk/hvordan-lage-retningslinjer-for-bruk-av-tolk-i-din-virksomhet/>.

² *Hvordan lage egne retningslinjer for bruk av tolk i din virksomhet*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/tolk/hvordan-lage-retningslinjer-for-bruk-av-tolk-i-din-virksomhet/>.

gjennom egen regi, eller direkte fra tolken (Proba 2022). Innen helsesektoren skaffes også tolk på ulike måter, og det kan heller ikke tas for gitt at bestilling skjer på en enhetlig måte innenfor den enkelte enheten. Helsepersonell vil dermed kunne ha behov for en tydelig instruks for hvordan tolker skal bestilles – for eksempel gjennom skriftlige retningslinjer.

En stor andel av tolkemarkedet reguleres gjennom anbudskonkurranser, der offentlige virksomheter inngår rammeavtaler med private tolkeformidlere om tolketjenester innenfor en gitt tidsperiode. Mange kommuner har en slik rammeavtale, enten på egenhånd eller som et samarbeid mellom flere kommuner. Sykehusinnkjøp HF inngår rammeavtaler på vegne av de regionale helseforetakene og deres underliggende enheter. I 2021 ble det inngått separate rammeavtaler for de fire regionale helseforetakene, i tillegg til en egen rammeavtale for akutte tolkeoppdrag.

Tolkesentralen ved OUS er et eksempel på en offentlig virksomhet som koordinerer tolkeoppdrag i egen regi. Tolkesentralen ble etablert i 2014 og dekker i dag oppdrag ved OUS, Ahus og Sunnaas sykehus. Tolkesentralen har om lag 15 ansatte som jobber med å koordinere tolkeoppdrag, og har bygget opp en egen katalog med tilknyttede tolker. Tolkesentralen rekrutterer nesten utelukkende kvalifiserte tolker, som også skal ha kompetanse på tolking i helsesektoren.

Et annet eksempel på koordinering av tolkeoppdrag i offentlig regi er kommunale tolkeformidlere. Per 2020 var IMDi kjent med åtte kommunale tolkeformidlere, hvorav noen er samarbeid mellom flere kommuner.³

Det er videre ikke uvanlig at tolker bestilles på ad hoc-basis. Dette kan enten være direkte fra tolken, eller via en privat tolkeformidler. Ad hoc-bestillinger kan for eksempel forekomme som resultat av at man ikke er kjent med noen bestemt rutine for bestilling av tolk, eller som reserveløsning dersom man ikke lykkes med å skaffe tolk gjennom etablerte kanaler. I andre tilfeller skjer ad hoc-bestillinger direkte fra tolken fordi man har gode erfaringer med den konkrete tolken (Proba 2022).

Ulike avtaler for anskaffelser av tolketjenester legger premisser for hvordan den enkelte ansatte skal skaffe tolker til sine pasientkonsultasjoner. Mangel på tydelig og enhetlig praksis vil kunne føre til dårligere kvalitet på tolketjenestene, som i sin tur kan gi dårligere kvalitet på helsetjenestene.

I tillegg til at det er ulik praksis for hvordan helseinstanser og kommuner skaffer til veie tolketjenester, er det ulik praksis når det gjelder hvem som faktisk bestiller de enkelte oppdragene. I noen tilfeller vil det være helse- og omsorgspersonell som selv bestiller tolkeoppdraget, i andre tilfeller vil denne oppgaven delegeres til administrativt ansatte. Dette kan bidra til at helsepersonell sitter på ulik kunnskap og erfaring om tolkebruk. Dette igjen kan føre til manglende kvalitetssikring av de enkelte tolkeoppdragene, noe som vil ramme pasientene. Oppdaterte og godt implementerte retningslinjer vil ha en tydelig funksjon i å motvirke dette.

Kjennskap til hvordan man skal bestille tolk er ikke tilstrekkelig for å ivareta kvaliteten i den tolkemediere samtalen. Kunnskap om når det bør benyttes tolk, om krav til å bruke kvalifiserte tolker, og om hvordan man kan legge til rette for at tolken kan gjennomføre

³ Andre innkjøpsmetoder. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/tolk/veileder-for-offentlige-anskaffelser-av-tolketjenester/andre-innkjopsmetoder/>.

oppdraget på best mulig måte, er eksempler på faktorer som skal sørge for kvalitet i bruk av tolk.

1.2.3 Nullpunktsmåling

Dette prosjektet skal utgjøre en nullpunktsmåling som gjøre det mulig å identifisere endringer ved et senere tidspunkt. En nullpunktsmåling innebærer å måle tilstanden på et område før et tiltak iverksettes, slik at man på et senere tidspunkt kan vurdere effekten av tiltaket. Ofte vurderes effekten på basis av noen utvalgte indikatorer som reflekterer endring på punkter som anses som viktige eller relevante for målsetningene for tiltaket. For å kunne fange opp endringer på en etterprøvbart og pålitelig måte, bør nullpunktsmålingen gjennomføres på samme måte, eller så likt som mulig, på et senere stadium.⁴

Nullpunktsmålingen i dette prosjektet utføres ikke ved et nullpunkt i bokstavelig forstand, først og fremst fordi det har vært lovkrav til bruk av tolk i offentlig forvaltning også før tolkeloven ble rettskraftig. Videre gjennomføres nullpunktsmålingen noe tid etter at loven ble rettskraftig, slik at endringer som følge av loven kan ha skjedd allerede. Imidlertid gjennomføres ikke nullpunktsmålingen som ledd i en evaluering av tolkeloven. Helsedirektoratet har imidlertid planlagt å publisere en oppdatert veileder om bestilling og bruk av tolk i nær fremtid, og det kan bli aktuelt å innføre supplerende tiltak for å heve kvaliteten på tolkebruken i sektoren. Dermed kan nullpunktsmålingen tjene som et grunnlag for å undersøke om veilederen og eventuelt supplerende tiltak, har bidratt til ønskede endringer ved et senere tidspunkt.

De viktigste indikatorene i dette prosjektet er andel kommuner og helseforetak som har utarbeidet retningslinjer, og hva retningslinjene omtaler av de ulike lovkravene. Disse indikatorene vil være kvantitativt uttrykt og basert på kartlegging av retningslinjer.

De kvalitative intervjuene gir kontekst og supplerende informasjon til funn og resultater fra spørreundersøkelsen, og vil slik sett også utgjøre en del av datagrunnlaget for nullpunktsmålingen.

1.2.4 Leseveiledning

Rapporten er bygget opp på følgende måte:

I kapittel 2 presenterer vi foreliggende kunnskap om bruk av tolk i helsesektoren. Kapitlet presenterer også bestemmelser i tolkeloven og i relevant særlovgivning som legger føringer for bruk av tolk.

I kapittel 3 presenterer vi metodene vi har brukt i datainnsamlingen.

I kapittel 4 presenterer vi resultatene fra gjennomgangen av innsendte retningslinjer fra kommuner. Vi viser hva retningslinjene inneholder av omtale når det gjelder bestilling og bruk av tolk, plikt til å bruke tolk og veiledning i bruk av tolk og fjerntolk.

I kapittel 5 presenterer vi resultatene fra gjennomgangen av innsendte retningslinjer fra helseforetak. Vi viser hva retningslinjene inneholder av omtale når det gjelder bestilling for bruk av tolk, plikt til å bruke tolk og veiledning i bruk av tolk og fjerntolk.

⁴ Planlegge gevinstrealiseringen. DFØ. Hentet 19. august 2022 fra <https://dfo.no/fagomrader/gevinstrealisering/planlegge-gevinstrealiseringen>

I kapittel 6 presenterer vi resultatene fra intervjuundersøkelsen i kommuner og helseforetak. Kapitlet sammenfatter informantenes erfaringer med bestilling og bruk av tolk, og hvordan de forholder seg til eventuelle retningslinjer for dette.

I kapittel 7 sammenfatter vi hovedfunn og det kartleggingen har vist med hensyn til regionale forskjeller, og med hensyn til forskjeller ut fra ulik organisatorisk plassering i helsesektoren.

I kapittel 8 oppsummerer vi hovedutfordringene, og presenterer våre anbefalinger.

2 Tolking i helsesektoren

2.1 Kort kunnskapsstatus om bestilling og bruk av tolk i helsesektoren

Det er tidligere anslått at mer enn halvparten av alle tolkeoppdrag i offentlig sektor er oppdrag i helsesektoren. Målt i antall oppdrag er kommunehelsetjenesten den største tolkebrukeren, etterfulgt av spesialisthelsetjenesten som nummer to (Agenda Kaupang og Oslo Economics 2018).

Videre lider helsesektoren av et underforbruk av tolk, og for lite bruk av kvalifisert tolk. Agenda Kaupang og Oslo Economics (2018) har anslått et underforbruk på 36 prosent, som innebærer situasjoner hvor kommunen ikke bruker tolk selv om det er nødvendig. I spesialisthelsetjenesten ble underforbruket beregnet til å være 23 prosent.

Helsesektoren bruker i stor utstrekning ufaglærte tolker. I 2017 ble om lag 70 prosent av oppdragene i kommunehelsetjenesten dekket av ufaglærte tolker, noe som var høyere enn i andre kartlagte sektorer. Agenda Kaupang og Oslo Economics (2018) setter dette i sammenheng med at kommunale tolkebestillerne i stor grad benytter seg av private tolkeformidlingsbyråer, hvor en stor andel av tolkene ikke er kvalifisert. I spesialisthelsetjenesten ble om lag 55 prosent av oppdragene dekket med ufaglærte tolker samme år (Agenda Kaupang og Oslo Economics 2018).

Ifølge Agenda Kaupang og Oslo Economics (2018) er tolkebruken i kommunale helse- og omsorgstilbud i mindre grad blitt kartlagt sammenlignet med andre sektorer. I deres sammenstilling, basert på informantutsagn og statistikk (blant annet TNS Gallups undersøkelse for Helsedirektoratet 2013), er det i kommunal sektor hyppigst bruk av tolk hos fastleger og helsestasjoner, i tillegg til egne tiltak knyttet til flyktninghelse. Legevakter bruker tolk i mindre grad, noe som forklares med at konsultasjonene gjerne oppstår i forbindelse med uforutsette og akutte hendelser. Rus og psykisk helse bruker noe tolk. Fysioterapi, tannhelse og andre avtalespesialiter bruker noe tolk. Pleie og omsorgstjenester for eldre bruker tolk i svært liten grad.

NOU (2014: 8) om tolking i offentlig sektor viser til flere undersøkelser som viser manglende bruk av tolk i helsesektoren. Blant annet bruker helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Oslo i flere sammenhenger familie og venner som oversettere, eller de kommuniserer med pasienten så godt som mulig på et mangelfullt språk (Kale 2006; Danielsen, Engebretsen og Finvold 2011).

Flere helsestasjoner informerer ikke om retten til tolk, avklarer ikke behovet for tolk, bruker pårørende og venner som tolk og journalfører ikke alltid bruk av tolk (Helsetilsynet 2014). Helsepersonell og pasienter har videre ulik forståelse av når tolk må benyttes, og helsepersonell overvurderer pasientenes norskferdigheter, spesielt når pasienten snakker litt norsk (Le 2013). Videre var det mangelfulle rutiner for samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene om behov for tolk. Fastlegene underkommuniserte behovet for tolk ved henvisning av pasienter. Pasienter opplevde at verken fastlegene eller spesialisthelsetjenesten orienterte dem om tolketjenester.

NOU 2014: 8 viser også til en eldre studie for Folkehelseinstituttet som viste at kvinner fra ikke-vestlige land som føder i Norge har dobbelt så mange dødfødsler som andre

kvinner, og at dette kan knyttes til kommunikasjonsproblemer fordi helsepersonell ikke bestiller tolk (Saastad, Vangen og Frøen 2007).

Videre viser NOU 2014: 8 til et pasientombud som formidlet helsepersonells opplevelse av at ledere ønsket å spare utgifter til tolk (Jareg 2014), noe som fører til underforbruk.

2.2 Nærmere om tolkeloven

Med tolkeloven § 6 får offentlige organer en tydeligere plikt til å bruke tolk. Plikten gjelder når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet, når det er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste, og ellers når annen særlovgivning tilsier en plikt til å bruke tolk. Paragrafen har også et andre ledd, som oppfordrer offentlige organer til å vurdere å bruke tolk også i andre tilfeller, når kriteriene i paragrafens første ledd ikke er oppfylt.

Med lovens § 7 får offentlige organer en plikt til å bruke kvalifisert tolk når det foreligger en plikt til å bruke tolk etter § 6. I følge loven kan kravet om å bruke kvalifiserte tolker kun fravikes når det ikke er forsvarlig å vente til en kvalifisert tolk er tilgjengelig, eller når det finnes tilsvarende «sterke grunner». Det er lagt inn en dispensasjon fra kravet om å bruke kvalifisert tolk frem til 1.1.2027. Ved å innføre kravet sammen med en dispensasjonsbestemmelse, ønsker myndighetene å stimulere offentlige virksomheter til å forbedre sin praksis i løpet av en overgangsperiode, slik at man vil være i stand til å innfri kravet når dispensasjonstiden utløper. Per i dag gjennomføres en stor andel av tolkeoppdrag med ufaglært tolk.

Med tolkeloven § 9 får offentlige organer som jevnlig bruker tolk, en plikt til å ha egne retningslinjer for bruk av tolk. Med «jevnlig» menes at virksomheten bestiller mer enn omtrent 50 tolkeoppdrag i året (Prop. 156 L (2020-2021)). Retningslinjene skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.

I forskrift til tolkeloven § 2 er det spesifisert at retningslinjene som et minimum skal inneholde:

- Rutiner for bestilling av tolk
- En angivelse av situasjoner der det skal brukes tolk etter § 6, første ledd
- Veiledning i bruk av fremmøtetolk
- Veiledning i bruk av fjerntolking

I tillegg bør retningslinjene inneholde en angivelse av situasjoner der det er behov for tolk etter tolkeloven § 6, andre ledd.

2.3 Andre aktuelle lover for helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgssektoren har forholdt seg til tolkebruk lenge før tolkelovens inntreden. Helsedirektoratets gjeldende veileder om kommunikasjon via tolk (2011) gjennomgår særlovgivning for helse- og omsorgssektoren. Særlovgivning som gjelder for helse- og omsorgssektoren omtaler ikke eksplisitt bruk av tolk, bortsett fra i forskrift om fastlegeordning i kommunene der det i § 28 står at fastleger skal benytte tolk ved behov, og at fastlegen må opplyse om behov for tolk ved videre henvisninger til spesialisthelsetjenesten eller andre kommunale tjenesteytere.

Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasienter har rett til medvirkning og informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (§§ 3-1, 3-2, 3-3 og 3-4).

Den omtaler også at helsehjelp skal være basert på informert samtykke (§ 4-1), og at informasjonen som gis skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (§ 3-5). Pasienten har videre rett til innsyn i egen journal (§ 5-1). Videre har Helsedirektoratet utarbeidet et rundskriv om pasient- og brukerrettighetsloven, der behovet for tolk omtales under § 3-1, § 3-2 og § 3-5. Disse paragrafene omhandler pasientens rett til medvirkning og informasjon, og at informasjonen skal tilpasses mottakeren.

Helsepersonelloven pålegger den som yter helsehjelp en plikt til å gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (§ 10). I henhold til Helsepersonelloven skal helsepersonell yte forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp (§ 4).

Spesialisthelsetjenesteloven slår fast at helsetjenester skal være forsvarlige (§ 2-2). Helseinstitusjoner skal videreformidle informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ivareta sine rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven, inkludert nødvendig helsehjelp.

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å sørge for at personer i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (§ 3-1) og skal gi informasjon som pasienter og brukere har rett til etter pasient og brukerrettighetsloven. Pasienten skal få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og helsehjelp, og informeres om risikoer og bivirkninger.

I tillegg har Sameloven relevans for helse- og omsorgstjenesten, da samiske pasienter har rett til å bli betjent på samisk i kontakt med offentlige helseinstitusjoner i gjeldende forvaltningsområder (sameloven § 3-5 og helseforetaksloven § 35, 3 ledd).

Forvaltningsloven gir myndigheter en veiledningsplikt (§ 11) og en sak skal være utredet så godt som mulig før vedtak (§ 17).

For å innfri pasienters rettigheter, og oppfylle helsepersonells plikter som omtalt i forvaltningsloven og særlovene, kan helsepersonell være pliktige til å bruke tolk.

2.4 Formålet med virksomhetenes retningslinjer for bruk av tolk

Et overordnet formål med å ha retningslinjer på enhetsnivå er å redusere underforbruk av tolk og øke bruken av kvalifisert tolk, for slik å redusere risikoene som følger av mangelfull kommunikasjon med brukerne. Ved å innføre kravet om retningslinjer ønsker myndighetene å sørge for at bruk av tolk blir en integrert del av oppgaveløsningen ved den enkelte enhet. Retningslinjer har videre til hensikt å øke bevisstheten om når plikten til å bruke tolk inntreffer, samt å sikre gode rutiner for bestilling, kvalitetssikring, bruk og oppfølging av tolker (Prop. L 156 (2020-2021)).

I egenskap av å være nasjonal fagmyndighet for tolking i offentlig sektor har IMDi utarbeidet flere ulike ressurser som skal være til hjelp ved anskaffelse, bestilling og bruk av tolketjenester. Av særlig interesse har IMDi laget en veileder for offentlige organer

som skal etablere egne retningslinjer for bestilling og bruk av tolk.⁵ Denne tar utgangspunkt i tolkeforskriften § 2, og gir råd om hvordan dette kan gjøres i praksis.

Blant annet står det at retningslinjer bør angi situasjoner det foreligger plikt til å bruke tolk, og for å sikre forsvarlige tjenester bør fagpersoner vurdere hvorvidt det er felles språk, og om det er tematikk som kan falle inn under likeverd og rettsikkerhet eller andre temaer som faller inn under lovens virkeområde. De anbefaler å oppgi konkrete situasjoner der det alltid skal brukes tolk, og nevner som eksempler blant annet møter og utviklingssamtaler.

Videre anbefaler myndighetene at retningslinjene omtaler hvem som kan og ikke kan brukes som tolker. Tolker som ikke skal brukes er tospråklige kollegaer, barn, ektefeller, familier eller venner. Det skal benyttes kvalifisert tolk, og i situasjoner der det ikke er mulig må personen som tolker være myndig, habil, personlig egnet og ellers opptre i samsvar med god tolkeskikk.

I følge IMDIs veileder bør retningslinjene inneholde informasjon om hvor man bestiller tolk fra. I bestillingen bør tolken få beskjed om språk og dialekt, tema og mål for møtet og antall deltakere. Tolken bør også få informasjon om hvem som skal delta og hvem det skal tolkes for slik at habilitet kan avklares. I veilederen anbefales også tolkebestiller å sette av tilstrekkelig tid.

Videre anbefaler IMDi at det i de fleste situasjoner brukes fremmøtetolk fremfor skjermtolk og telefontolk. Fremmøtetolk krever ikke teknisk tilrettelegging, gir tolken de beste arbeidsforholdene og gjør det mulig å fange opp ikke-verbale signaler. Ulempen er at det ikke er mulig å skaffe fremmøtetolk. Skjermtolking presenteres som et godt alternativ. Det øker tilgangen på kvalifiserte tolker, men forutsetter opplæring og at teknikken virker. Telefontolking presenteres som et alternativ når de to andre alternativene ikke er mulig, og i enkle og korte samtaler med liten risiko for misforståelser – og der eventuelle misforståelser har små konsekvenser. De gir råd om gjennomføring og tekniske løsninger ved de ulike formene.

IMDi gir også veiledning i hva som er viktig å påse under samtalen. Veilederen påpeker hvilket ansvar tolken har, og vektlegger god tolkeskikk. Tolkebruker har også et ansvar for å bidra til tolkingens kvalitet, og bør blant annet henvende seg til samtaleparten og ikke tolken, bruke et tydelig og klart språk, la tolken få ordet når tolken trenger det, og stille kontrollspørsmål.

Veilederen sier også at tolkens identitet bør kontrolleres før samtalen. IMDi anbefaler videre å ha et internt avvikssystem og nevner eksempler på avvik som bør rapporteres.

Det har vært utarbeidet sektorvise retningslinjer lenge før innføringen av tolkeloven. På sektornivå utarbeidet Helsedirektoratet i 2011 *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Dette ble gjort for å klargjøre rutiner for ansvar, vurdering, bestilling, bruk og betaling av tolketjenester. Helsedirektoratets veileder omtaler blant annet:

- viktigheten av å kommunisere godt via tolk og mulige konsekvenser ved manglende tolkebruk
- tolkens rolle og ansvarsområde

⁵Hvordan lage retningslinjer for bruk av tolk i din virksomhet. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/tolk/hvordan-lage-retningslinjer-for-bruk-av-tolk-i-din-virksomhet/>. IMDi har også utviklet en retningslinje for offentlige organer som sjeldent bruker tolk: *Retningslinjer for bestilling og bruk av tolk*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/tolk/retningslinjer-for-bestilling-og-bruk-av-tolk/>.

- hvem som ikke skal brukes som tolk
- hvordan helsepersonell går frem for å skaffe kvalifisert tolk
- hva helsepersonell bør be om ved bestilling
- hvordan gjennomføre en tolket samtale
- fjerntolking via skjerm og telefon
- tilbakemelding på tolketjenester og hvem helsepersonell kan gi dette til
- viktigheten av opplæring i bruk av tolk for helse- og omsorgspersonell

Denne er for tiden under oppdatering og digitalisering, for å være i tråd med tolkeloven.

3 Metode og datakilder

For å belyse og besvare problemstillingene i prosjektet har vi benyttet flere metoder, hvor de viktigste er dokumentanalyse og intervjuer. Vi har innhentet og analysert retningslinjer for bruk og bestilling av tolk i et utvalg helseforetak og i helse- og omsorgstjenester i et utvalg kommuner. Videre har vi gjennomført intervjuer helsepersonell i tre kommuner og tre helseforetak.

I det følgende redegjør vi nærmere for de ulike datakildene.

3.1 Dokumenter

Dokumentanalysen er i hovedsak basert på gjennomgang av retningslinjer for bruk av tolk i kommuner og helseforetak. Datagrunnlag og analyse av retningslinjer er nærmere redegjort for i avsnitt 3.1.1.

I tillegg har vi gjennomgått relevant utredning, forskning, lovverk og veiledningsmateriale, omtalt i kapittel 2. Målsettingen med denne gjennomgangen har vært å styrke kunnskapsgrunnlaget for kartleggingen.

3.1.1 Valg av metode for innsamling av retningslinjer i kommuner og helseforetak

Målsettingen med kartleggingen er:

- 1) å få kunnskap om hvorvidt det er utarbeidet retningslinjer i kommunale og statlige helse- og omsorgstjenester,
- 2) å få kunnskap om hva retningslinjene inneholder av informasjon
- 3) å kunne vurdere hvorvidt de eksisterende retningslinjene er i overenstemmelse med tolkeloven og forskrift § 2.

I valg av metode for innsamling av retningslinjer tok vi utgangspunkt i hvilke organer som etter tolkelovens § 9 har ansvar for å oppfylle plikten til å utarbeide retningslinjer. Ifølge tolkeloven § 2 skal organer som omfattes av forvaltningsloven regnes som «offentlig organ» etter tolkeloven. Kommunale, fylkeskommunale og statlige organer omfattes av loven. Private virksomheter regnes som et offentlig organ i saker hvor det treffes enkeltvedtak eller utføres tjenester på vegne av et offentlig organ. (Prop. 156 L (2020-2021)). Fastlegenes plikt til å bruke tolk er direkte regulert i § 28 i forskrift om fastlegeordning i kommunene. Fastlegene har oftest driftsavtaler med kommunene.

Etter helseforetaksloven er det de regionale helseforetakene og helseforetakene som disse eier, som er juridisk ansvarlig i spesialisthelsetjenesten, men det er 20 helseforetak som omfattes av tolkelovens krav. Vi rettet derfor henvendelsen til alle disse helseforetakene da vi ba om å få tilsendt retningslinjer.

Når det gjelder ansvar for retningslinjer på kommunalt nivå har vi vurdert det som mest hensiktsmessig å rette henvendelsen om retningslinjer til samtlige kommuner.

Vi vurderte det ikke som hensiktsmessig å sende ut en spørreundersøkelse der helseinstitusjoner selv skulle vurdere hvorvidt retningslinjene var i overenstemmelse med tolkeloven og forskrift. Vi ba derfor om å få tilsendt retningslinjene, og har selv gjennomført analyse av dokumentene ut fra bestemte kriterier.

Vår vurdering var at det ville være en svært krevende oppgave å skaffe til veie e-post-adresser til alle helse- og omsorgstjenester i kommuner og spesialisthelsetjenester

innenfor rammene av dette oppdraget. Videre vurderte vi det ikke som realistisk eller gjennomførbart å be kommunenes postmottak om å videresende vår henvendelse til samtlige kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert private med kommunal avtale. Ei heller at helseforetakenes postmottak skulle videresende til alle underavdelinger, enheter og poster. En slik tilnærming kunne også ført til at vi fikk inn et svært stort antall eposter med vedlegg som måtte gjennomgås, noe vi vurderte som u hensiktsmessig.

Innledningsvis i prosjektet kontaktet vi et par kommuner for å finne frem til riktige mottakere for en henvendelse om å få tilsendt retningslinjer. Vi forhørte oss også med referansegruppen. Vi fant ikke at ansvaret for slike retningslinjer er tydelig plassert hos en bestemt instans. Med innspill fra referansegruppen og i dialog med oppdragsgiver landet vi på valg av tilnærming og utforming av henvendelsen ved å be kommunenes postmottak om å videresende e-posthenvendelsen til kommuneoverleger og innkjøpsavdeling, og helseforetakenes postmottak om å videresende til tolkefaglig koordinator og innkjøpsavdeling i helseforetakene. Vi antok disse funksjonene til sammen kunne gi oss en oversikt over overordnede og tjenestespesifikke retningslinjer hvis slike forelå, og om det ikke var utarbeidet retningslinjer.

E-postsvarene vi har fått har kommet fra blant annet helseledelse, kommunalledelse og ledere for integreringsarbeid, flyktningetjeneste og NAV, rådgivere, fagleder og fastleger, i tillegg til kommuneoverleger og innkjøpsrådgivere. Det tyder på at henvendelsen har blitt videresendt internt i kommunene. I forbindelse med innhenting av retningslinjene har vi hatt dialog med en rekke kommuner og helseforetak. Inntrykket fra denne dialogen er at en del av kommunene mangler oversikt over hvorvidt de har retningslinjer og hvem som har ansvaret for dem.

Vi mener at den valgte metoden har gitt oss godt innblikk i innholdet i en del retningslinjer på kommunenivå og en del som gjelder spesifikt for helse- og omsorgstjenester. Vi har fått innsikt i hvordan retningslinjer er utformet, enten det er på overordnet eller enhetsnivå, og som helsepersonell skal få veiledning fra og forholde seg til. Dette igjen kan belyse forbedringspotensiale i eksisterende retningslinjer som kan være veiledende for helsepersonell.

Innsamling av dokumenter

I samråd med Helsedirektoratet ble e-posthenvendelsen sendt ut via Helsedirektoratets e-post. Den ble sendt til samtlige kommuner og 20 helseforetak. Respondentene ble bedt om å sende svarene direkte til Proba. Noen svar ble likevel sendt til Helsedirektoratet, og disse ble da videresendt fra Helsedirektoratet til oss.

I e-posthenvendelsen omtalte vi formålet med prosjektet og ba respondentene om å

1. sende oss kommunens/helseforetakets retningslinjer for bestilling og bruk av tolk
2. sende oss enheters (klinikker, avdelinger) egne retningslinjer hvis det er utarbeidet slike
3. oppgi i e-postsvaret hvis det ikke finnes spesifikke retningslinjer, eller respondenten ikke har kjennskap til dette.

Vurdering av datamaterialet

Vi har mottatt svar fra 13 helseforetak. En av retningslinjene var gjeldende for ytterligere et helseforetak. Vi har dermed informasjon om 14 helseforetak.

Vi har mottatt svar fra til sammen 107 kommuner. Noen av respondentene bekreftet at deres retningslinjer også var gjeldende for andre kommuner på grunn av interkommunalt (tolke-)samarbeid. Totalt har vi derfor fått informasjon om 119 kommuner.

Kun for 90 av disse kommunene har vi fått bekreftet eller avkreftet at de har skriftlige retningslinjer. Tallet inkluderer kommuner som inngår i (tolke-)samarbeid med én eller flere kommuner.

De resterende kommunene beskrev en praksis som i hovedsak handlet om fremgangsmåte ved bestilling av tolk. Andre formidlet at de bestilte tolk ved behov og når det følger av lov, og at de har lav terskel for bruk av tolk. Noen oppga at de forholder seg til IMDis eller Helsedirektoratets veiledere. Videre svarte noen på vegne av NAV, flyktningetjenesten og sosialtjenesten i kommunene, og viste til retningslinjer som ikke gjelder for hele kommunen eller helse- og omsorgssektoren.

Vi har ikke tatt med disse inn i analysen av retningslinjer. Det skyldes at noen ikke gir informasjon vi kan bruke til å vurdere hvorvidt retningslinjene er i tråd med lovverk. Det går heller ikke frem hvorvidt rutinene som beskrives er muntlige og basert på en fortolkning av praksis, eller om de er skriftlige. Vi har heller ikke innlemmet retningslinjer som ikke enten gjelder for hele kommunen, eller enkelte tjenester som hører inn under helse- eller omsorgssektoren. Dette med mindre det spesifikt går frem av e-posten at den også gjelder hele kommunen eller helse- og omsorgssektoren.

Andre stilte spørsmål om e-posthenvendelsens berettigelse eller oppga at de ikke var riktig mottaker, eller la ved andre dokumenter som anbudsdokumenter med tolkeleverandører. Fordi formålet er å vurdere retningslinjer for helsepersonell, har vi heller ikke analysert dokumenter som ikke er tilgjengelige for helsepersonell, slik som anbudsdokumenter.

Totalt har vi gjennomgått 133 e-poster og 151 dokumenter/vedlegg. Kommuner og helseforetak har sendt inn ulike typer dokumenter og vedlegg i tillegg til informasjon i e-postbesvarelsene. Dokumentene er alt fra lengre retningslinjedokumenter som handler om bruk av tolk, utklipp fra kommunale planer, korte prosedyrebeskrivelser for bestilling av tolk eller fakturering, rammeavtaler og konkurransegrunnlag med kravspesifikasjoner, og skjermdumper fra intranettsider.

Noen av dokumentene gjelder for alle offentlig kommunalt ansatte, inkludert private leverandører som leverer tjenester på vegne av det offentlige, slik som fastleger. Andre dokumenter gjelder kun for enkelte tjenester eller avdelinger, slik som helsestasjoner og legevakt. Noen er også mer overordnet og gjelder for alle familiehelsestjenester eller helse- og omsorgstjenestene i en kommune.

Der respondentene har lagt ved ett eller flere vedlegg, har vi vurdert dette som at de har en retningslinje.

Nærmere om skåring og analyse av datamaterialet

For å kunne analysere dokumentene i lys av lov og forskrift, utarbeidet vi to Excel-ark, ett for kommuner og ett for helseforetak. I Excel-arkene har vi opprettet én rad per kommune/helseforetak (jamfør omtale under 2.1.1). Excel-arkene inneholder kolonner med skår og åpne svarfelt, slik at analysen både kunne kvantifisere og beskrive innhold og nyanser der hvor dokumenter fra samme respondent er ulike og lignende.

I tillegg til skårer som bidrar til analyse ut fra geografisk og regional beliggenhet, omhandler skårene blant annet:

- Svarer respondenten på vegne av flere kommuner

- Meldes respondentene at de har retningslinjer
- Har respondentene sendt inn et eller flere dokumenter som omhandler bruk av tolk
- Når er retningslinjen datert
- Hvem gjelder retningslinjen for innad i kommunen/helseforetaket
- For kommuner: gjelder retningslinjen for helse- og omsorgstjenesten, eventuelt hvilke
- For helseforetak: er det sendt inn avdelingsspesifikke retningslinjer
- Omtaler den
 - En rutine for bestilling av tolk
 - Når det er plikt til å bruke tolk (tolkeloven § 6)
 - Konkrete situasjoner der det bør brukes tolk (forskrift § 2 andre ledd)
 - Gir den veiledning i bruk av tolk
 - bruk av barn som tolk (tolkelov § 4)
 - krav om å bruke kvalifisert tolk (tolkelov § 7)
 - bruk av fremmøtetolking og fjerntolking (tolkelov § 8)
 - om god folkeskikk (tolkelov § 14)
 - tolkens habilitet (tolkelov § 16)
 - varsling (tolkelov § 19)
 - tolkens oppgave (forskrift § 4)

Vår analyse av kartleggingsdata er på kommunenivå og helseforetaksnivå. Imidlertid har vi også vurdert om det er systematiske forskjeller mellom retningslinjene som som gjelder overordnet for kommunen/helseforetaket og de som gjelder for tjenester/avdelinger.

Våre funn fra kartleggingen presenteres på kommunenivå og helseforetaksnivå, på formen: «X antall kommuner/helseforetak har retningslinjer som inneholder omtale av Y». Vi vurderer det slik at det er dette som vil være av interesse for å avgjøre hvilke deler av lovverket som det er størst behov for å innrette ulike tiltak mot.

3.2 Intervjuer i kommuner og helseforetak

Vi har gjennomført en intervjuundersøkelse blant ansatte i tre helseforetak og i tre kommuner (helse- og omsorgstjenester). Formålet med intervjuundersøkelsen har vært å innhente kunnskap om helsepersonells erfaringer med retningslinjer om tolkebruk og erfaringer med å bruke og bestille tolk.

3.2.1 Utvalg og rekruttering

Til intervjuundersøkelsen har vi valgt ut kommuner og helseforetak med ulike kjennetegn. Blant annet har vi lagt vekt på at utvalget skal være variert med tanke på geografisk beliggenhet, sentralitet, befolkningsstørrelse og befolknings sammensetning.

Utvalg kommuner og helseforetak

Kommunene som inngår i undersøkelsen er fra tre ulike landsdeler, har ulik sentralitet og ulik størrelse. Én av kommunene er en storbykommune (> 50 000 innbyggere), én er by-/tettstedskommune (10 000–50 000 innbyggere) og én er liten kommune (5 000-10 000 innbyggere).

Videre har vi unngått kommuner med veldig lav andel innvandrere.⁶ For å sikre at kommunene har en variert innvandrerbefolkning med variert landbakgrunn, har vi sett på SSBs kommunefakta – oversikt over personer med innvandrerbakgrunn. I tillegg har vi inkludert en kommune med en viss andel samisk befolkning.

Likeledes har vi valgt ut helseforetak fra tre ulike landsdeler og med ulik størrelser og organisering. To av helseforetakene omfatter flere sykehus og enkeltinstitusjoner med stor geografisk spredning. Det siste helseforetaket har konsentrert sine avdelinger til en av de større byene.

Utvalg avdelinger og ansattgrupper

I hver kommune og hvert helseforetak har vi gjennomført intervjuer ved 4-5 ulike avdelinger. Avdelingene er valgt ut med tanke å dekke ulike type helsetjenester og avdelinger som jobber med ulike pasientgrupper. Vi måtte gjøre noen justeringer underveis ettersom noen av avdelingene vi hadde planlagt å ha med ikke svarte på vår henvendelse eller takket nei til å delta, blant annet grunnet kapasitet.

Ansattgruppene som inngår i undersøkelsen er valgt ut med tanke på å både inkludere ansatte/helsepersonell som har erfaring med bestilling av tolk, og helsepersonell som har erfaring med bruk av tolk. I en del tilfeller har informantene erfaring med begge deler. Vi har intervjuet både leger, sykepleiere og administrativt ansatte. Alle legene og sykepleierne vi har intervjuet jobber klinisk. Et fåtall hadde også lederfunksjon.

Rekruttering

I kommunene henvendte vi oss til ledere for utvalgte avdelinger per e-post. I henvendelsen informerte vi om prosjektet, rettigheter og hva deltakelse vil innebære. Lederne som var positive til å delta avklarte internt hvem av de ansatte som var aktuelle for å delta i intervju, og videreformidlet kontaktinformasjon til oss.

I helseforetakene rettet vi første henvendelse til tolkefaglig koordinator eller tilsvarende, for å høre om vedkommende kunne være behjelpelig med å rekruttere informanter. I henvendelsen informerte vi om prosjektet, rettigheter og hvilke avdelinger vi ønsket å intervju. I to av helseforetakene sa tolkefaglig koordinator ja til å bistå oss i rekrutteringsprosessen. Dette innebar at de forhørte seg internt om hvilke ansatte som kunne være aktuelle og videreformidlet kontaktinformasjon til oss. I ett av helseforetakene hadde ikke tolkefaglig koordinator anledning til å bistå med rekruttering. I dette tilfellet ringte vi helseforetakets sentralbord og fikk kontaktinformasjon til ledere for aktuelle avdelinger.

Rekrutteringsprosessen var relativt tidkrevende. Blant annet tok det tid å komme i kontakt med de riktige avdelingene/personene og med avdelinger som hadde tid og anledning til å delta. De fleste var positive til å delta, men det var også noen som ikke svarte på vår henvendelse eller som ikke hadde mulighet. Noen videresendte også henvendelsen til andre avdelinger som de tenkte var mer aktuelle. I et par tilfeller opplevde vi at avdelinger i utgangspunktet takket ja til å delta, men avlyste fordi de likevel ikke hadde tid. Dette medførte at vi måtte gjøre noen justeringer underveis av hvilke avdelinger som inngår i undersøkelsen, men mener likevel at utvalget utgjør et godt utgangspunkt for å undersøke erfaringer med bestilling og bruk av tolk i helse- og omsorgstjenester i kommuner og helseforetak.

⁶ For å vurdere dette har vi tatt utgangspunkt i IMDIs statistikk over sammensetningen av befolkningen i ulike kommuner. *Statistikk*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/statistikk/>.

Til sammen har vi gjennomført 29 intervjuer, hvorav 14 i kommuner og 15 i helseforetak. Vi har i hovedsak intervjuet én representant fra hver helsetjeneste, i et fåtall var det to eller tre som deltok fra samme tjeneste. Til sammen har vi intervjuet 33 personer, hvorav 19 jobbet ved helseforetak og 14 jobbet i kommunale helsetjenester. Nedenfor følger en oversikt over hvilke avdelinger/helsetjenester som inngår i undersøkelsen og hvilke ansattkategorier vi har intervjuet:

Tabell 3-1 Informanter kommuner

Tjeneste/profesjon	Sykepleier	Jordmor	Lege	Psykolog	Helsepsykepleier	Psyk. sykepleier/ sosionom	Kreftkoordinator	Fysioterapeut	Sum tjeneste
Legevakt	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Frisklivssentral	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Miljøterapeutisk enhet	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Jordmortjeneste	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Hjemmebaserte tjenester	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Psykisk helse/rus	-	-	-	1	-	3	-	-	4
Helsestasjon	-	-	-	-	2	-	-	-	2
Fastlegekontor/helsetjeneste	1	-	1	-	-	-	-	-	2
Helsetjeneste for barn og unge	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Sum profesjon	1	1	2	1	2	4	1	2	14

Tabell 3-2. Informanter helseforetak

Avdeling/profesjon	Sykepleier	Jordmor	Lege	Psykologspesialist	Radiograf	Klinisk sosionom	Adm. ansatt	Sum tjeneste
Radiologi/bilddiagnostikk	-	-	-	-	1	-	-	1
Onkologi	1	-	-	-	-	-	1	2
Flyktingehelse	-	-	-	-	-	1	-	1
Lungeenhet	1	-	-	-	-	-	-	1
Barn (poliklinikk)	1	-	-	-	-	-	-	1
Gynekologi/fødsel	-	4	-	-	-	-	-	4
DPS	-	-	-	1	-	-	-	1
Somatikk (poliklinikk)	1	-	-	-	-	-	-	1
Akuttmottak	1	-	-	-	-	-	-	1
AMK	1	-	-	-	-	-	-	1
Innkjøp/tolkekoordinator	-	-	-	-	-	-	3	3
Samisk klinikk	-	-	1	-	-	-	-	1
Samisk tolketjeneste	-	-	-	-	-	1	-	1
Sum profesjon	6	4	1	1	1	2	4	19

3.2.2 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i desember 2022. Alle intervjuene ble gjennomført på Teams. Intervjuguidene er vedlagt. Tema for intervjuene var:

- Kjennskap til tolkeloven og retningslinjer
- Opplæring i tolkebruk
- Erfaring med bestilling og bruk av tolk
- Tilrettelegging for tolkebruk

3.2.3 Referansegruppe

I forbindelse med oppdraget ble det nedsatt en referansegruppe med representanter fra spesialisthelsetjeneste, kommunale helsetjenester og IMDi. Referansegruppen har gitt innspill til undersøkelsesdesign og datainnsamlingsverktøy, samt gitt tilbakemelding på rapporten. Det er avholdt to møter med referansegruppa i perioden.

4 Retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i kommunene

I dette kapitlet vil vi presentere resultatene fra kartleggingen av retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i kommunene. I gjennomgangen presenterer vi hva retningslinjene og rutinebeskrivelsene inneholder av informasjon. Vi har valgt å belyse retningslinjene ut fra kravene som ligger i forskrift § 2. Vi har også sett på noen utvalgte elementer som omtales i loven. IMDis og Helsedirektoratets veiledning og anbefalinger er også førende for hvilke elementer vi belyser.

Datagrunnlaget baserer seg på innsendte retningslinjedokumenter og rutine-/prosedyrebeskrivelser.

Innledningsvis presenterer vi hva vi har mottatt av dokumenter og omfanget av retningslinjer i kommunene. Deretter beskriver vi retningslinjenes innhold. I oppsummeringen i slutten av kapitlet besvarer vi problemstilling 1 om i hvilken utstrekning helse- og omsorgstjenester i kommunene har retningslinjer.

4.1 Retningslinjer i kommunene

Vi har fått informasjon om retningslinjer for 90 kommuner. Av disse svarte 28 kommuner at de ikke har skriftlige retningslinjer, slik som denne respondenten:

I [XX] kommune har vi ikke skriftlige retningslinjer for når bruke tolk – vi er en liten kommune med få tjenesteytere innen hvert område og vi spør hverandre til råds dersom vi er usikre.

Vi har fått retningslinjer eller prosedyre-/rutinebeskrivelser for til sammen 62 kommuner. For 37 av kommunene gjelder dokumentene for hele kommunens virksomhet, inkludert helse- og omsorgstjenestene. 25 kommuner har oversendt retningslinjer som gjelder for en eller flere helse- og omsorgstjenester. 13 av retningslinjene retter seg mot overordnede kategorier som helsetjenester, velferdstjenester og familiehelsestjenester. Disse gjelder dermed for flere helse- og omsorgstjenester.

49 av 62 kommuner har informasjon om når dokumentene ble datert eller revidert. Blant de som er datert, er det 11 av dokumentene som er datert før innføring av tolkeloven, og 34 er datert etter innføringen. Fire kommuner har lagt ved flere retningslinjer, der noen er datert både før og andre etter innføring av loven.

Geografisk fordeling

Tabell 4-1 viser den fylkesvise fordelingen av de kommunene som vi har svar for. Dette gir en svarprosent på 25 av samtlige kommuner. Fylkesvis varierer svarprosenten mellom 13 prosent (Innlandet) og 39 prosent (Viken).

Respondentenes svar viser at snaut 70 prosent av kommunene i vårt utvalg har retningslinjer. Dette tilsvarer 17 prosent av alle landets kommuner. De 28 kommunene som melder at de ikke har retningslinjer, utgjør 31 prosent av vårt utvalg og snaut åtte prosent av alle landets kommuner.

Tabell 4-1. Fylkesvis fordeling av svar på kartleggingen. Inkluderer kommuner som inngår i samarbeid med andre kommuner.

	Antall kommuner	Antall kommuner vi har svar for	Har retningslinjer eller rutine for bestilling	Har ikke retningslinjer
Agder	25	10	8	2
Innlandet	46	6	3	3
Møre og Romsdal	26	8	7	1
Nordland	41	4	2	2
Rogaland	23	9	8	1
Troms og Finnmark	39	12	6	6
Trøndelag	38	6	1	5
Vestfold og Telemark	23	5	4	1
Vestland	43	9	6	3
Viken	51	20	16	4
Oslo	1	1	1	0
Sum/total	356	90	62	28

Andelen som oppgir at de har retningslinjer, varierer fra 50 prosent i Nordland til 89 prosent i Rogaland. I Rogaland tilsvarer dette 39 prosent av alle kommunene i fylket, mens i Nordland tilsvarer det kun fem prosent.

Kommunestørrelse og regional variasjon

Tabell 4-2 viser hvordan kommuner med og uten retningslinjer fordeler seg på små, mellomstore og store kommuner. Små kommuner har lavest forekomst av retningslinjer (56 prosent), mens de største kommunene har høyest forekomst (86 prosent).

Tabell 4-2. Fordeling av svar ut fra kommunestørrelse. Liten < 5 000; Stor > 50 000.

	Antall kommuner	Antall kommuner vi har svar for	Har retningslinjer eller rutine for bestilling	Har ikke retningslinjer
Liten	174	32	18	14
Middels	162	51	38	13
Stor	20	7	6	1
Sum/total	356	90	62	28

Vi har gjort en tilsvarende analyse basert på SSBs sentralitetsindeks, og finner et liknende mønster, med lavest svarprosent og lavest forekomst av retningslinjer i perifere kommuner, etterfulgt av kommuner med middels størrelse, mens det er høyest forekomst av retningslinjer i de sentrale kommunene.

Vår gjennomgang viser relativt store fylkesvise variasjoner når det gjelder forekomst av retningslinjer, men det er vanskelig å observere noen systematikk i variasjonen. Vi finner

at forekomsten av retningslinjer er noe høyere i store og mellomstore kommuner enn i små.

Kommuner og tjenester som ikke jevnlig bruker tolk, er heller ikke pålagt å ha retningslinjer. Vi antar at de minste kommunene sjeldnere har behov for tolk enn større kommuner. Når mindre kommunene sjeldnere har retningslinjer enn de større kommunene, betyr dermed ikke det at de mindre kommunene opererer i strid med tolkeloven § 9.

Retningslinjer for enkelttjenester

24 av retningslinjene vi mottok gjelder spesifikt for enkelte tjenester. Vi mottok retningslinjer for åtte helsestasjoner, fem for rus og psykisk helse, fire for legekontor/legesenter, to for fysioterapi, to for legevakter, og én for helse og boligservice, helsehus og åpen omsorg og rehabilitering.

I materialet vårt er det flest helsestasjoner som har egne retningslinjer, etterfulgt av rus og psykisk helse og legekontorer/legesentre. Agenda Kaupang og Oslo Economics (2018)⁷ omtaler ulike enheters bruk av tolk. Helsestasjoner og fastleger er blant de som hyppigst bruker tolk. Legevakt, rus og psykisk helse og fysioterapi bruker tolk i noe mindre utstrekning. Omsorgstjenester bruker tolk i svært liten grad. Vårt tallmateriale er lite, men det vi har fått inn av retningslinjer fra ulike enheter kan tilsa at de som hyppigst bruker tolk i noe større utstrekning har retningslinjer.

4.2 Hva inneholder retningslinjene?

I dette avsnittet presenterer vi funn fra vår gjennomgang av innsendte retningslinjer. Vi tar utgangspunkt i forskrift § 2, som sier at retningslinjene skal inneholde:

- Rutine for bestilling av tolk
- Angivelse av situasjoner det foreligger plikt til å bruke tolk
- Veiledning i bruk av tolk
- Veiledning i bruk av fjerntolkning (vi legger til grunn at både telefontolkning og skjermtolkning skal omtales)

I tillegg står det i forskriften at retningslinjen også bør inneholde eksempler på konkrete situasjoner det skal benyttes tolk.

Funnene fra gjennomgangen danner grunnlaget for vår vurdering av hvorvidt retningslinjene oppfyller lovkravene i tolkeloven § 6 og tolkeforskriften § 2. Vår vurdering blir presentert i kapittel 7.

4.2.1 Om rutiner for bestilling av tolk

De aller fleste retningslinjene inneholder rutinebeskrivelser som forklarer hvordan man skal bestille tolk. En del av disse beskrivelsene er utarbeidet av tolkeleverandørene.

⁷ Anslag av omfang er delvis basert på tall fra en undersøkelse utført for Helsedirektoratet (2013) *Kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten*. TNS Politikk og samfunn.

Det er stor variasjon i hvor mye veiledning som gis om bestilling. Noen er svært kortfattede, og oppgir kun navn og kontaktinformasjon til tolkeleverandøren. Noen mangler også kontaktinformasjon.

Andre gir mer veiledning i hva man bør opplyse om når man bestiller, som tema, tolkemetode, dialekt, kjønn og tolkens kvalifikasjoner.

Ifølge tolkeforskriften § 2 skal retningslinjene inneholde rutiner for bestilling av tolk. 54 kommuner (av 62) har retningslinjer eller rutinebeskrivelser/prosedyrebeskrivelser som omhandler dette, og ytterligere fem gjør det delvis. Mange har lagt ved tolkeleverandørens egen veiledning og instruks til innlogging i bestillingsportalen. De aller fleste har i instruksene oppgitt informasjon om hvor man skal ta kontakt med (stort sett private) tolkeleverandører. En god del har også mer utfyllende instruks for hva man bør oppgi av informasjon ved bestilling, slik som tolkemetode, dialekt, kjønn, ønske om tolk fra en annen landsdel, fremmøtested, tema for samtalen og navn på ønsket tolk. En god del omtaler også kvalifikasjonskategorier på tolkene, som denne:

Velg tolkens kvalifikasjonskategori, 1-5, hvor nivå 1 er det høyeste. Tolkere i kategori 1 til 3 i Nasjonalt tolkeregister bør alltid foretrekkes fremfor kat. 4 og 5. Se Nasjonalt tolkeregister.⁸

I en av retningslinjene som gjelder helse- og omsorgstjenesten står det også at det bør oppgis mest mulig informasjon i bestillingsskjemaet på forhånd om hva samtalen handler om, og aktuell terminologi slik at tolken kan forberede seg, for eksempel utredning av depresjon, helseundersøkelse osv. De ber om at det fylles inn særlige forhold som tolken bør vite om, slik som barn, utagerende pasienter og smittefare.

Vi har kategorisert at to av kommunene *delvis* har retningslinjer for rutiner for bestilling, fordi de kun har oppgitt navn på tolkeleverandøren, men uten kontaktinformasjon. Kun tre av kommunene har retningslinjer hvor bestilling av tolk ikke omtales.

4.2.2 Om plikt til å bruke tolk

To tredjedeler av retningslinjene har en omtale av når det skal brukes tolk. Samtlige av disse begrunner det med behovet for forsvarlig kommunikasjon.

Noen få retningslinjer vektlegger at sakens alvorlighet og karakter skal legges til grunn i vurderingen av om det skal brukes tolk.

En tredjedel av retningslinjene henviser til tolkeloven eller pasient- og rettighetsloven, og noen flere inneholder henvisning til andre lover, som forvaltningsloven og helsepersonelloven.

Ifølge tolkeloven § 6 skal offentlige organer, når det ikke følger eksplisitt av særlovgivning, bruke tolk når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettsikkerhet eller for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste. I vurderingen av om bruk av tolk er nødvendig, skal det blant annet legges vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter. I forskriften stilles det i § 2 krav om at retningslinjene skal angi generelle situasjoner der det foreligger plikt til å bruke tolk etter

⁸ Kategoriene 1-5 viser til inndelingen som tidligere ble brukt i Nasjonalt tolkeregister. Fra og med 2020 gjelder en inndeling fra A til E. Tolkene fra kategori 1 ble fordelt på kategori A og B. Tolkene fra kategori 2 og 3 ble henholdsvis plassert i kategori C og D, mens tolkene fra kategori 4 og 5 ble samlet i kategori E.

tolkeloven § 6 første ledd, når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet eller for å yte forsvarlig tjeneste.

Vi har sett på hvorvidt kommunenes dokumenter omtaler når det skal brukes tolk, og hvorvidt de i tillegg til generelle situasjoner også omtaler konkrete situasjoner der det skal benyttes tolk. I begrunnelsen for å bruke tolk viser mange kommuner til andre lovverk. Lovene de viser til er helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, forvaltningsloven samt andre lover som introduksjonsloven, krisesenterloven og straffeprosessloven. Tabell 4-3 viser hva de ulike retningslinjene inneholder når det gjelder beskrivelser av rutiner, begrunnelser for bruk av tolk, og hva de har omtalt fra § 6 eller andre lover.

Tabell 4-3. Om rutiner for bestilling av tolk og plikten til å bruke tolk. Kommunene.

Regel	Innhold i retningslinjen	Antall kommuner (n=62)		
		Omtalt	Delvis omtalt	Ikke omtalt
Tf. § 2	Beskriver rutiner for bestilling av tolk	54	5	3
Tf.* § 2	Omtaler når det skal benyttes tolk	41	1	20
Tl. § 6; tf. § 2	Beskriver konkrete situasjoner der det er behov for tolk	10	1	50
Tl.** § 6	Omtaler forsvarlig kommunikasjon	43	3	16
Tl. § 6	Omtaler vektlegging av alvorlighet og karakter	8	-	54
	Henviser til tl.§ 6 eller pbrl.+ § 2-1a	18	13	39
Tl.§ 6; pbrl. § 2-1a	Omtaler krav om forsvarlighet	22	1	39
	Henviser til andre lover***	19	5	38

* Tf: Tolkeforskriften

** Tl.: Tolkeloven

*** Blant annet forvaltningsloven og helsepersonelloven

+ Pbrl.: Pasient- og brukerrettighetsloven

Tabell 4-3 viser at 41 av kommunene har retningslinjer som omtaler når det er behov for og skal benyttes tolk, mens 20 av kommunene ikke har det. En av kommunene har vi klassifisert under «delvis», fordi det ikke omtales i rutinebeskrivelsen for bestilling av tolk, men omtales i kommunens integreringsplan.

Begrunnelsene for å benytte tolk er noe ulike, og mens noen viser til lovparagrafer er dette fraværende i andre dokumenter. Videre viser en del av retningslinjene til at tjenestene skal være forsvarlige eller ha god kvalitet, mens andre viser til faktorer som likeverd, likeverdige helsetjenester, informasjonsplikt og rettssikkerhet.

Ifølge tolkeloven § 6 skal man i vurderingen av om tolk er nødvendig, legge vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk. Vi har sett på om dokumentene omtaler kommunikasjon. Vi finner omtale av eller henvisning til dette i retningslinjene til 43 kommuner. Flere av retningslinjene har inkludert tekst fra IMDIs veiledningsmateriale, der den ansatte bes stille seg spørsmålet om hvorvidt de har felles språk, hva som er samtalens/møtets innhold og hvorvidt det kan komme til å berøre tematikk som faller inn under likeverd og rettssikkerhet. I en retningslinje står det oppsummert:

Loven gjelder også i tilfeller hvor tjenestemottaker kan komme til å ønske å ta opp temaer som faller inn under lovens virkeområde. Er det tvil, skal det brukes tolk.

To av kommunenes retningslinjer omtaler kommunikasjon i noen av kommunens retningslinjedokumenter, men ikke i andre, og en siste omtaler det svært knapt: «Vurder om det er behov for tolk: ikke felles språk». Disse har vi kategorisert som delvis. I retningslinjene til de resterende 21 kommunene omtales ikke kommunikasjon.

Videre fastslår § 6 at man i vurderingen av om tolking er nødvendig skal legge vekt på den angjeldende saks alvorlighet og karakter. Kun åtte kommuner har retningslinjer som nevner denne bestemmelsen. I et slikt eksempel står det:

Bruk kun kvalifisert tolk om avgjørende spørsmål eller informasjon er tema, eller om samtalen dreier seg om personlige forhold.

De øvrige 54 har ingen henvisning til sakens alvorlighetsgrad og karakter.

Om henvisning til tolkeloven og andre lover

18 av kommunene har retningslinjer med konkrete henvisninger til tolkeloven eller pasient- og brukerrettighetsloven, samtidig som de viser til tolkeloven § 6 eller pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a. Ytterligere 13 kommuner gjør det i noen grad ved å vise til lovene, men uten å vise til relevante paragrafer. En kommune omtaler loven på denne måten, som, slik vi forstår det, ikke samsvarer med paragrafen:

Etter tolkelovens §6 har offentlige organer plikt til å bruke tolk når det gjelder tolketjenester som omfatter personsensitive/taushetsbelagte opplysninger.

19 kommuner har retningslinjer som viser til andre lover med paragrafhenvising, som forvaltningsloven og helsepersonelloven. En god del dokumenter omtaler forvaltningsloven og paragrafene § 11 og 17 som omtaler veiledningsplikt, utrednings- og informasjonsplikt, og taushetsplikt jamfør § 13. Retningslinjer for 22 kommuner viser til krav om at kommunale tjenester skal være forsvarlige. En av kommunene har vi oppført i kategorien 'delvis', da det ene av tre dokumenter bruker betegnelsen god kvalitet.

Flere av dokumentene viser til andre lover, som helsepersonelloven, domstolsloven, utlendingsloven, krisesenterloven, straffeprosessloven, introduksjonsloven og arbeidsmiljøloven. Disse omtales stort sett uten paragrafhenvising.

Beskrivelse av konkrete situasjoner

Det er svært få av retningslinjene som omtaler konkrete situasjoner det skal brukes tolk. Like mange av de kommunale som de tjenestepesifikke omtaler konkrete situasjoner. I de retningslinjene som gjelder for hele kommunen mangler de fleste omtale av konkrete situasjoner for helsetjenesten, med enkelte unntak.

IMDIs veileder anbefaler at retningslinjene omtaler konkrete situasjoner der det skal brukes tolk. Kun 10 av kommunene har retningslinjer som angir konkrete situasjoner. Av disse er fem av retningslinjene generelle retningslinjer som gjelder for alle kommunalt ansatte, og fem gjelder for helse- og omsorgstjenester. Blant noen av de kommunale eksemplifiseres ikke situasjoner som spesifikt gjelder for helsetjenesten, slik som denne:

I vår virksomhet skal du alltid benytte tolk i møter, utviklingssamtaler, foreldresamtaler eller andre situasjoner hvor man drøfter viktige ting som gjelder barnets trivsel og utvikling.

I en annen retningslinje som også gjelder for alle ansatte i kommunen nevnes kun helsekartlegging fra helsetjenesten som eksempler der tolk skal brukes:

Det skal benyttes tolk i bosettingsfasen av nyankomne flyktninger, både i informasjons- og kartleggingssamtale med flyktningetjenesten, i karriereveiledningssamtale, ved helsekartlegging, når vedtak formidles, ved utfylling av søknader, ved oppstart på voksenopplæring og i førstesamtaler med skole og barnehage. Ved tvil, skal det bestilles tolk for sikkerhets skyld.

En annen kommune er derimot mer detaljert og nevner konkrete situasjoner som gjelder for skole- og barnehagetjenesten, helsetjenester og andre situasjoner. For helsetjenesten gis en uttømmende oppstilling: Førstemøter (kartlegging, ved tjenesteoppstart), samtaler der viktige helseopplysninger gis, spedbarns- og småbarns kontroll, legebekesøk, behandlingssituasjoner fysisk og/eller psykisk helse, og planlagte samtaler og/eller pårørendesamtaler. De legger også til andre situasjoner det er viktig å sikre felles forståelse med bruk av språkstøtte, som daglig stell, hente- og bringesituasjoner og praktisk bistand i daglige gjøremål. De siste eksemplene trekkes frem for å illustrere situasjoner der det *ikke* er påkrevet med tolk, men der egen eller andres språkkompetanse kan benyttes.

Eksempler på konkrete situasjoner for tolkebruk omtales også i retningslinjer for helse- og omsorgssektoren. En retningslinje for helsestasjons- og jordmortjenesten nevner konsultasjoner på helsestasjonen, i skolehelsetjenesten, i svangerskapsomsorgen, barseloppfølgingen og helsetjenesten for flyktninger som eksempler. En annen retningslinje som gjelder psykisk helse og rus eksemplifiserer førstegangsbesøk hos lege- og tannlegebesøk, i tillegg til det generelle behovet der det enten anses nødvendig for å sikre ansvarlig kommunikasjon, eller fordi den minoritetsspråklige selv har ytret ønske om det. Nok en retningslinje for helse- og omsorgstjenesten beskriver det slik:

Selv når pasienter/brukere behersker dagligtale på norsk, kan det by på problemer å snakke detaljert om prøvetaking, undersøkelser, diagnoser, behandling, og endring av vaner, etc. Det kan også hende at pasienter/brukere kan alle ordene, men ikke forstår den nøyaktige meningen eller nyansene i språket. I slike tilfeller er det verdifullt å kunne benytte tolk for å avklare vanskelige begreper.

I en av retningslinjene står det ikke eksemplifisert når det skal brukes tolk, men snarere at det ved 2-års-, 4-års- og skolestartundersøkelse skal informeres i innkallingen om retten til tolk og at foresatte må ta kontakt med helsestasjonen i forkant av konsultasjonen ved behov for tolk.

Vi oppfatter at ytterligere to retningslinjer delvis gjør det, ved at det eksempelvis i en av retningslinjene er laget en mal der hver enhet skal fylle inn når de bør bruke tolk og når det anses som nyttig å bruke tolk.

4.2.3 Veiledning i bruk av tolk og fjerntolking

Tolkeforskriften § 2 stiller også krav om at retningslinjene skal inneholde veiledning i bruk av tolk og fjerntolking. Hverken loven eller forskriften definerer hva som menes med *veiledning i bruk av tolk*. Imidlertid har IMDi utarbeidet veiledningsmateriale vi har benyttet til å velge ut variabler. Vi har valgt å analysere retningslinjene ut fra hvorvidt veiledningen omtaler både fremmøtetolking og fjerntolking, det som står i tolkeloven § 14 om god tolkeskikk og tolkeforskriften § 4 om tolkens oppgave, i tillegg til hvorvidt de omtaler krav til å bruke kvalifisert tolk (tolkeloven § 7), bruk av barn (tolkeloven § 4) og pårørende som tolk, tolkens habilitet (tolkeloven § 16), varsling (tolkeloven § 19) og hvorvidt de inneholder generell veiledning i hvordan legge til rette for gode tolkesituasjoner. Vi vil i det videre belyse hvordan innholdet i disse paragrafene omtales i kommunenes retningslinjer. Se Tabell 4-4.

Tabell 4-4. *Bruk av tolk og fjerntolking. Kommunene.*

Regel	Innhold i retningslinjen	Antall kommuner (n=62)		
		Omtalt	Delvis omtalt	Ikke omtalt
TI. § 7	Omhandler krav til å bruke kvalifiserte tolker	20	16	26
TI. § 8	Gir veiledning både i bruk av fremmøtetolk og fjerntolking	19	14	29
Tf. § 2	Omhandler fjerntolking	25	14	23
TI. § 8	Omhandler fremmøtetolk	26	6	30
TI. § 14; tf. § 4	Omhandler god tolkeskikk og tolkens rolle	20	5	37
	Omhandler den offentlige ansattes ansvar for tolkingens kvalitet	32	4	26
TI. § 4	Omhandler forbud mot bruk av barn som tolk	26	1	35
TI. § 4	Omhandler unntaksbestemmelsen om bruk av barn som tolk	5	-	57
	Omhandler bruk av pårørende som tolk	24	1	37
TI. § 16	Omhandler krav til tolkens habilitet	9	6	47
TI. § 19	Omhandler varsling til IMDi	-	-	62
	Omhandler avviksmeldinger	22	3	37

Om krav til å bruke kvalifisert tolk

Det er stor variasjon i retningslinjenes innhold når det gjelder omtalen av kvalifisert tolk. Fyldige beskrivelser inneholder kravet om å bruke kvalifisert tolk, en forklaring på hva kvalifisert tolk er og hvordan tolkebestillere går frem for å skaffe en kvalifisert tolk.

Andre retningslinjer mangler informasjon som kan gi helsepersonell veiledning i bruk av kvalifisert tolk. Noen av retningslinjene er direkte villedende.

Tolkeloven § 7 stiller krav om at kommuner bruker kvalifiserte tolker, der kvalifisert tolk innebærer en tolk som oppfyller kravene til å bli oppført i Nasjonalt tolkeregister. Kravet om å bruke kvalifisert tolk kan fravikes når det ikke er forsvarlig å vente til en kvalifisert tolk er tilgjengelig, når det er nødvendig i nødssituasjoner, eller når andre sterke grunner tilsier det.

Vi registrerte om retningslinjene omtaler krav til å bruke kvalifiserte tolker. 20 kommuner har retningslinjer som gjør det, og 16 kommuner har retningslinjer som delvis gjør det. Blant de som vi kategoriserer under 'delvis', er kommuner som bruker betegnelsen kvalifisert tolk, men ikke forklarer hva som ligger i dette, eller viser til Nasjonalt tolkeregister. Grunnen til at vi gjør det slik er at mange har en oppfatning om at en tolk er kvalifisert hvis den blir formidlet via en tolkeleverandør. Dokumentene for de resterende 26 kommunene nevner ikke dette lovkravet.

Blant retningslinjene som omtaler krav til tolkens kvalifikasjoner, er det likevel store forskjeller på hvordan dette omtales.

Flere av retningslinjedokumentene gir fyldig veiledning om kvalifisert tolk, og har lagt ved en hyperlink til registeret.

En annen retningslinje gir utfyllende forklaring på hvordan de skal forholde seg til kvalifisert tolk. Den forklarer kvalifikasjonskategoriene, samtidig som at kommunen må være realistisk, og

påberegne å få tildelt tolker i de lavere kategoriene, inkludert kategori F: Øvrige tolker, som ofte kun har gjennomgått kurs hos leverandør, eller har tolkeerfaring fra annet land/språkutdanning. Vi ønsker å unngå å benytte F-tolk så langt det lar seg gjøre, da de ikke går under det som heter kvalifisert tolk.

Andre retningslinjedokumenter gir mer mangelfull informasjon. I en god del av dokumentene står det at det skal brukes kvalifisert tolk, men uten å forklare hva kvalifisert tolk innebærer, og uten å vise til Nasjonalt tolkeregister. En god del av dokumentene omtaler heller ikke situasjoner som kan gi grunnlag for unntak av kravet om å bruke en tolk som er kvalifisert. I andre retningslinjer omtales kvalifikasjonskategoriene i Nasjonalt tolkeregister, men uten at det står hva en tolkebestiller bør be om.

En del inneholder andre begreper enn kvalifisert tolk. I en av retningslinjene står det at den skal *sikre bruk av tolk med nødvendige kvalifikasjoner* og i en annen at *hensikten er å sikre at tolker holder et forsvarlig faglig nivå*. De forklarer ikke hva det innebærer, eller hva tolkebestilleren skal be om når de skal bestille.

Mer forvirrende kan det være med retningslinjer der det står at det skal brukes *kvalifisert tolketjeneste, tolker med utdanning, at godkjent firma skal brukes, at det skal brukes sertifiserte, statsautoriserte eller profesjonelle tolker*. Som vi vil omtale under kapittel 5, er det mange blant helsepersonell som tar for gitt at en tolkeleverandør formidler kvalifiserte tolker. Vi tviler derfor på om de vil stille spørsmål ved hva *kvalifisert tolketjeneste* eller *godkjent firma* innebærer. Videre er det få konsultasjoner i

helsevesenet som benytter statsautoriserte tolker. Det er få statsautoriserte tolker, og det er mange språk som ikke har statsautoriserte tolker.

På samme måte kan det være forvirrende når det står at tolker som leveres fra en privat tolkeleverandør er kvalifiserte, som i denne retningslinjen:

Det skal benyttes kvalifiserte tolker. En kvalifisert tolk er en tolk som tilfredsstillende kravene til å stå oppført i Nasjonalt tolkeregister. Tolkeloven krever at tolken skal følge god tolkeskikk, overholde taushetsplikt og kun ta på seg tolkeoppdrag hvis han/hun ikke er inhabil. Alle tolkene i [privat tolkeleverandør] tilfredsstillende disse kravene.

I retningslinjen er det tydelige føringer på at det skal benyttes kvalifisert tolk. I det private markedet for tolkeformidling leveres imidlertid i stor grad ukvalifiserte tolker (Proba 2022 og IMDi 2022).

Om fjerntolking og fremmøtetolking

Snaut en tredjedel av retningslinjene omtaler både fremmøtetolk og fjerntolk, samtidig som de omtaler tekniske løsninger og ivaretagelse av personvernet.

En tredjedel omtaler både telefontolking og skjermtolking, mens snaut halvparten nevner kun den ene varianten av fjerntolking.

Det er stor variasjon i hvor mye veiledning som gis om de ulike tolkeformene, hva man bør gjøre for å legge til rette for en god situasjon ved bruk av tolkeformene, hvilke situasjoner som egner seg for ulike tolkeformer, hva man må være bevisst ved bruken av de ulike tolkeformene.

Det varierer også hva som omtales som den foretrukne tolkeformen. Noen anbefaler primært fremmøtetolking. Andre er tydelige på at det skal brukes telefontolking.

Tolkeloven § 8 fastsetter at offentlige organer kan bruke fremmøtetolking eller fjerntolking. Den setter krav til fjerntolking ved at virksomheten må sørge for tilfredsstillende tekniske løsninger, opplæring av ansatte og ivaretagelse av personvernet ved bruk av fjerntolking. Vi finner at 19 kommuner, eller 30 prosent, har retningslinjer som omtaler dette. For 14 kommuner blir det delvis omtalt, ved at retningslinjene inneholder beskrivelser av noen momenter, men ikke alle. Eksempler på hva som kan mangle er beskrivelse av tekniske løsninger eller personvern. De resterende 29 kommunene har ikke retningslinjer som omtaler dette.

Om fjerntolking

Forskriften § 2 setter krav til at retningslinjer skal gi veiledning i bruk av tolk og fjerntolking. Fjerntolking kan innebære både tolking via telefon eller skjerm. Vi finner at retningslinjene for 25 kommuner omhandler bruk av fjerntolk, mens 23 kommuner ikke gjør det. De retningslinjene vi har kategorisert som at de omtaler fjerntolk, har nevnt både telefontolking og skjermtolking. De vi betegner som 'delvis' har kun omtalt den ene varianten. Vi finner at ni kommuner kun har omtalt den ene varianten. En av kommunene har vi kategorisert som 'delvis' fordi de har to retningslinjer, der den ene omtaler

fjerntolking og den andre ikke. De fleste av retningslinjene har hovedsakelig omtalt telefontolking.

Retningslinjene har ulike anbefalinger når det gjelder bruk av fjerntolking, spesielt når det gjelder telefontolking. I noen retningslinjer legges det føringer for hva som skal benyttes:

Myndighetene anbefaler telefontolk av hensyn til tolkemottaker. Dette først og fremst av hensyn til anonymitet, men også forstyrrelser, tidsbruk med mer. Eksempel kan være konsultasjoner i helsetjenester, elevsamtaler, samtaler i offentlige tjenester osv.

Frammøtetolk er vesentlig dyrere enn telefontolk. Ein fordel med telefontolk er og betre ivaretaking av anonymitet. I [XX] kommune skal ein som hovedregel bruke telefontolk.

Bestill telefontolk. Det er kun unntaksvis frammøtetolk eller skjermtolk skal benyttes.

Flere dokumenter trekker frem anonymitet, økonomi og geografisk avstand som fordeler ved telefontolking.

I en del av dokumentene blir fjerntolking kun nevnt som et alternativ til frammøtetolking, uten å gi ytterligere forklaring på eller veiledning i forskjellene mellom frammøtetolking, skjermtolking og telefontolking.

Andre retningslinjer gir mer utfyllende informasjon. I noen står det at utstyret må ha tilstrekkelig infrastruktur og ivareta krav til overføring av lyd og bilde, og at fjerntolking må tilbys fra et egnet miljø der tolken ivaretar krav til taushetsplikt og bakgrunnsstøy. Enkelte omtaler også plassering i rommet slik at begge tolkebrukere synes godt i bildet, og at tolkebruker må sette ord på det tolken eventuelt ikke kan se, som når det pekes eller tegnes. En av retningslinjene beskriver noen fordeler og ulemper ved ulike tolkemåter:

Telefontolking: Dette egner seg best for korte konsultasjoner og beskjeder, formidling av prøvesvar, eller avtale om ny time. Ulempen er at det er vanskelig for tolken å få med seg non-verbale reaksjoner og uttrykk, og kvaliteten på samtalen kan bli dårligere enn ved frammøte.

Skjermtolking: Tolken får mer oversikt over deltakerne i samtalen, og deltakernes non-verbale reaksjoner og uttrykk, enn ved telefontolking. Husk å sikre at det er god nettforbindelse. Skjermtolking kan være utfordrende for brukere med svake digitale kunnskaper.

Flere dokumenter omtaler at det er krevende for tolker å fjerntolke, for å understreke behovet for større bevissthet hos tolkebestiller.

Om frammøtetolking

Når det gjelder frammøtetolking, finner vi at dokumenter fra 26 kommuner omtaler frammøtetolking og seks gjør det delvis. 30 gjør det ikke. De som delvis gjør det nevner det kun uten å gi utfyllende informasjon. Det er også en som omtaler frammøtetolking i ett av dokumentene, men ikke i de to andre retningslinjedokumentene.

I tre dokumenter står det mer detaljert informasjon, som for eksempel:

Frammøtetolking: Dette er regnet som den beste metoden for de fleste samtaler. Det er spesielt viktig ved utredninger, kompliserte og vanskelige samtaler.

Behov for fremmøtetolk skal begrunnes. Kostnader for fremmøtetolk er svært høye i forhold til telefon- eller skjermtolk pga. medgått reise- tid og reiseutgifter. Fremmøtetolk kan være nødvendig når det tolkes for større grupper og/eller det skal tolkes på flere språk samtidig. Eksempel kan være felles foreldremøter i skole/barnehage og i rettsapparatet.

Oppmøtetolk er fast rutine i kommunen. Hvis skjerm- og telefontolk må det spesifiseres.

Flere av retningslinjene gir råd om hvordan tolkebrukerne og tolken bør plassere seg i rommet, og nevner plassering i en trekant som hensiktsmessig. Flere omtaler også at tolk og tolkebruker bør forlate samtalen hver for seg.

God tolkeskikk, tolkens rolle og den offentlige ansatte ansvar for tolkingens kvalitet

Omtrent en tredjedel av kommunenes retningslinjer omtaler i større eller mindre grad god tolkeskikk og tolkens oppgave. Det varierer hvor mye informasjon retningslinjene inneholder. Omtrent halvparten omtaler hvordan ansatte kan bidra til å sikre kvalitet på tolkingen i en tolkemediert samtale

Tolkeloven § 14 oppstiller krav til god tolkeskikk, der det står at

Tolken skal opptre i samsvar med god tolkeskikk. Kravet innebærer blant annet at tolken skal ha tilstrekkelig tolkefaglig kompetanse for tolkeoppdraget, opptre upartisk, ikke misbruke informasjon tolken har fått kjennskap til gjennom tolking, og at tolken må forsikre seg om at forholdene ligger til rette for forsvarlig utførelse av tolkeoppdraget.

Tolkeloven § 14 utdypes blant annet i tolkeforskriften § 3-8, blant annet § 4 som handler om tolkens oppgave, herunder at

Tolken skal tolke nøyaktig det som blir sagt i samtalen, uten å endre, holde tilbake eller legge til innhold. Under oppdraget skal tolken ikke utføre andre oppgaver enn å tolke.

20 av kommunene har retningslinjer som omtaler god tolkeskikk og tolkens oppgave, som omtalt i tolkeloven § 14 og forskrift § 4. Fem av kommunens retningslinjer har det delvis, ved at det står en enkelt setning som at tolken kun er der for å tolke, at man skal informere om at tolken har taushetsplikt eller at tolking krever et upartisk ståsted. En retningslinje viser også indirekte til tolkens rolle og god tolkeskikk, da det står at pasienten skal informeres om tolkens nøytralitet og taushetsplikt. For 37 kommuner har ikke retningslinjene noen omtale av god tolkeskikk eller tolkens oppgave.

Vi har også sett på hvorvidt dokumentene omhandler mer generell veiledning i den offentlige ansattes ansvar for at tolkemedierte samtaler holder god kvalitet. 32 kommuner har retningslinjedokumenter som gir veiledning i dette, mens 26 av dem ikke gjør det. Vi har kategorisert fire under delvis fordi retningslinjene hos disse kommunene kun inneholder noen svært få råd.

I noen av retningslinjene gis det veiledning både om planlegging i forkant, råd underveis i samtalen og god avslutning på samtalen, mens andre har utvalg av dette. Eksempler er å sette av nok tid, gi tolken pauser, henvende seg til samtalepartneren og ikke tolken, snakke enkelt, forklare begreper, stille kontrollspørsmål eller unngå at tolken og tolkebrukeren forlater samtalen samtidig.

Om bruk av barn og pårørende som tolk

Drøyt en tredjedel av kommunene har retningslinjer som omtaler forbudet mot bruk av barn som tolk.

Snaut en tredjedel av retningslinjene omtaler bruk av pårørende eller andre, som ansatte, som tolk.

Ifølge tolkeloven § 4 kan ikke barn fungere som tolk, unntatt ved nødtilfeller, eller i tilfeller der det ut fra hensynet til barnet og omstendighetene for øvrig må anses forsvarlig. Retningslinjene for 26 av kommunene henviser til forbudet mot bruk av barn som tolk, men kun fem av disse omtaler unntakene. En kommune gjør det delvis ved at kommunens dokumenter omtaler det i ett dokument, men ikke i to andre. Flere viser til forvaltningslovens § 11e om forbud mot barn som tolk (denne bestemmelsen ble flyttet til tolkeloven).

Vi registrerte også om retningslinjene omtaler tilfeller hvor pårørende kan fungere som tolk, og dette finner vi i retningslinjene for 24 kommuner samt delvis i ytterligere én. De øvrige 37 retningslinjene nevner ikke dette.

Oppsummert er det altså kun ca en tredjedel av kommunene som har retningslinjer som omtaler bruk av barn eller påførende og andre som tolk i sine retningslinjer.

Om krav til tolkens habilitet

Omtrent en av fem retningslinjer omhandler tolkens habilitet.

Noen nevner kun at tolken skal være habil. Andre gir mer veiledning i hvordan habiliteten kan avklares.

Spesielt retningslinjer som gjelder spesifikt for helse- og sosialtjenester er opptatt av å ivareta taushetsplikt og anonymitet i prosessen med å avklare habilitet.

Tolkeloven § 16 stiller krav om tolkens habilitet. En tolk skal ikke påta seg oppdrag hvis tolken er inhabil. Det står at tolken tar stilling til sin egen habilitet.

Vi finner omtale av tolkens habilitet i retningslinjene for ni kommuner, og delvis omtale i ytterligere seks. De øvrige 47 har ingen henvisning til denne bestemmelsen. Blant de som omtaler habilitet, nevner de færreste unntaksbestemmelsen ved nødsituasjoner.

Det varierer noe hvilken aktør som blir pålagt å avklare habilitetsavklaringen, og om dette i det hele tatt omtales. I noen står det kun at tolken ikke må være inhabil. Andre legger ansvaret på tolken. En av retningslinjene legger ansvaret på den bestillende enheten i kommunen, slik at tolken ikke får taushetsbelagt informasjon om bruker før habiliteten er sjekket. Dette gjøres ved å høre med bruker om vedkommende kjenner tolken før tolken får informasjon om oppdraget.

Det er særlig dokumenter som er spesifikke for helse- og sosialtjenester som er opptatt av at det ikke er tolken som skal få pasientinformasjon før habilitet er avklart.

Som en forlengelse av habilitetsproblematikk, står det i en av retningslinjene at ansatte bør vurdere å bytte tolk hvis det blir tolking over lengre tid på grunn av bindinger som

kan oppstå, uten at andre former for inhabilitet nevnes. Dette med bindinger står for øvrig omtalt i Helsedirektoratets veileder.

Avvik og varsling

Ingen av retningslinjene omtaler varsling til IMDi.

Omtrent en tredjedel omtaler innmelding av avvik. De fleste omtaler det relativt kort, med informasjon om hvor man melder avvik. De fleste skal melde avvik til tolkeleverandør eller i det interne avvikssystemet.

Noen få gir eksempler på hva avvik kan være når det gjelder bruk av tolk.

Ifølge tolkeloven § 19 kan IMDi varsles om tolker som ikke overholder kravene til tolkeskikk, taushetsplikt og habilitet i §§ 14 til 16. Ingen av de innsendte retningslinjene omtaler at det kan varsles om dette til IMDi.

Imidlertid finner vi omtale av avviksmeldinger ved manglende tolkebruk og/eller andre uønskede hendelser i retningslinjene for 22 kommuner, og delvis omtale i ytterligere tre. De resterende 37 retningslinjene omtaler ikke dette. Blant retningslinjene som omhandler avvik, står det stort sett at melding av avvik sendes til tolkeleverandør, tolketjenesten eller internt via det kommunale avviks-/eller kvalitetssystemet.:

Avvik skal meldast på ordinær vis gjennom kommunen sitt nettbaserte kvalitetssystem.

Ved brudd på kvalitet skal klage rettes i portal til gjeldende leverandør.

De færreste er konkrete på hva avvik kan innebære. En retningslinje nevner imidlertid konkrete eksempler som kan bidra til å veilede rundt hva et avvik kan innebære når det gjelder tolkebruk:

Gi tilbakemelding til [privat tolkeleverandør] dersom opplever at tolkinga ikkje held mål. Døme på ting som ikkje skal førekomme: Støy rundt tolken, tolken er ute i det offentlege rom og har andre folk rundt seg, tolken verkar ufokusert, tolken vil avslutte før tida, tolken blandar seg i innhaldet i samtalen mm.

Henvising til eksterne kilder

Noen av de kommunale retningslinjedokumentene linker til andre interne og eksterne kilder for ytterligere informasjon, eller oppgir dem som kilder og referanser. Hovedsakelig nevnes tolkeleverandører, Helsedirektoratets veileder, IMDis nettsider, nasjonalt tolkeregister og lovtekster. I en del tilfeller er linkene utdaterte, og linkene fungerer ikke.

4.3 Oppsummering om kommunenes retningslinjer

I utvalget vårt er det 28 av 90 kommuner som ikke har retningslinjer for bestilling eller bruk av tolk. Det utgjør i underkant av 30 prosent av kommunene i vårt utvalg.

62 av 90 kommuner har retningslinjer. Av disse, har vi fått retningslinjer som gjelder for kommunen som helhet for 37 kommuner, og som dermed også gjelder for helse- og omsorgstjenestene i disse kommunene. En av disse har i tillegg oversendt en egen retningslinje for helse- og omsorgstjenesten. For 36 av kommunene, over halvparten, er det altså ikke sendt inn retningslinjer som gjelder spesielt for helse- og omsorgstjenester.

De resterende 26 kommunene har sendt inn egne retningslinjer for helse- og omsorgstjenestene. Halvparten av disse har retningslinjer som gjelder flere eller alle helse- og omsorgstjenester i kommunen. Den andre halvparten har sendt over retningslinjer som kun gjelder for enkelte helsetjenester, som helsestasjon eller legevakt. Oppsummert er det i drøyt 40 prosent av kommunene minst én helse- og omsorgstjeneste som har egen retningslinje eller rutinebeskrivelse for bruk av tolk.

Vi har fått få retningslinjer som gjelder på tjenestenivå. Blant tjenestene som har utarbeidet egne retningslinjer, er helsestasjoner, rus og psykisk helse og legekantor/legesenter overrepresentert. Dette samsvarer med andre funn som viser at disse tjenestene ofte, eller ganske ofte, bruker tolk. Under forutsetning av at respondentene har fått oversikt over retningslinjer i alle enhetene i helse- og omsorgstjenestene, er det dermed en god del tjenester i disse kommunene som ikke har utarbeidet egne retningslinjer. En usikkerhetsfaktor er om respondentene har hatt oversikt over alle skriftlige retningslinjer og rutinebeskrivelser i alle helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Dette innebærer at det reelle omfanget av tjenestespesifikke retningslinjer kan være større.

De generelle kommunale retningslinjene gjelder også for helse- og omsorgstjenestene. To tredjedeler av kommunene har en overordnet retningslinje som også gjelder alle sektorer inkludert helse- og omsorgstjenestene, mens en tredjedel av kommunene ikke har det.

De fleste retningslinjene omhandler en beskrivelse for bestilling av tolk, men det er stor variasjon i hvor detaljerte de er. Mens noen primært oppgir navn og kontaktinformasjon om tolkeleverandøren, gir andre mer detaljert veiledning. En god del av beskrivelsene av fremgangsmåte for bestilling av tolk er utarbeidet av de private tolkeleverandørene.

Omtrent to tredjedeler av kommunene har retningslinjer som omtaler når det er behov for bruk av tolk. Få retningslinjer gir eksempler på konkrete situasjoner det skal brukes tolk. Generelle retningslinjer for kommunen har få konkrete eksempler for tolkebruk i helsetjenesten, mens flere av de tjenestespesifikke retningslinjene omtaler slike konkrete beskrivelser.

Omtrent halvparten omtaler krav til å bruke kvalifisert tolk, men blant disse mangler mange veiledende informasjon utover at det skal brukes. Noen av dem kan i tillegg være misvisende.

Under en tredjedel av kommunene har retningslinjer som både omtaler fremmøtetolking og fjerntolking på tilstrekkelig vis, der de både nevner telefontolking og skjermtolking, og gir noe veiledning i bruken av disse. Drøyt en tredjedel nevner kun fjerntolking, uten å gi ytterligere veiledning, eller omtaler bare den ene varianten av fjerntolking.

Vår vurdering er at flere av de kommunale retningslinjene kommer med pålegg eller anbefalinger i strid med myndighetenes anbefalinger, da spesifikt om bruk av telefontolk.

Omtrent en tredjedel av kommunenes retningslinjer omtaler i større eller mindre grad god tolkeskikk og tolkens oppgave. Det er noen fler som på ulikt vis gir veiledning i den offentlig ansattes ansvar for tolkingens kvalitet, snaut halvparten.

Under halvparten omtaler bruk av barn som tolk, og noe tilsvarende omtaler bruk av pårørende eller andre, men de færreste omtaler unntaket i nødsituasjoner.

Kun 15 av kommunene omtaler krav til tolkens habilitet i sine retningslinjer, og blant disse er det også seks som ikke omtaler unntaket i nødsituasjoner. Av disse er det mange

som kun sier tolken ikke skal være inhabil, men uten å gi veiledning i hvordan dette avklares eller av hvem.

Ingen omtaler varsling til IMDi. Omtrent en tredjedel beskriver avviksrapportering, og de fleste gjør det svært kort.

5 Retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i helseforetakene

I dette kapitlet vil vi presentere resultatene fra kartleggingen av retningslinjer for bestilling og bruk av tolk i helseforetakene. I gjennomgangen presenterer vi hva retningslinjene og rutinebeskrivelsene inneholder av informasjon. Vi belyser retningslinjene ut fra kravene som ligger i forskrift § 2. Vi har også sett på noen utvalgte elementer som omtales i loven. IMDis og Helsedirektoratets veiledning og anbefalinger er også førende for hva vi belyser.

På samme måte som for kommunene, baserer datagrunnlaget seg på innsendte retningslinjedokumenter og rutine-/prosedyrebeskrivelser. Analysen av innholdet i retningslinjene viser hva retningslinjene og rutinebeskrivelsene inneholder av informasjon, sett opp mot kravene som ligger i lov og forskrift. Under oppsummeringen i kapitlet besvarer vi problemstilling 1 om i hvilken utstrekning helse- og omsorgstjenester i kommunene har retningslinjer.

5.1 Retningslinjer i helseforetakene

Vår henvendelse ble sendt ut til 20 helseforetak. Til sammen 13 av 20 helseforetak besvarte vår henvendelse, jmfør *Tabell 5-1*. Dette gir en svarprosent på 65. Samtlige helseforetak som besvarte vår henvendelse svarte bekreftende på at de har retningslinjer. Et par av prosedyrebeskrivelsene/retningslinjene som vi mottok fra et helseforetak er utarbeidet av et regionalt helseforetak (RHF). Disse gjelder for alle underordnede helseforetak. Det vil si at vi totalt har fått retningslinjer som gjelder 14 helseforetak. Som *Tabell 5-1* viser, mottok vi ingen svar fra helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF.

Tabell 5-1. Fordeling av helseforetakene på de regionale helseforetakene.

	Antall helseforetak med klinisk virksomhet	Antall helseforetak vi har svar for	Melder at de har retningslinjer
Helse Midt-Norge RHF	3	0	0
Helse Nord RHF	4	4	4
Helse Sør-Øst RHF	9	7	7
Helse Vest RHF	4	3	3
Sum	20	14	14

Vi har retningslinjedokumenter for 14 helseforetak. Det er stor forskjell i antall dokumenter helseforetakene har sendt oss. Mens noen har sendt inn ett dokument, har et annet helseforetak sendt inn til sammen 11 dokumenter som på ulikt vis omhandler tolkebruk. En retningslinje utarbeidet av et regionalt helseforetak (RHF), og som dermed gjelder for fire underordnede helseforetak, handler om bruk av samisk tolk. Helseforetakene har sendt inn retningslinjedokumenter som gjelder for hele helseforetaket. I tillegg har fem av helseforetakene sendt inn avdelingsspesifikke retningslinjer i tillegg til den generelle retningslinjen. Vi har fått to retningslinjer fra AMK/ambulansse, og én fra barne- og ungdomspsykiatri, kvinneklinikk, ortopedisk,

akuttpsykiatri, psykisk helsevern, gruppetilbud, barne- og ungdomsavdeling-/nyfødtintensiv, medisinsk biokjemi og habilitering barn og unge/barn- og ungdomsavdelingen.

Siste revisjonsdato for retningslinjene

Fem av helseforetakenes retningslinjer er datert før tolkeloven, og fem er datert etter. Det er fire som har dokumenter som er datert både før og etter innføringen av tolkeloven.

5.2 Hva inneholder retningslinjene?

I dette avsnittet presenterer vi resultatene fra vår gjennomgang av helseforetakenes innsendte retningslinjer, og belyser hvorvidt disse oppfyller lovkravene i tolkeloven § 6 og tolkeforskriften § 2. Som i Kapittel 3, tar vi utgangspunkt i forskrift § 2, som sier at retningslinjene skal inneholde

- Rutine for bestilling av tolk
- Angivelse av situasjoner det foreligger plikt til å bruke tolk
- Veiledning i bruk av tolk
- Veiledning i bruk av fjerntolkning (vi legger til grunn at både telefontolkning og skjermtolkning skal omtales)

I tillegg står det i forskriften at retningslinjen også bør inneholde eksempler på konkrete situasjoner.

Tabell 5-2 Om rutiner for bestilling av tolk og plikten til å bruke tolk. Helseforetakene.

Regel	Innhold i retningslinjen	Antall helseforetak (n=14)		
		Omtalt	Delvis omtalt	Ikke omtalt
Tf. § 2	Beskriver rutiner for bestilling av tolk	13	1	-
Tf.* § 2	Omtaler når det skal benyttes tolk	8	3	3
TI. § 6; tf. § 2	Beskriver konkrete situasjoner der det er behov for tolk	2	-	12
TI.** § 6	Omtaler forsvarlig kommunikasjon	8	2	4
TI. § 6	Omtaler vektlegging av alvorlighet og karakter	1	-	13
	Henviser til tl.§ 6 eller pbrl.+ § 2-1a	5	6	3
TI.§ 6; pbrl. § 2-1a	Omtaler krav om forsvarlighet	9	-	5
	Henviser til andre lover***	7	1	6

* Tf: Tolkeforskriften

** TI.: Tolkeloven

+ Pbrl.: Pasient- og brukerrettighetsloven

***: Spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, kommunehelsetjenesteloven, forvaltningsloven

Funnene fra gjennomgangen danner grunnlaget for vår vurdering av hvorvidt retningslinjene oppfyller lovkravene i tolkeloven § 6 og tolkeforskriften § 2. Vår vurdering blir presentert i kapittel 7. Resultatene er sammenfattet i Tabell 5-2.

5.2.1 Om rutiner for bestilling og bruk av tolk

13 av helseforetakene har retningslinjer som omhandler bestilling av tolk med leverandør- og kontaktinformasjon.

Retningslinjene gir relativt detaljerte beskrivelser av hva som bør oppgis ved bestilling av tolk.

Ifølge tolkeforskriften § 2 skal retningslinjene inneholde rutiner for bestilling av tolk. Hele 13 av helseforetakene har retningslinjer som omhandler dette, og det siste gjør det delvis. Hos den sistnevnte finner vi en retningslinje som nevner navnet på tolkeleverandøren i teksten, men uten kontaktinformasjon. Det er en link til leverandøren nederst i retningslinjen, men den er lett å overse og informasjonen kan derfor være mindre tilgjengelig. Det er også rutinebeskrivelser for bestilling av akuttolker.

Beskrivelsene av hva som bør oppgis i bestillingene er ganske detaljerte i alle retningslinjene. I tillegg til å oppgi faktorer som kostnadssted, fakturaadresse og ordrenummer fra eget innkjøpssystem, nevnes faktorer som har betydning for selve tolkesituasjonen. Eksempler på dette er språk, landbakgrunn og/eller dialekt, hva tolkeoppdraget gjelder, ønske om kvinnelig eller mannlig tolk. I flere retningslinjer anmodes det om å sette av tilstrekkelig tid under og etter konsultasjonen, da det tar lengre tid å bruke tolk enn å ikke gjøre det, og til å avklare tolketeknikk. Et par av retningslinjene er svært detaljerte når det gjelder bestilling av kvinnelig eller mannlig tolk og landbakgrunn, der den ene anbefaler tolk av samme kjønn ved mistanke om seksuelle overgrep og den andre:

- Kjønn på oppmøtetolker (på bakgrunn av føringer i deres religion):*
- *Menn kan ikke tolke for jenter/kvinner over 9 år fra Tsjetsjenia, på grunn av religion.*
 - *Kvinnelig tolk bør alltid bestilles for somalisk, arabisk og tsjetsjensk pasient ved disse avdelingene: Gynekologisk poliklinikk, gynekologisk avdeling, fødeavdeling og barselpoliklinikk.*

En annen retningslinje gir tydelig beskrivelse av hvorfor det er viktig å oppgi temaet for tolkeoppdraget, i tillegg til tematikk for samtalen (undersøkelse, behandling, medisiner, faggrupper som skal snakke med pasienten), særlige forhold ved pasienten (barn, alder, hørselshemming, smittefare, utagering) og samtalens form (tværfaglig møte, undersøkelse, utskrivingsamtale). I denne forklares det for helsepersonell at for at tolken skal være mest mulig presis i sine valg av faguttrykk og terminologi, må tolken vite hva man ønsker å snakke med pasienten om, eksempelvis aktuelle sykdommer, medisiner, informasjon om inngrep og tilstander. Tolken må også vite om det er særlige forhold som tolken bør ha kjennskap til for å møte pasientens behov, som når tolken skal formidle et terminalbudskap, spørsmål om organdonasjon eller tolke for utagerende pasienter.

5.2.2 Om plikt til å bruke tolk

Åtte av 14 helseforetak omtaler i sine retningslinjer kravet om plikt til å bruke tolk.

Fem viser til tolkeloven og/eller pasient- og brukerrettighetsloven. I syv av helseforetakenes retningslinjer vises det også til andre særlover for helse- og omsorgstjenesten.

Svært få retningslinjer nevner konkrete situasjoner der det er behov for tolk.

Åtte helseforetak omtaler i sine retningslinjer når det skal brukes tolk og oppfyller dermed dette kravet. Ytterligere tre helseforetak oppfyller det delvis. Noen har indirekte beskrivelser som ikke omhandler plikt til å bruke tolk, men til å vurdere behovet, informere pasienter om muligheten og plikten, og forklare pasienten om nødvendigheten.

I én retningslinje står det at det skal tilbys lik tjeneste til alle pasienter og følgelig må det benyttes tolk om nødvendig. Videre heter det at tolk skal brukes i alle situasjoner hvor pasienten ikke behersker norsk språk tilfredsstillende, uten at det presiseres hva som er tilfredsstillende.

Ifølge tolkeloven § 6 skal en i vurderingen av behov for tolk legge vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk. Vi finner omtale av eller henvisning til dette i retningslinjene til åtte helseforetak. For ytterligere to helseforetak finner vi at det delvis blir gjort, fordi det omtales i en enhetsspesifikk retningslinje for BUP i det ene helseforetaket, men ikke i retningslinjen som gjelder for hele helseforetaket. I det andre helseforetaket omtales det delvis i et dokument som omhandler tolk i gruppetilbud, men ikke i de andre dokumentene:

God kommunikasjon og forståelse er grunnleggende i møte mellom pasient og helsepersonell.

To helseforetak omtaler at helsepersonell kan velge å bruke kvalifisert tolk også der pasienten og/eller pårørende selv ikke ønsker det for å sikre forsvarlige tjenester. I retningslinjene til de øvrige fire helseforetakene omtales ikke det å kunne kommunisere forsvarlig uten tolk.

Videre fastslår § 6 at man i vurderingen av om tolking er nødvendig, skal legge vekt på den angjeldende saks alvorlighet og karakter. Kun ett helseforetak har retningslinjer som nevner denne bestemmelsen. De øvrige 13 omtaler den ikke.

Om henvisning til tolkeloven og andre lover

Fem av helseforetakene har retningslinjer med konkrete henvisninger til tolkeloven og/eller pasient- og brukerrettighetsloven. Ytterligere tre helseforetak har retningslinjer som gjør det i noen grad. Den ene viser til andre paragrafer fra tolkeloven enn det som omhandler plikt, herunder § 4 om bruk av barn som tolk og § 15 om taushetsplikt. En annen mangler paragrafhenvvisninger. Den tredje henviser til pasient- og brukerrettighetsloven og tolkeloven, men uten paragrafhenvvisninger.

Ni av helseforetakene har retningslinjer som nevner kravet om at helsetjenester skal være forsvarlige. Retningslinjene til de resterende fem helseforetakene nevner ikke kravet om forsvarlige tjenester.

Syv av helseforetakenes retningslinjer viser til annet lovverk. I tillegg har et av helseforetakene en avdelingsspesifikk retningslinje som omtaler forvaltningsloven og spesialisthelsetjenesteloven, som vi har gitt skåret 'delvis'.

Et regionalt helseforetak har utarbeidet en retningslinje som gjelder tolking på sør-samisk. Den omtaler sameloven § 3-5, som gir samiske pasienter krav på å bli betjent på samisk. Denne retningslinjen gjelder for fire underordnede helseforetak.

Fire av helseforetakene har retningslinjer som omtaler helsepersonelloven. To av dem viser til paragrafer som omhandler forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, mens de to andre ikke har paragrafhenvisninger eller omhandler forsvarlighet. Andre lovverk som omtales i noen av dokumentene er spesialisthelsetjenesteloven og forvaltningsloven. Lovkrav de viser til er forsvarlighet, veiledningsplikt, forhåndsvarsling, utrednings- og informasjonsplikt, tilpasset informasjon, informert samtykke, informasjon om rettigheter og medvirkning.

Beskrivelse av konkrete situasjoner

Ifølge forskriften § 2, bør retningslinjene inneholde en angivelse av situasjoner der det er behov for tolk, noe også IMDI anbefaler på sine nettsider.⁹ Vi har derfor sett på om de omtaler konkrete situasjoner.

Vår vurdering er at to av helseforetakenes retningslinjer gjør dette. En retningslinje spesifikt for barne- og ungdomspsykiatrien beskriver at tolk kan bestilles til inntakssamtale, oppfølgende samtaler med lege eller annet helsepersonell, og ellers ved behov. En annen retningslinje anbefaler å bruke tolk også der hvor pasienten behersker norsk dagligtale fordi det kan

by på problemer å snakke detaljert om sykdomslære, anamnese, diagnoser, undersøkelser, behandling, medisiner, bivirkninger, rehabilitering, endring av vaner, osv. Det kan også hende at pasienten kan alle ordene, men ikke forstår den nøyaktige meningen eller nyansene. I slike tilfeller er det verdifullt å kunne benytte tolk for å avklare vanskelige begreper.

De øvrige nevner ikke eksempler på konkrete situasjoner.

Om krav til å bruke kvalifisert tolk

Ti av 14 helseforetak har retningslinjer som omtaler kravet til å bruke kvalifiserte tolk. Kun seks av disse 10 omtaler både kravet, forklarer hva det innebærer og gir informasjon om at en leverandør ikke automatisk leverer kvalifiserte tolker. Det er stor variasjon i om retningslinjene forklarer hva kvalifisert tolk er, viser til Nasjonalt tolkeregister, og gir veiledning i hvordan dette skaffes.

Tolkeloven § 7 stiller krav om at offentlige organer skal bruke kvalifiserte tolker. Vi finner denne bestemmelsen omtalt i retningslinjene for ti helseforetak.

I flere av retningslinjene som omtaler kvalifisert tolk, står det imidlertid ikke noe om hva dette innebærer, noe som gjør at vi mener kun seks av foretakene omtaler det i

⁹ *Hvordan lage egne retningslinjer for bruk av tolk i din virksomhet.* Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/tolk/hvordan-lage-retningslinjer-for-bruk-av-tolk-i-din-virksomhet/>.

tilstrekkelig grad. Blant de vi vurderer ikke gir tilstrekkelig informasjon er de som ikke viser til Nasjonalt tolkeregister, eller kun nevner det nederst som referanse i dokumentet. At det ikke er noen forklaring kan hindre helsepersonell i å forstå hva kvalifisert tolk er.

En retningslinje bruker beskrivelsen 'plikt til å vurdere behovet for, og bestille, tolk med nødvendige kvalifikasjoner,' men nevner ikke kvalifisert tolk eller nasjonalt tolkeregister. En annen retningslinje tolker vi som noe misvisende, da det implisitt ligger en antagelse om at tolkeleverandøren alltid leverer kvalifiserte tolker:

I henhold til tolkeloven skal helsepersonell bestille og bruke kvalifisert tolk. Med kvalifisert tolk menes en tolk som har nødvendige tolkefaglig kompetanse. Kvalifiserte tolker kan bestilles gjennom avtalte tolkeleverandører.

Retningslinjene for de resterende fire helseforetakene nevner ikke dette lovkravet.

5.2.3 Veiledning i bruk av tolk og fjerntolking

Tolkeforskriften § 2 stiller krav om at retningslinjene skal inneholde veiledning i bruk av tolk og fjerntolking. Vi gir en oversikt over resultater fra kartleggingen i Tabell 5-3, som så forklares og drøftes nærmere i den påfølgende teksten.

Tabell 5-3. Bruk av tolk og fjerntolking. Helseforetakene.

Regel	Innhold i retningslinjen	Antall helseforetak (n=14)		
		Omtalt	Delvis omtalt	Ikke omtalt
TI. § 8	Gir veiledning i bruk av fremmøtetolk og fjerntolking	6	5	3
Tf. § 2	Omhandler fjerntolking	9	4	1
TI. § 8	Omhandler krav til fjerntolking	3	4	7
TI. § 8	Omhandler fremmøtetolk	13	-	1
TI. § 14; tf. § 4	Omhandler god tolkeskikk og tolkens rolle	4	1	9
	Omhandler offentlige ansattes ansvar for tolkingens kvalitet	8	-	6
TI. § 4	Omhandler forbud mot bruk av barn som tolk	10	1	3
TI. § 4	Omhandler unntaksbestemmelsen om bruk av barn som tolk	5	-	9
	Omhandler bruk av pårørende som tolk	8	2	4
TI. § 7	Omhandler krav til å bruke kvalifiserte tolker	6	4	4
TI. § 16	Omhandler krav til tolkens habilitet	5	2	7
TI. § 19	Omhandler varsling til IMDi	1	-	13
	Omhandler avviksmeldinger	11	1	2

Om fjerntolking og fremmøtetolking

Alle unntatt én av helseforetakenes retningslinjer nevner fremmøtetolking og fjerntolking.

Fire av dem omtaler kun telefontolking, og nevner ikke skjermtolking.

Det varierer hvor detaljert veiledning som gis om tolkeformene, hvorvidt de omtaler veiledning i teknisk tilrettelegging, ivaretagelse av personvern, og hvilken tolkeform de anbefaler.

Retningslinjene for seks helseforetak omtaler både fremmøtetolking og fjerntolking, tilfredsstillende tekniske løsninger og ivaretagelse av personvernet. Tre helseforetak gjør det ikke. For fem helseforetak finner vi at retningslinjene delvis gjør det, blant annet ved manglende omtale av tolkemåter, tekniske løsninger og/eller personvern.

Om fjerntolking

Forskriften § 2 stiller krav om at retningslinjer skal gi veiledning i bruk av tolk og fjerntolking. 13 av retningslinjene til helseforetakene omtaler fjerntolking, men av disse omtaler fire kun telefontolking og ikke skjermtolking.

Noen retningslinjer omtaler fjerntolking mer detaljert enn andre. For et par av helseforetakene blir telefontolk eller skjermtolk kun nevnt, men ikke forklart i mer detalj. Ett av helseforetakene oppgir i sin retningslinje at de ikke har mulighet for skjermtolking.

Tolkeloven § 8 fastsetter krav til fjerntolking. Virksomheten må sørge for tilfredsstillende tekniske løsninger, opplæring av ansatte og ivaretagelse av personvernet ved bruk av fjerntolking. Vi finner at kun tre helseforetak har retningslinjer som omtaler disse kravene. For fire helseforetak gjør retningslinjene dette delvis. Det innebærer at noen mangler omtale enten av tekniske løsninger for fjerntolking eller telefontolking, eller at retningslinjene mangler omtale av personvern under fjerntolking. For de resterende sju helseforetakene inneholder ikke retningslinjene omtale av disse kravene.

Retningslinjene varierer i hvilke anbefalinger de gir rundt fjerntolking og fremmøtetolking. Fem av helseforetakene har retningslinjer som er nøytrale når det gjelder valg av skjerm-, telefon- eller fremmøtetolking. Tre av helseforetakene har en prioriteringsrekke der det anbefales fremmøtetolk, etterfulgt av skjermtolking og deretter telefontolking. Det siste helseforetaket anbefaler også primært fremmøtetolk, etterfulgt av skjermtolking, men er tydelige på at telefontolking ikke anbefales, og at telefontolking kun skal benyttes i spesielle situasjoner. Eksempler som oppgis er akutte hendelser der personlig fremmøte ikke er mulig, situasjoner hvor hensynet til anonymitet og diskresjon tilsier at telefontolking er å foretrekke, der pasienten selv av personlige årsaker ønsker det, eller hvis det ikke er mulig å oppdrive tolk på annen måte.

To av helseforetakene anbefaler primært telefontolking. I den ene retningslinjen står det at telefontolk bør benyttes i størst mulig grad, og at sykehuset oppfyller pasientens rett til informasjon like godt ved telefontolking. De legger til at ved telefontolking stilles ikke krav til tolk av samme kjønn. Den andre retningslinjen fremhever telefontolking fordi det er ressursbesparende, ivaretar anonymitet og er velegnet i områder med store avstander og utenfor arbeidstid. En ulempe som trekkes frem ved telefontolking er at pasienten ikke kan se hvem tolken er.

Noen retningslinjer er veldig konkrete i å gi teknisk veiledning i hvordan man skal benytte skjermtolking og telefontolking.

Oppsummert omtaler de fleste helseforetakene fjerntolking, men flere omtaler kun den ene formen for fjerntolking. Videre gir noen helseforetak mer detaljert veiledning i bruken av fjerntolking enn andre. De har også ulike anbefalinger når det gjelder bruk av henholdsvis fremmøte-, telefon- eller skjermtolking.

Om fremmøtetolking

13 av helseforetakene nevner fremmøtetolking i sine retningslinjer, mens ett ikke gjør det.

Noen retningslinjer er mer detaljerte enn andre. Der enkelte kun omtaler fremmøtetolking som et alternativ, gir andre i tillegg bruksveiledning. Noen gir blant annet råd om å sikre blikkontakt, plassere seg i trekantformasjon, være oppmerksom på tolkebrukers kroppsspråk, og vektlegge at pasienten og tolken ikke skal ha kontakt utover konsultasjonen. I en av retningslinjene gis det veiledning i at det ved frammøtetolking må opplyses spesielt om smittefare, tvang, provosert abort, alvorlig syk/døende pasient. Det står ikke forklart i retningslinjen hvorfor dette er viktig å opplyse om, men vi antar hensikten er å forberede tolken i forkant slik at tolken kan forberede seg på oppdraget.

Oppsummert er det kun retningslinjen for ett av helseforetakene som ikke omtaler fremmøtetolking, men det er variasjon i hvor detaljert veiledning som gis.

God tolkeskikk, tolkens rolle og den offentlige ansattes ansvar for tolkingens kvalitet

Kun fire av helseforetakene har retningslinjer som omtaler god tolkeskikk og tolkens oppgave.

Åtte av helseforetakenes retningslinjer omtaler ansattes ansvar for tolkingens kvalitet.

Når det gjelder veiledning i bruk av tolk, finner vi at fire helseforetak har retningslinjer som omhandler tolkens krav til god tolkeskikk og tolkens oppgave (tolkeloven § 14 og forskriften § 4). De beskriver blant annet at tolken skal opptre upartisk, overholde taushetsplikten og kun oversette det som blir sagt og ikke legge til eller utelate noe. Det vises her til de yrkesetiske retningslinjene for tolker.

Ni helseforetak har ikke retningslinjer som omtaler dette, mens ett delvis har det. I den ene vi betegner som 'delvis' omtales de yrkesetiske retningslinjene for tolker i et retningslinjedokument som gjelder for bruk av tolk i gruppetilbud, men ikke i retningslinjedokumentet som gjelder generelt for alle enheter i helseforetaket.

Vi har sett på hvorvidt helseforetakenes retningslinjer omtaler mer generell veiledning i hvordan ansatte kan bidra til en tolkemediert samtale med god kvalitet. Vi finner at åtte helseforetak har sentrale dokumenter som gir slik veiledning, mens seks helseforetak ikke omtaler dette i sine sentrale dokumenter. De åtte som gir denne type veiledning omtaler både planlegging i forkant, under og etter tolkesamtalen, som å gi tolken tilstrekkelig informasjon om oppdraget, sette av god nok tid, snakke direkte til pasienten, bruke enkelt språk, stille kontrollspørsmål, og påse at pasient og tolk ikke forlater samtalen sammen.

Et par av de avdelingsspesifikke retningslinjene er svært konkrete om hvordan helsepersonell bør forberede tolken i forkant. I et dokument som gjelder spesifikt for

akuttpsykiatri, står det at tolkebestiller bør ha en samtale med tolken rett før samtalen for å forklare aktuelle begreper som vil bli brukt, og gi ut kopi av utredningsskjemaer. Videre bør samtalen handle blant annet om hvordan begreper som schizofreni, psykose og traume forstås i pasientens kultur, ha et fokus på sikkerhet for tolken ved eventuell utagering, og at tolkebestiller skal bestille ordrett tolking, slik at setninger og spesielle ord oversettes direkte, også om det fremstår ulogisk og usammenhengende. I en annen står det at en god tolk stiller spørsmål ved begreper som må forklares og at ikke alle ord kan oversettes direkte eller finnes på alle språk, som for eksempel depresjon og autisme.

Om bruk av barn og pårørende som tolk

De fleste retningslinjene omtaler forbud mot bruk av barn som tolk.

En god del omtaler bruk av pårørende som tolk.

Ifølge tolkeloven § 4 kan barn ikke fungere som tolk, unntatt ved nødstilfeller, eller i tilfeller der det ut fra hensynet til barnet og omstendighetene for øvrig må anses forsvarlig. Retningslinjene for ti av helseforetakene henviser til hovedregelen, og for ett gjør den det delvis ved at det blir omtalt i en retningslinje for barne- og ungdomspsykiatrien, men ikke i den overordnede retningslinjen. Videre har retningslinjene for fem av helseforetakene en omtale av unntaket, mens de øvrige ni ikke har det.

Vi undersøkte også om retningslinjene omtaler bruk av pårørende som tolk, og dette finner vi i retningslinjene for åtte helseforetak, samt delvis i ytterligere to. De øvrige fire retningslinjene nevner ikke dette.

Om krav til tolkens habilitet

Under halvparten av helseforetakene omtaler tolkens habilitet i sine retningslinjer. Det er også variasjon i hvordan de omtaler habilitet, kriterier for å avgjøre hvem som regnes som inhabile, og hvorvidt det veiledes i hvordan helsepersonell skal avklare habilitet.

Tolkeloven § 16 stiller krav om tolkens habilitet. Vi finner omtale av denne bestemmelsen i retningslinjene for fem helseforetak, og delvis omtale i ytterligere to. De øvrige syv har ingen henvisning til denne bestemmelsen.

I de to vi vurderer delvis omtaler habilitet, står det i den ene ikke noe generelt om habilitet, men det nevnes at hvis samtaler skal skje over lengre perioder, kan det ved små språkgrupper være greit å vurdere om det er behov for å bytte tolk underveis for å unngå uheldige bindinger mellom tolk og pasient. I den andre står det at man i den grad det er mulig skal avklare om det er konflikt mellom tolk og pasient. Imidlertid handler habilitet om mer enn konflikt. Som det står i IMDis veileder, kan habilitet handle om å være part i saken, være i slekt eller familie med noen av partene eller være verge, eller ha handlet på vegne av en part. Inhabiliteten kan gjøre at tolken bevisst eller ubevisst vektlegger eller 'siler' informasjon (det kan like gjerne være med gode intensjoner), at partene kvier seg for å dele informasjon eller være ærlige.

I noen retningslinjer står det at man ikke skal bruke tolker som er inhabile, uten å gi noen veiledning i hvordan dette avklares. Det er to måter habilitet kan avklares, og retningslinjene gir litt ulike råd. I én retningslinje står det for eksempel at man ved

bestilling oppgir pasientnavn slik at tolken kan ta stilling til hvorvidt de kan tolke for denne pasienten, uten at tolken får informasjon om hvor pasienten er innlagt. I en annen omtales omvendt habilitetssjekk: hvis pasienten tilhører en særlig sensitiv pasientgruppe (uten å definere nærmere hvem disse er) med et uttalt behov for å godkjenne tildelt tolk på forhånd, kan avdelingen kontakte tolkeformidler som vil foreslå en tolk og avdelingen kan deretter innhente pasientens samtykke. Først etter det vil tolken kontaktes for å avklare sin habilitet.

Noen av retningslinjene omtaler også det å bruke samme tolk over lengre perioder. I to av retningslinjene står det at det bør benyttes samme tolk hvis samtaler skal skje over en lengre periode, mens i en tredje står det motsatt, nemlig at det kan være greit å bytte for å unngå uheldige bindinger.

Varsling og avvik

Kun én av helseforetakenes retningslinjer omtaler varsling på tolker til IMDi.

De fleste retningslinjene omtaler hvor avvik kan meldes, men de færreste gir utfyllende informasjon om hva et avvik kan handle om når det gjelder bruk av tolk.

Ifølge tolkeloven § 19 kan IMDi varsles om tolker som ikke overholder kravene til tolkeskikk, taushetsplikt og habilitet i §§ 14 til 16. Kun én av de innsendte retningslinjene omtaler at det kan varsles om dette til IMDi. Imidlertid har elleve helseforetak retningslinjer som omhandler avviksrapportering til tolkeleverandør eller via det interne avvikssystemet.

Vi finner omtale av avviksmeldinger¹⁰ ved manglende tolkebruk og/eller andre uønskede hendelser i retningslinjene for elleve helseforetak, og delvis omtale i retningslinjene for ytterligere ett helseforetak. Retningslinjene for de to resterende helseforetakene omtaler ikke dette i det hele tatt. I de fleste retningslinjene som omtaler avvik, heter det at avvik enten skal meldes tilbake til tolkeleverandøren eller i det interne avvikssystemet. En retningslinje omtaler begge variantene avhengig av alvorlighetsgrad:

Manglende oppmøte av tolk, forsinkelser, at telefontolken ikke var på et skjermet sted, at det ikke var tilfredsstillende kvalitet på tolken, oversettelsen er feil eller har dårlig kvalitet eller andre ting som ikke innfridde forventningene, meldes som avvik i bestillingssystemet til leverandørene.

Uønskede hendelser som kan føre til større avvik som går ut over kvaliteten på helsehjelpen, pasientsikkerheten eller taushetsplikten, eller tilsvarer avtalebrudd, skal meldes i [internt avvikssystem]. Aktuell leder sender saken videre til Sykehusinnkjøp HF

Mange retningslinjer omtaler derimot hva som utgjør avvik. I den vi vurderer delvis omtaler avvik, står det at helsepersonell har ansvar for å informere pasient/bruker om klagemulighet når tolkingen ikke har vært tilfredsstillende, men ikke om at fagpersonene selv melder inn avvik.

¹⁰ Vi har ikke undersøkt om det er krav om avviksmeldinger og internkontroll i andre lovverk som regulerer helseforetakenes virksomhet.

Henvisning til eksterne kilder

For dokumentene som gjelder for helseforetak, er det hyppig bruk av mange hyperlinker og referanser til eksterne informasjonskilder. En god del linker til Helsedirektoratets veileder, IMDis nettsider, Nasjonalt tolkeregister eller veiledningsmateriell som handler om bestilling og kommunikasjon via tolk, diverse lovtekster, bruk av barn som tolk, tolking på ulike språk, innkjøpsavtaler og innloggingsportaler for bestilling av tolk mv.

5.2.4 Oppsummering om helseforetakenes retningslinjer

Når det gjelder helseforetakene, oppgir samtlige som har svart at de har retningslinjer. I tillegg er det noen avdelinger som har utarbeidet egne retningslinjer/prosedyrebeskrivelser.

Alle helseforetakenes retningslinjer omtaler bestilling av tolk, men den ene gir svært lite informasjon om hvor og hvordan de skal bestille.

Kun åtte av 14 helseforetak omtaler kravet om plikt til å bruke tolk i samsvar med loven. Videre er det svært få retningslinjer for helseforetakene som omhandler konkrete situasjoner det er behov for tolk. Den ene som gjør er avdelingsspesifikk.

Kun åtte av helseforetakene har retningslinjer som omtaler kravet til å bruke kvalifiserte tolker. Det er også variasjon i hvorvidt de forklarer hva dette innebærer utover å bestille fra en leverandør.

De fleste helseforetakene omtaler fremmøtetolking og fjerntolking. Flere omtaler kun den ene formen for fjerntolking. Noen av retningslinjene gir mer veiledende informasjon enn andre. De har også ulike anbefalinger når det gjelder bruk av fremmøte-, telefon- og skjermtolking. Mens noen av retningslinjene tydelig anbefaler fremmøtetolking, anbefaler andre bruk av telefontolk.

De fleste gir ingen veiledning i krav til god tolkeskikk og tolkens oppgave. Kun fire helseforetak omtaler dette, og ytterligere ett omtaler det i et retningslinjedokument for gruppetilbud.

Samtidig gir åtte helseforetak generell veiledning hvordan den offentlig ansatte kan bidra til tolkingens kvalitet.

De fleste retningslinjene omtaler bruk av barn som tolk.

Under halvparten av helseforetakenes retningslinjer omtaler tolkens habilitet. Det er også variasjon i hvordan de omtaler habilitet, kriterier for habilitet, og hvorvidt det veiledes i å avklare habiliteten. Å bruke samme tolk over lengre tid anbefales av to av retningslinjene, mens det motsatte anbefales i en annen – der to to vektlegger utfordring med bindinger, mens den siste vektlegger verdien av tillit mellom pasient og helsevesen/tolk.

De fleste beskriver hvor avvik kan meldes, men det er få som gir utfyllende informasjon om hva et avvik kan handle om når det gjelder bruk av tolk. Kun en av retningslinjene omtaler varsling på tolker til IMDi.

6 Helsepersonells erfaringer med bestilling og bruk av tolk

I dette kapitlet ser vi nærmere på helsepersonells erfaringer med bruk og bestilling av tolk. Vi starter med å beskrive hvilket kjennskap de har til tolkeloven og retningslinjer om bruk og bestilling av tolk, samt om og eventuelt hva slags opplæring de har fått i bruk og bestilling av tolk. Videre beskriver vi i hvilke situasjoner de vanligvis bruker tolk og i hvilke situasjoner de ofte lar være å bruke tolk. Vi beskriver også hva som er årsaken til at de eventuelt lar være å bruke tolk.

Avslutningsvis redegjør vi for helsepersonells erfaringer med bruk av tolk, og hva de mener kjennetegner gode og mindre gode tolkesituasjoner.

Kapitlet er basert på intervjuer med både personell i kommuner/kommunale tjenester og personell i helseforetak/spesialisthelsetjenesten. Vi finner ikke at det er systematiske forskjeller i erfaringer i bruk og bestilling av tolk mellom kommuner og helseforetak, eller ut fra regional plassering. Vi har derfor valgt å oppsummere funn og inntrykk fra intervjuene samlet for kommuner og helseforetak.

6.1 Kjennskap til tolkeloven og overordnet om bruk av tolk

En viktig forutsetning for å oppnå målsetningene med loven er at offentlige organer kjenner til lovkravene og kan etterleve disse. I intervjuundersøkelsen har vi derfor spurt om informantene kjenner til tolkeloven og innholdet i denne. Intervjuene gir samlet sett et inntrykk av at kunnskapen om tolkeloven er relativ lav. En del av informantene forteller at de kjenner til at det er kommet en tolkelov, men at de i liten grad kjenner til innholdet i den. Et mindretall forteller at de har lest loven eller fått informasjon om innholdet i lovkravene. En betydelig andel opplyser også at de ikke kjenner til at det har kommet en tolkelov og dermed heller ikke kjenner til innholdet i denne.

Selv om intervjuene samlet sett tyder på at kunnskapen om tolkeloven er begrenset, gir intervjuundersøkelsen et tydelig bilde av at informantene er godt kjent med, og lojale, til at det skal brukes tolk når det er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp. Enkelte viser blant annet til helsepersonelloven som stiller krav om forsvarlig helsehjelp, og som de oppfatter pålegger dem en "plikt til å hjelpe alle". Noen viser også til informasjon og veileder om tolkebruk på Helsedirektoratets nettsider. Samtlige er også kjent med at barn ikke skal brukes som tolk og gir uttrykk for at ansatte eller pårørende (familie eller venner) (helst) ikke skal brukes som tolk. De aller fleste uttrykker at de bruker tolk når de mener det er behov for det. Samtidig gir intervjuundersøkelsen et bilde av at den kliniske arbeidshverdagen er sammensatt og at det er flere hensyn som skal vurderes og ivaretas når en pasient har behov for tolk. Det overordnede inntrykket vårt er at helsepersonell i all hovedsak tilstreber å bruk tolk i situasjoner der pasienter ikke snakker norsk eller har begrensede norskkunnskaper. Samtidig finner vi at det ikke alltid er gjennomførbart og at pårørende brukes som tolk i en del tilfeller, spesielt i akutsituasjoner.

6.2 Helsepersonells erfaringer med retningslinjer for bruk av tolk

Som vi har beskrevet tidligere er offentlige tjenester som jevnlig bruker tolk forpliktet til å ha retningslinjer. Vi har ikke vurdert om tjenestene som inngår i intervjuundersøkelsen er forpliktet til å ha retningslinjer, men vi har likevel spurt om informantene kjenner til om det finnes retningslinjer, og i tilfelle hva disse beskriver, hvor de finnes, om de brukes og om de oppleves nyttige.

De fleste forteller at de har skriftlige rutiner for hvordan de skal bestille tolk og at de gjerne fikk informasjon om denne i forbindelse med opplæring som nyansatt. Det er samtidig en del som forteller at de først ble oppmerksom på at de hadde en retningslinje da vi tok kontakt.

En gjennomgående tilbakemelding er at retningslinjene inneholder beskrivelser av hvordan ansatte skal gå frem for å bestille tolk, men at retningslinjene i liten grad beskriver ulike situasjoner hvor det skal brukes tolk eller hvordan tolkesamtalen skal legges opp. Ofte er rutinen de henviser til utviklet av tolkeleverandøren. Noen svært få forteller at rutinen beskriver mulighet for å bestille tolk innenfor ulike kvalifikasjonskategorier og hva disse betyr. Ingen kjenner til at rutinen omtaler hva en kvalifisert tolk er, eller hvordan dette kravet skal ivaretas eller etterleves. Det samme gjelder tolkelovens krav om habilitet.

Det varierer om informantene opplever at rutinene er enkelt tilgjengelige. Noen beskriver at rutinen ligger lett tilgjengelig i «kvalitetshåndboken» eller lignende, mens andre forteller at det kan være vanskelig å finne frem til rutinen uten å være godt kjent med systemet. Noen forteller også at det ligger gamle rutinebeskrivelser/retningslinjer ute, blant annet fra tidligere tolkeleverandører.

Intervjuene gir inntrykk av at informantene i liten grad bruker retningslinjene i arbeidshverdagen. Dette begrunnes hovedsakelig med at retningslinjen beskriver rutiner for bestilling av tolk, og at de enten vet hvordan de bestiller tolk eller at det er andre ansatte som bestiller tolk.

6.3 Opplæring i bruk og bestilling av tolk

I hvilken grad ansatte i helsetjenesten får opplæring i bruk og bestilling av tolk (utover eventuelle retningslinjer) virker å variere noe, men et fellestrekk synes å være at det er relativt lite systematikk i opplæringen. I den grad det forekommer opplæring virker denne ofte å skje ad-hoc når tolkebehovet oppstår. I mange tilfeller er det kun den tekniske delen av tolkebestillingen informantene har fått opplæring i, altså det som gjelder innlogging på og bruk av tolkeportalen. Det finnes likevel noen unntak, der informanten forteller at bestilling av tolk (og dels bruk av tolk) er en del av nyansatt-opplæringen. Én kommune skiller seg særlig ut på dette punktet, ved at helsepersonell fra flere ulike tjenester forteller at de har fått opplæring i tolkebruk. Flere av informantene i denne kommunen viser til et webinar de har deltatt på i regi av tolketjenesten.

Jeg var på et webinar i regi av tolketjenesten vi bruker, for ca. et år siden. (...). Det var veldig nyttig, det med taushetsplikt, hvordan bruke telefontolk osv. (helsesykepleier, helsestasjon, kommune)

Mange av informantene gir også uttrykk for at det kunne vært nyttig med opplæring i tolkebruk. Blant annet peker enkelte på at det kunne vært nyttig å få opplæring om

pasientenes rettigheter og hva som er helsetjenestenes ansvar. Noen peker også på at det ville vært nyttig med opplæring i hvordan man legger opp en tolkesamtale, ens egen rolle og ansvar i samtalen samt hva de ulike kvalifikasjonskategoriene betyr og hvordan de bør brukes.

Det hadde vært fint å få litt opplæring. Trenger ikke dybdeforståelse, men det hadde vært kjekt å vite hva som er pasientenes rettigheter, hva som er vårt ansvar etc. Det er jo ikke så lett å vite hva vi kan si til tolken på telefon, med tanke på taushetsplikt, jeg prøver å begrense det så mye som mulig. (radiograf, helseforetak)

6.4 Vurdering av behovet for tolk

Hvordan helsepersonell vurderer tolkebehovet, og dermed i hvilken grad det brukes tolk, avhenger av flere faktorer. Ifølge Tolkeloven § 6 skal det i vurdering om bruk av tolk er nødvendig, legges vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter. Inntrykket fra intervjuene er at det er relativt mange situasjoner hvor det er aktuelt å bruke tolk. Dette kan være situasjoner hvor pasienten ikke behersker norsk eller engelsk, og situasjoner hvor sakens alvorlighet tilsier at det er kritisk å innhente eller gi viktig informasjon. Faktorer som har betydning for om det bestilles tolk eller ikke, kan være helsetjenestenes kjennskap til tolkebehovet, og pasienters og pårørendes ønsker og tid.

Ingen informanter gir uttrykk for at de har opplevd at kommunene, helseforetaket eller underliggende enheter/ledere har gitt signaler om å begrense tolkebruk.

Variasjonen i tolkebruk og bruk av pårørende som tolk virker å særlig kunne knyttes til hvorvidt pasientmøter/konsultasjoner er planlagte og tolkebehovet er kjent, eller om pasientmøtene er akutte og/eller tolkebehovet ukjent.

Nedenfor vil vi gi noen eksempler knyttet til vurdering av tolkebruk.

6.4.1 Situasjoner hvor det ofte brukes tolk

Såfremt tolkebehovet er opplyst om i henvisninger eller avklart i forbindelse med timebestilling er førstegangskonsultasjoner eksempler på situasjoner hvor det ofte benyttes tolk. Det samme gjelder helseoppfølging som skjer over tid.

Bruk av pårørende som tolk virker å skje mer unntaksvis i slike situasjoner. Mange informanter reflekterer rundt risiko forbundet med å bruke pårørende som tolk. Blant annet viser de til at de ikke vet hva og hvordan den pårørende oversetter, om de kjenner begreper som brukes og hvordan de forholder seg til sensitive og tabubelagte temaer. Likevel hender det at pasientene selv ikke ønsker at det skal bestilles tolk, enten fordi pasienten kan være redd for at informasjon som blir sagt kommer ut eller fordi de har hatt negative opplevelser med tolk tidligere. Noen forklarer at de i slike situasjoner forsøker å uttrykke forståelse for pasientens situasjon og samtidig forklarer deres forpliktelse til å bruke tolk hvis det er nødvendig.

For det første spør jeg, trenger du tolk. Noen sier ja, men mange sier nei. De er redd for hva som skal komme ut, vi snakker om sensitive opplysninger, psykisk helse og privatlivet. De er redde for at tolken skal snakke. (psykiatrisk sykepleier, avdeling for psykisk helse og rus, kommune).

Andre forteller at det hender de de bruker pårørende som tolk dersom pasienten ønsker det og dersom det ut fra sakens alvorlighet vurderes som forsvarlig.

Det hender at familiemedlemmer tolker, men jeg prøver å få frem at det er viktig at informasjonen blir korrekt oversatt og at jeg vil bruke tolk. Men noen motsetter seg det. Da får de stort sett lov til det, men det er unntakene. Men hvis det er snakk om behandling, så pleier vi å si at for vår egen del må vi bruke tolk. Men er det helt enkle ting, som å ta en liten prøve, og gi korte beskjeder, da kan det gå at pårørende oversetter. (sykepleier/koordinator, lungeseksjon, helseforetak).

En annen forteller at praksisen i utgangspunktet er at de bruker tolk, samtidig som informanten trekker frem eksempler i intervjuet som tilsier at pårørende brukes som tolk noen ganger.

Når man trenger en tolk, så fikser man det. Men har en bruker her, hvor venninna stort sett har stilt opp. Det har egentlig fungert veldig bra. Hun snakker veldig bra norsk. Vært et par ganger som det har vært behov for tolk. (rus og psykiskhelsetjeneste, kommune)

Det som kanskje oftest fremheves som problematisk, er situasjoner hvor mannlig ektefelle insisterer på å oversette og/eller motsetter seg bruk av tolk. Det gis også eksempler hvor kvinner som ikke selv behersker norsk, gir uttrykk for at hun ønsker at ektefellen fungerer som tolk. Intervjuene tyder på at helsepersonell håndterer slike situasjoner på ulike måter. Mens noen syns det er vanskelig å «overprøve» og «tvinge gjennom» bruk av tolk, viser andre til sitt ansvar for pasientsikkerhet og hva som kan være konsekvensene av å ikke benytte tolk.

Hvis de har vært med partner, gir vi beskjed om at «neste gang bestiller vi tolk». Da kan vi for eksempel begrunne det med at vi skal snakke om fødsel og at vi vil være sikker på at hun får med alt. Man må tenke litt på sosial kontroll også, hva hun sier og ikke sier. Noen er med bare fordi de er veldig engasjerte fedre. Det er ikke alltid så lett å se hvilken kategori de tilhører. (jordmor/leder, jordmortjeneste, kommune)

En av helsetjenestene skiller seg noe ut, ved at informanten forteller at det hender de bruker pårørende som tolk hvis pasienten ønsker det eller hvis det står i henvisningen at et familiemedlem kan delta som tolk.

Hvis familiemedlemmer gir beskjed om at de blir med eller hvis det står i henvisningen at datter kan tolke, da velger vi ofte det, heller enn å bestille. Det er fordi at det er erfaring med veldig mange dårlig tolker. (sykepleier, somatisk avdeling, helseforetak).

6.4.2 Situasjoner hvor det er utfordringer med å bruke tolk

Ovenfor har vi sett at det ofte brukes tolk ved førstegangsoppfølging og pasientoppfølging såfremt tolkebehovet er kjent før timen. For å få frem eventuelle variasjoner og barrierer i tolkebruk har vi også spurt om det er noen situasjoner hvor det *ikke* er aktuelt å benytte tolk til tross for at pasienten ikke snakker norsk, og hva som er årsaken til dette.

Hovedinntrykket er at dette primært skjer i akuttsituasjoner, ved uanmeldt oppmøte eller planlagte konsultasjoner hvor tolkebehovet ikke er kjent på forhånd. Eller der det er snakk om regelmessige/repetitive behandlinger, for eksempel der hvor pasienten er kjent for personalet, pasienten selv er kjent med hva som skal foregå og behandlingen krever lite interaksjon mellom pasient og helsepersonell. I slike situasjoner tyder intervjuene på at det oftere kan forekomme at pårørende tolker eller at det kommuniseres med

begrenset norskkunnskap, mimikk eller kroppsspråk. Enkelte nevner også at de kan benytte verktøy som google translate.

For eksempel forteller noen om situasjoner hvor gravide kvinner nær termin møter opp og frykter komplikasjoner, og hvor helsepersonell ved hjelp av en rask sjekk kan avdekke om det er snakk om en ufarlig situasjon og kommunisere dette til kvinnen ved hjelp av kroppsspråk og enkle ord på norsk og/eller engelsk. Fødsler er for øvrig situasjoner hvor det virker som at tolk brukes i noe mindre utstrekning. Intervjuer med fødeavdelinger gir blant annet inntrykk av at det varierer om pasienten får tilbud om tolk og om det vurderes å bestille tolk. Blant annet trekker enkelte frem at det ikke alltid er tid til å bestille tolk og at det eventuelt ville vært snakk om telefontolk, noe som ville vært vanskelig å benytte under en fødsel. Ofte har kvinnen med seg en partner eller andre pårørende som kan norsk og som fungerer som tolk. Informantene er samstemte om at det kan være utfordringer forbundet med å bruke pårørende som tolk under fødsel, men at det likevel ofte er nødvendig.

Flere av informantene peker på at tidsnød kan være en faktor som påvirker tolkebruk. I akutt situasjoner kan tid handle om at man må handle raskt og det ikke alltid er tid til å vente på tolk. I andre tilfeller kan det handle om at eventuelt å måtte vente på tolk kan medføre forsinkelser som forplanter seg resten av dagen. Inntrykket er at helsepersonell i slike situasjoner gjør en vurdering av alvorligheten i saken og av hvor godt pasienten forstår. En fastlege forteller for eksempel at dersom det er snakk om mindre alvorlige situasjoner som en forkjølelse vil timen stort sett gjennomføres uten tolk, mens det ved mer alvorlige tilfeller vil bestilles tolk. Mange understreker at det er viktig å avklare og registrere tolkebehov før pasienten møter, da det kan være utfordrende å legge til rette for tolkebruk ad-hoc.

En informant ved legevakt viser til at legevaktstjenester og akuttmedisinske settinger kjennetegnes ved at man ofte må handle raskt, og at problemstillingene kan være relativt opplagte og konkrete. Informanten forteller at pasientene i utgangspunktet får tilbud om tolk dersom de ikke snakker norsk, men at faktorer som hvor konkret eller opplagt problemstillingen er kan påvirke om tolk anses nødvendig. For eksempel vises det til at det ved en konkret problemstilling som en brukket ankel, der pasienten kanskje skal sendes videre til røntgen, ikke nødvendigvis bestilles tolk. Mens det i andre situasjoner hvor det for eksempel krever mer kommunikasjon og forklaringer for å avdekke problemet, kan være aktuelt å bestille tolk. Google translate brukes i enkelte tilfeller dersom det er snakk om kortere avklaringer og informasjon. Enkelte informanter tror det er noe mindre tolkebruk i legevakt, enn for eksempel fastlegekontor. De bruker også en del pårørende som tolk.

Avdeling for røntgen er et eksempel på en helsetjeneste som hovedsakelig har planlagte pasientmøter og som i liten grad kjenner til pasientene på forhånd. De er derfor avhengig av å få informasjon om tolkebehov fra henvisende lege/instans. Ifølge en informant er praksisen deres at de alltid bestiller tolk dersom det står i henvisningen at det er behov for tolk. De opplever imidlertid at det ofte kan mangle informasjon om tolkebehov i henvisninger, og da forsøker de gjerne å kommunisere med pasienten ved hjelp av kroppsspråk og mimikk. Informanten gir samtidig uttrykk for at det i noen tilfeller kan være risiko forbundet med å ikke bruke tolk.

Det er utfordringer, for henvisende lege skriver ikke alltid at det er behov for tolk. Det møter ofte pasienter uten tolk, som burde hatt det, og da må vi leke tolk selv, vise og mime. (...). Men de gangene tolkebehovet blir plukket opp, bestiller sekretærene og da er det stort sett telefontolk som benyttes. Ytterst sjelden at vi har fysisk tolk. (radiograf, bildediagnostikk, helseforetak)

Andre situasjoner det er utfordrende å bruke tolk er samtaler hvor mye informasjon skal gis, Selv om det beregnes mer tid til konsultasjoner hvor det benyttes tolk, er opplevelsen ofte at det kan være nokså krevende:

Det er jo litt styrete. Du må plukke opp telefonen. Du har en liten telefon, det er dårlig lyd og utstyret er ikke alltid så bra. Og folk må omtrent sitte oppå telefonen. Vi har fått en høyttaler nå, så det har blitt litt bedre. Og det er jo mye informasjon innimellom. Ta for eksempel en 4-årskonsultasjon, da er det mye som skjer. Da kan det bli litt av og på med tolken. Og babyer som gråter, det er en del forstyrrelser. Det skjer jo ting med barn hele tiden. (helsesykepleier, helsestasjon, kommune)

6.4.3 Bruk av pårørende og andre ansatte som tolk

Ingen av informantene beskriver bruk av pårørende som noen god løsning, men de mener likevel at det kan være akseptabelt å bruke pårørende som tolk i enkelte situasjoner. Korte, enkle konsultasjoner gis som eksempler på situasjoner hvor bruk av pårørende som tolk kan være akseptabelt. Langt mer problematisk er situasjoner hvor det er kritisk å få gitt – og mottatt – korrekt informasjon, slik som ved ulykker, styrtfødslar og dramatiske sykdomssituasjoner. Her kan en feilaktig oversettelse, eller eventuelt tilbakeholdelse av informasjon, få svært alvorlige konsekvenser. Situasjoner med barn som pasienter, og hvor kun den ene av foreldrene behersker norsk, fremheves som krevende. Det samme gjelder situasjoner med svært syke og/eller døende pasienter, hvor det gis eksempler på familiemedlemmer som motsetter seg å oversette denne type informasjon i frykt for å skape redsel eller tapsfølelse hos pasienten.

Selv om det oppfattes som problematisk å bruke pårørende som tolk, forteller informantene at det kan være utfordrende å få lagt til rette for tolkebruk i situasjoner hvor det er påkrevd, og at pårørende derfor brukes som tolk. Dette gjelder særlig i akutt situasjoner hvor man må handle raskt. Det kan også gjelde situasjoner hvor tolkebehovet ikke var meldt inn på forhånd og enkelte ganger fordi pasienten selv ønsker at pårørende skal tolke.

Når det gjelder bruk av ansatte som tolk, viser intervjuene at dette forekommer i nokså liten grad. Flerspråklige ansatte benyttes kun unntaksvis til å formidle korte beskjeder eller avgrenset informasjon, men vårt inntrykk er at de nærmest aldri benyttes som tolker i lengre samtaler eller konsultasjoner. Det gis noen få eksempler på at helsepersonell som har samme morsmål som pasienten benytter dette under konsultasjonen, men inntrykket er at det sjelden skjer.

Vi er forøvrig kjent med at det finnes digitale medisinske oversettelsesapper som helsepersonell og pasienter kan bruke til å kommunisere med hverandre. Et eksempel er CareToTranslate¹¹ som brukes av deler av helsesektoren i dag¹². I og med at det oppstår situasjoner det ikke brukes tolk, og der det ikke kan benyttes akuttolk, er det desto viktigere at kommunikasjonen fungerer best mulig. Slike apper kan bidra til å løse mangel på tolk i akutte situasjoner hvor det ikke lar seg gjøre å skaffe tolk på kort sikt, og som et supplement.

¹¹ Hentet 23. januar 2023 fra <https://www.caretotranslate.com/no>.

¹² Ny app for helsevesenet erstatter Google Translate. Sykepleien, 8. desember 2022. URL: <https://sykepleien.no/2022/12/ny-app-helsevesenet-erstatter-google-translate>.

6.5 Erfaring med å bestille tolk

Vi har tidligere vært inne på at det er ulike måter instanser kan skaffe til veie tolker, der noen inngår rammeavtaler med private tolkeformidlere og andre har tolkeformidling i offentlig regi. I kommunene og helseforetakene hvor vi har gjennomført intervjuer skaffer alle tolk gjennom private tolkeformidlere. Informantene beskriver selve prosessen knyttet til bestilling av tolk som enkel og grei. De har alle et eget brukernavn slik at de har tilgang til å bestille tolk selv. I kommunene virker det som det ofte er helsepersonell selv som bestiller tolk. I helseforetakene er det vanlig at administrativ ansatte bestiller tolk, men dersom det oppstår et tolkebehov utenfor vanlig kontortid bestiller helsepersonell tolk.

Ved bestilling av tolk er det primært språk og eventuelt dialekt som spesifiseres i bestillingen. Avhengig av hva samtalen skal handle om og pasientens ønske hender det at det også spesifiseres at det er ønskelig med enten mannlig eller kvinnelig tolk. Det er ingen som undersøker tolkens kvalifikasjoner i forbindelse med bestilling av tolk og heller ikke tolkens habilitet. Informantene erfarer at det er store variasjoner i hvor gode tolkene er til å oversette. Flere forteller at det derfor hender at de ber om en spesifikk tolk dersom de har hatt gode erfaringer tidligere.

6.5.1 Om vurdering av tolkens kvalifikasjoner

Tolkeloven § 7 stiller krav om at det brukes kvalifiserte tolker, der kvalifisert tolk vil si en tolk som oppfyller kravene til å bli oppført i Nasjonalt tolkeregister. Kravet om å bruke kvalifisert tolk kan fravikes når det ikke er forsvarlig å vente til en kvalifisert tolk er tilgjengelig, når det er nødvendig i nødssituasjoner, eller når andre sterke grunner tilsier det.

Vi finner at mange ikke kjenner til tolkelovens krav om bruk av kvalifisert tolk og hva dette vil si. Dette betyr ikke at de ikke tilstreber å bruke kvalifisert tolk, men at mange informanter antar og forventer at tolkeleverandøren sørger for å skaffe tolker med tilstrekkelig eller riktige kvalifikasjoner.

Jeg tenker at selskapet bør anskaffe kvalifiserte tolker, man stoler på at de bestiller en god tolk. (fysioterapeut, hjemmebaserte tjenester, kommune)

Noen få nevner at de har lagt merke til at det er mulig å bestille tolker innenfor ulike kvalifikasjonskategorier eller med ulik grad av kompetanse, men at de ikke vet hva de ulike kategoriene betyr. Kun én informant forteller at de har bestilt tolk innenfor en spesifikk kategori, det var i ett konkret tilfelle der det hadde vært utfordringer med tolk tidligere.

6.5.2 Om vurdering av habilitet

Tolkeloven § 16 stiller krav om tolkens habilitet. Den generelle tilbakemeldingen er at informantene ikke sjekker habilitet ved bestilling av tolk. Mange av informantene gir uttrykk for at de ikke har tenkt på hvorvidt de skal eller bør sjekke habilitet ved bestilling av tolk. De er også usikre på hvordan de eventuelt kan sjekke dette. Enkelte peker på at en mulighet kunne vært å avklare med tolken om han/hun kjenner pasienten, men at det vil være problematisk i forhold til personvern. En annen mulighet som trekkes frem er om de kan sjekke med pasienten om han/hun kjenner tolken.

Intervjuene gir heller ikke inntrykk av at informantene rutinemessig sjekker habilitet ved oppstart av tolkesamtalen, i hvertfall er det ingen som nevner det i intervjuene. Samtidig tyder intervjuene på at informantene er kjent med at det skal tas hensyn til habilitet dersom det er kjent at tolken og pasienten kjenner hverandre. En av informantene

forteller om en episode der det etter en tolkesamtale kom frem at tolk og pasient kjente hverandre, og at informanten ikke ville brukt denne tolken dersom hun var kjent med dette på forhånd.

Svært mange nevner også at de hovedsakelig bruker telefontolk i stedet for fremmøtetolk, blant annet fordi pasientene er redd for at tolken er i samme miljø eller nettverk. Flere forteller også at det hender at de spesifiserer i tolkebestillingen at de ønsker en tolk utenfor de regionene som pasienten bor. På den måten tilstreber de å ivareta hensynet til habilitet.

6.5.3 Telefontolk, fremmøtetolk eller skjermtolk

Nesten alle informantene forteller at de hovedsakelig bruker telefontolk. De fleste begrunner dette med at det fungerer bra med telefontolk og/eller at det er vanskelig å skaffe fremmøtetolk. Det siste gjelder særlig for helsetjenester i distriktene eller i Nord-Norge, men også informanter som jobber i kommuner eller helseforetak i mer sentrale strøk gir denne begrunnelsen. Noen av informantene som jobber i sentrale områder forteller at de brukte mer fremmøtetolk før pandemien, men at det gjennom pandemien og etterpå har utviklet seg en praksis der de i større grad bruker telefontolk.

Blant informantene som forteller at de stort sett eller utelukkende bruker telefontolk, er det noen som forteller at de har fått signaler fra ledelsen om å primært bruke telefontolk, mens andre ikke har det.

Fordeler og ulemper ved ulike tolkemåter

Slik vi var inne på over forklarer også mange informanter bruken av telefontolk med at pasientene kan være bekymret for at tolken skal komme fra samme miljø som dem og at informasjon fra samtalen skal spres i miljøet eller hjemlandet. Flere peker på at denne risikoen reduseres ved bruk av telefontolk.

En representant for avdeling for røntgen ved et helseforetak forteller at de utelukkende bruker telefontolk i tjenesten. Som sitatet nedenfor illustrerer, opplever informantene samtidig at det er noen utfordringer forbundet med bruk av telefontolk.

Og der kunne det vært fint med en fysisk tolk, for vi snakker jo til pasienten underveis. Vi må jo legge på når vi har pasienten inne i scanneren. Det er litt vanskelig. Så vi prøver å ta alt før vi tar inn pasienten, og så tar vi en oppsummeringsprat med tolk til stede på telefon etterpå. (radiograf, billediagnostikk, helseforetak).

Mange forteller imidlertid at de opplever det som fordelaktig å bruke telefontolk.

Jeg har bare erfaring fra telefontolk. Jeg tror kanskje at det er en fordel. Det oppleves kanskje litt mer nøytralt og blir litt mer glemt av bruker, tror ikke det er noen ulempe. (psykiatrisk sykepleier, avdeling for psykisk helse og rus, kommune)

Kun et mindretall av informantene forteller at de stort sett prøver å bruke fremmøtetolk og foretrekker det:

Vi har litt ulike syn på framøtetolk og telefontolk her på kontoret. Noen syns det er greit med telefontolk, men ikke alle. Og tidligere tolkeveileder har jo anbefalt fremmøtetolk. Og det er nok jeg mest tilhenger av. Det er jo noen som kan ha gode grunner til at de ikke vil ha tolk og iallfall ikke fremmøtetolk, for å redusere risiko for gjenkjennelse. Men det er noen klare ned sider ved bruk av telefontolk,

du leser ikke mimikk etc (koordinator, enhet som følger opp flyktninger, helseforetak)

I tillegg tyder intervjuene på at noen tolkesituasjoner er mer utfordrende enn andre, for eksempel der hvor en er avhengig av flyt i samtalen og mer «holistisk» tilnærming til tolkingen. Dette handler først og fremst om tolking i forbindelse med psykologsamtaler, psykiatriske utredninger og samtaleterapi, hvor nonverbal kommunikasjon gjerne er svært viktig, i tillegg til konkret oversettelse av ord og uttrykk:

I terapissammenhenger er det best med fysisk tolk. Det er mye lettere når det gjelder å tolke ansiktsuttrykk, hvis det ikke er bra oversettelse. Utfordringen er mest at tolkene sier at det være vanskelig å finne ord. Det handler både om at noen ord ikke finnes på det andre språket eller at de ikke kjenner terminologien. (koordinator, enhet for psykisk helse og avhengighet, helseforetak)

Skjermtolk

Ingen av informantene har erfaring med å bruke skjermtolk. Mange forteller at de er usikre eller ikke kjent med at det er tilrettelagt for bruk av skjermtolk. Flere gir uttrykk for at de ikke ser hensikten med skjermtolk, og foretrekker telefontolk da deres vurdering er at det ivaretar anonymiteten til pasienten på en bedre måte.

6.6 Erfaringer med bruk av tolk

Intervjuundersøkelsen viser at det er nokså store variasjoner når det gjelder hvor mye erfaring informantene har med bruk av tolk. Dette har ikke nødvendigvis sammenheng med om informanten er ansatt i kommune eller helseforetak. Våre funn tyder på at den enkeltes erfaring med, og kunnskap om, når det bør benyttes tolk, spiller en rolle. Vi har også inntrykk av at det er ulik kultur og praksis for bruk av tolk i ulike avdelinger og enheter.

Det er et stort spenn i hvor ofte informantene har behov for bruk av tolk. Behovet strekker seg fra en gang eller to årlig, til flere ganger per uke, og av og til flere ganger daglig. Behovet for tolk går «i bølger,» og henger også sammen med den politiske verdenssituasjonen. Flykningestrømmen fra Ukraina er noe som har satt sitt preg på behovet det siste året, og ført til et økt behov for tolk.

6.6.1 Når tolkesituasjoner fungerer godt – og mindre godt

En viktig målsetting med intervjuene har vært å få kunnskap om hva som kjennetegner gode tolkesituasjoner og hvilke forhold informantene mener må eller bør være på plass for å sikre dette. Videre har vi også bedt informantene gi eksempler på tolkesituasjoner som ikke har fungert så bra og hvilke tiltak de vurderer som nødvendige og hensiktsmessige for å forbedre dem. Tolkens kvalifikasjoner, ferdigheter og erfaring spiller, nær sagt selvfølgelig, en svært viktig rolle i tolkesituasjonen og hovedinntrykket fra intervjuene er at informantene har gode erfaringer med tolkene, som ofte beskrives som dyktige, profesjonelle og pålitelige. Men det gis også eksempler på det motsatte, hvor både språknivå (først og fremst tolkens norsknivå) og profesjonalitet vurderes som utilfredsstillende. Intervjuene tyder også på at helsefaglig og medisinsk terminologi er en utfordring for en del av tolkene, og at det er mye å tjene på gode forberedelser mellom helsepersonell og tolk, i tillegg til at tolkene får kompetanseheving og spesialisering.

Hva kjennetegner de gode tolkesituasjonene?

Informantene i undersøkelsen gir ikke ett svar på hva som kjennetegner en god tolkesituasjon. Tolkesituasjonen er sammensatt og det er gjerne mye informasjon som skal utveksles mellom pasient og helsepersonell innenfor en avgrenset tidsramme og i en situasjon som kan preges av usikkerhet, redsel og uforutsigbarhet. Førstegangs-samtalene fremheves som avgjørende, og hvor det er svært viktig å legge grunnlaget for dialog og eventuelt videre behandling. Både helsepersonell og pasient kan være usikre på tolkens rolle og bidrag i samtalen. Trygghet, tillit og forutsigbarhet er derfor viktig for å skape en god tolkesituasjon, også for tolken.

Intervjuene viser at informantene gjennomgående er opptatt av å etablere en trygg og god ramme for dialog med pasientene. Tolken representerer på ett vis et «forstyrrende» element, samtidig som tolken er avgjørende for å formidle informasjon mellom pasient og personell.

Intervjuene tyder på at gode forberedelser er viktig for å legge til rette for en god tolkesituasjon. Grunnlaget legges på mange måter allerede i bestillingen av tolkeoppdraget, i den grad det er anledning til å angi hva slags oppdrag det er snakk om og eventuelt be om en bestemt tolk. Inntrykket fra intervjuene er at en del informanter er opptatte av å informere om hva som vil være tema/innhold for samtalen/konsultasjonen allerede på bestillingstidspunktet, slik at tolken kan forberede seg. Samtidig er det begrenset hvor mye informasjon som kan formidles i selve bestillingsmodulen, og derfor trekker flere informanter frem fordelene ved å kunne snakke med tolken i forkant av samtalen. Tolkeoppdraget er begrenset i tid, og som vi har sett foregår tolkingen i stor grad over telefon. Dette legger begrensninger på hvor grundig informasjonen i forkant kan være. Allikevel tyder intervjuene på at det kan være mye å hente på å gi kort og konkret informasjon om hva som er tema/ for samtalen og hva som vil være sentrale ord og begreper. På den måten får tolken mulighet til å forberede seg på gangen i samtalen og eventuelle forhold som bør vies særlig hensyn eller oppmerksomhet, samt sjekke eller kvalitetssikre terminologi og begreper i forkant.

Når det gjelder selve samtalen, er mange informanter opptatt av at tolken må opplyse om sin rolle og oppgave i samtalen. Dette omfatter blant annet å opplyse om at tolken har taushetsplikt, kun skal tolke/oversette det som blir sagt direkte, at tolken er en nøytral part som ikke skal gi noen vurdering av det som blir sagt, samt at tolken ikke kan eller vil påvirke samtalen i noen bestemt retning.

Videre fremheves det som fordelaktig at det redegjøres for hva som skal skje i selve møtet, det vil si hva som er tema for møtet, hva slags informasjon som skal gis, samt tidsramme og hvilke undersøkelser som eventuelt skal foretas.

Som de aller fleste informantene legger vekt på, avhenger kvaliteten på samtalen av tolkens kompetanse og egnethet, herunder kunnskapsnivå, oppmerksomhet og fleksibilitet:

Vi har jo noen stjernetolker som er veldig dyktige. De tolker med hjertet, er til stede, er vare for nyanser. Da blir det som en slags dans, en tilpasser seg hverandre, det går sømløst (koordinator, enhet som følger opp flykninger, helseforetak)

At tolken skal utføre oppdraget mest mulig 'sømløst' er en forståelse som går igjen blant informantene. Det stiller store krav til tolken, men også til helsepersonellet. Flere informanter fremhever at det er viktig med god flyt i samtalen, samtidig som forventningen er at tolken skal oversette ord for ord, og ikke «oppsummere» og (for)tolke

det som sies. Som nevnt er det en stor fordel om tolkene har kjennskap til helseområdet og aller helst kjennskap til helsefaglig terminologi. Når det gjelder «gjenbruk» av tolker, er det enkelte informanter som nevner at det både er ulemper og fordeler ved det. På den ene siden kan bruk av samme tolk over tid skape uheldige bindinger mellom pasient og tolk. Samtidig er det mange informanter som fremhever fordelene ved at den samme tolken benyttes:

Det er en fordel om de har litt helsefaglig bakgrunn. Og om vi får samme tolk gang på gang. At det er litt kontinuitet, det gjelder begge veier. Både for pasienten og for oss som helsepersonell. (sykepleier, onkologisk avdeling, helseforetak)

Informantene mener at bruk av samme tolk over tid kan bidra til å skape nødvendig trygghet og tillit i en situasjon som ofte er preget av usikkerhet og asymmetri i relasjonen mellom pasient og helsepersonell, og hvor introduksjon av stadig nye tolker kan være et belastende tilleggsmoment. Videre kan det være mer tidseffektivt, ved at tolken allerede kjenner til pasient og eventuelt behandlingsforløp, slik at en ikke trenger å gjenta eller gjenfortelle samme informasjon flere ganger. Bruk av samme tolk over tid kan også bidra til at tolken har bedre forutsetninger for å tolke og oversette kompleks og spesifikk informasjon både fra pasient og personell. Kort oppsummert erfarer informantene at jo bedre kjennskap til pasient, personell og det enkelte 'case, jo bedre kvalitet på tolkingen og bedre utbytte for både pasient og personell.

Tolkesituasjoner som ikke fungerer

Til tross for at mange informanter viser til gode erfaringer med bruk av tolk, gir intervjuene også en rekke eksempler på tolkesituasjoner som ikke fungerer så bra. Dette handler både om kvaliteten på selve tolkingen, men også om manglende profesjonalitet blant tolkene. Det er også forhold av mer strukturell karakter, slik som tilgang på tolk, tidsramme for tolkeoppdrag og konsultasjoner og format på tolkingen, det vil si om det benyttes fremmøtetolk eller telefontolk. Det kan også være tekniske utfordringer i forbindelse med telefontolk og lyd- og bildetolk, for eksempel at det tekniske utstyret ikke er godt nok, at internettforbindelsen ikke er rask nok og/eller andre forhold som skaper «støy» og som forstyrrer tolkesituasjonen.

En utfordring som kan oppstå, er når tolken har lite kjennskap til området det skal tolkes på. Det er ganske stor forskjell på ulike tolkeoppdrag. Noen ord og uttrykk finnes kanskje ikke på det aktuelle språket, og på noen områder kan det da av og til være en fordel at tolken selv har en viss erfaring med tematikken som tolkingen omhandler:

En gang hadde jeg en mann som tolket, men det var så mislykka. Han visste jo ikke hva 'ammeinnlegg' og sånn var... Det er en fordel å ha en litt erfaren kvinne til samtaler om fødsel og slikt. (sykepleier, kvinne- og barneavdeling, helseforetak)

Andre tolkesituasjoner som kan fungere dårlig, er tilfeller der tolkene ikke har tilstrekkelig språklige kvalifikasjoner. Mange informanter nevner at det er en utfordring å få tak i tolker. Det er tidvis press på tolkeoppdrag, og antall tolker i enkelte språk er svært lavt. Dette fører til at de må ta til takke med den/de som er tilgjengelige på det aktuelle tidspunktet.

Det er på en måte store variasjoner, har inntrykk av at noen har lite medisinsk kunnskap. Det er greit nok, men så spør de kanskje ikke hvis de ikke forstår. Noen kan komme med egne erfaringer... Det blir en ubehagelig og vanskelig situasjon for alle parter (sykepleier, kvinne- og barneavdeling, helseforetak)

Den siste delen av sitatet peker på nok en utfordring som fremheves av en god del informanter, nemlig mangel på rolleforståelse og profesjonalitet. Manglende rolleforståelse kommer til uttrykk ved at tolken ikke er bevisst på eller ikke tar hensyn til sin rolle som nøytral part. Selv om tolkene gjennomgående får mye ros av informantene i undersøkelsen, gis det ganske mange eksempler på tolker som ikke er sin rolle bevisst, som blander seg inn og forsøker å styre samtalene og som ikke tolker ord for ord, men gir en lengre oppsummering og fortolkning av det som sies. Da griper helsepersonell stort sett inn og opplyser om hva som er tolkens rolle, men ikke alltid. Noen melder tilbake til tolkebyrået at tolkingen ikke har fungert bra nok. Men da er det stort sett snakk om enda mer alvorlige forhold, hvor tolken fremstår som uinteressert, utviser uakseptabel atferd eller ikke overholder taushetsplikten:

Det var jo en hvor vi måtte si at hen ikke burde brukes på sykehuset. Her var pasienten oppmerksom også. Og så oppdaget vi at tolken satt og spilte spill på mobilen...det går jo ikke an. Vedkommende var helt upålitelig og vi varslet tolkebyrået om at hen ikke kunne brukes. Noen ganger har vi avbrutt samtaler, fordi taushetsplikten ikke overholdes, hvor du hører at det er flere andre i rommet, vedkommende kjører bil, pasienten oppfatter at tolken ikke forstår, sier feil etc. Da sier vi fra til sekretæren at denne tolken ikke må benyttes igjen. Vi bestiller de gode igjen og igjen. (koordinator, enhet for flyktningshelse, helseforetak).

Frykt for at taushetsplikten ikke overholdes er et forhold som nevnes av mange informanter. Noen viser til situasjoner hvor denne åpenbart ikke overholdes, som illustrert av sitatet over. En god del oppgir også at dette er noe pasientene er svært opptatt av, hvor små språkmiljøer og/eller frykt for å bli utlevert kan innvirke på kvaliteten på tolkesituasjonen.

6.6.2 Annen barriere for bruk av tolk

Bestilling av tolk utføres både av merkantilt personell og helsepersonell og synes gjennomgående å fungere greit. Samtidig er det noen av informantene som oppgir at bestillingsrutinene oppleves som uoversiktlige og/eller detaljerte, spesielt dersom de ikke bestiller tolk så ofte.

6.6.3 Ledelsens fokus på bruk av tolk

I intervjuene har vi også spurt informantene om de oppfatter at ledelsen i hhv. kommune og helseforetak/sykehus har fokus på bruk av tolk. Hovedinntrykket er at det ikke oppleves som om ledelsen er spesielt opptatt av tolkebruk, men vi har heller ikke inntrykk av at det motsatte er tilfelle. Bruk av tolk vurderes som en forutsetning for å yte gode helsetjenester og ivareta hensynet til pasientsikkerhet, uten at det synes som om det legges spesielt vekt på å oppfordre til tolkebruk.

7 Funn og vurderinger

Målsettingen med denne kartleggingen har vært å undersøke i hvilken utstrekning helse- og omsorgstjenester har egne retningslinjer for bestilling og bruk av tolk, slik tolkeloven § 9 krever, i hvilken grad disse retningslinjene er i samsvar med tolkeloven og tolkeforskriften, samt hvilke erfaringer helsepersonell har med bestilling og bruk av tolk. Videre har det vært et mål å undersøke om det er forskjeller i retningslinjene ut fra regional tilhørighet og organisatorisk plassering.

Videre har et mål vært å identifisere hvilke veiledningstiltak og andre typer tiltak Helsedirektoratet og/eller andre sentrale myndigheter bør iverksette for å øke etterlevelsen av tolkelovens krav i norsk helse- og omsorgssektor. Selv om tolkeloven er ganske fersk, innebærer en rekke relevante særlover at det skal brukes tolk, slik som pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven.

I dette kapittelet oppsummerer vi hovedfunnene fra kartleggingen, og hva vi vurderer som de viktigste utfordringene og forbedringsområdene, og besvarer følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad er eksisterende retningslinjer i samsvar med tolkeloven og tolkeforskriften, herunder forskriftens § 2?
2. I hvilken grad er det regionale forskjeller mellom helse- og omsorgstjenester, med hensyn til forekomst og innhold i retningslinjer?
3. I hvilken grad er det variasjon i forekomst og innhold i retningslinjer ut fra helse- og omsorgstjenesters organisatoriske plassering?
4. I hvilken grad er det forskjeller i helsepersonells erfaringer og kompetanse ut fra helse- og omsorgstjenesters organisatoriske plassering?

7.1 Kartlegging av retningslinjer

I hvilken grad er eksisterende retningslinjer i samsvar med tolkeloven og tolkeforskriften, herunder forskriftens § 2?

Kartleggingen har vist at en god del kommuner og helseforetak har retningslinjer for bestilling og bruk av tolk som gjelder for helse- og omsorgstjenester. Vi har mottatt færre retningslinjer som gjelder for enkelte tjenester og avdelinger.

Kartleggingen har gitt dybdekunnskap om innholdet i et utvalg retningslinjer. Vi har undersøkt hvorvidt de oppfyller føringer som gis i lov og forskrift, spesielt tolkeforskriften § 2 som gir føringer for hva retningslinjer som et minimum skal inneholde. Dette omfatter 1) rutiner for bestilling av tolk, 2) angivelse av situasjoner hvor det foreligger plikt til å bruke tolk, samt 3) veiledning i bruk av tolk og fjerntolkning.

De aller fleste, både de som gjelder for kommunene/helseforetak og for avdeling og tjenester, inneholder kravet i forskriften § 2 om at retningslinjen skal inneholde en rutine for bestilling av tolk. Det er varierende hva retningslinjene inneholder når det gjelder kontaktinformasjon og omtale av hva slags informasjon som bør oppgis for å sikre best mulig kvalifisert tolk til det særskilte oppdraget. Denne type informasjon kan dreie seg om språk, kjønn, tema for samtalen og hvorvidt det skal benyttes fremmøtetolk eller fjerntolk.

To tredjedeler av kommunenes retningslinjer omtaler når det er plikt til å bruke tolk. Åtte av 14 helseforetak har det samme, mens tre helseforetak delvis har en slik omtale. Med 'delvis' viser vi til at de omtaler når behov for tolk skal vurderes og hvordan pasienter

skal informeres om mulighet/plikt til å benytte tolk og lignende. Det er med andre ord en del retningslinjer som ikke inneholder en beskrivelse av når det skal benyttes tolk.

Det er få retningslinjer som følger anbefalingen om å angi konkrete situasjoner hvor det skal brukes tolk. Kun 10 (av 62) kommunale retningslinjer beskriver konkrete situasjoner for tolkebruk. Fem av disse er overordnede kommunale retningslinjer som ikke er spesielt rettet mot helsevesenet, selv om overordnede retningslinjer likevel kan gi konkrete eksempler fra helsetjenesten. Kun et par av helseforetakenes retningslinjer gir tilsvarende situasjonsbeskrivelser.

Omtale av fjerntolking er et annet krav i forskriftens § 2. Over halvparten av retningslinjene for kommunene nevner fjerntolking, men en god del av disse omtaler kun telefontolk eller skjermtolk og mangler mer informasjon utover at det står nevnt som et alternativ. Omtrent en tredjedel omtaler tilfredsstillende teknisk løsning og ivaretagelse av personvern. Det er flere av helseforetakenes retningslinjer som gir god informasjon om fjerntolking, ni av 14. I tillegg er det fire som omtaler fjerntolking, men med lite informasjon. Få omtaler tilfredsstillende teknisk løsning og ivaretagelse av personvern.

Som nevnt tidligere, er det er ikke presisert i lov eller forskrift hva retningslinjene skal inneholde når det gjelder bruk av tolk. Vi har blant annet tatt utgangspunkt i IMDi veiledningsmateriale for å kartlegge hva retningslinjene omtaler når det gjelder bruk av tolk. Vi har sett på omtale av fremmøtetolk, krav til å bruke kvalifisert tolk, god tolkeskikk, tolkens rolle og habilitet, bruk av barn og andre som tolk, den offentlige ansattes ansvar for å bruke tolk, og varsling og avvik.

Under halvparten av de kommunale retningslinjene omtaler fremmøtetolk på tilstrekkelig vis, mens de fleste av helseforetakenes retningslinjer gjør det. I tillegg er det noen kommunale som kun nevner det, eller gir litt informasjon.

Mens en god del av retningslinjene anbefaler bruk av fremmøtetolk, anbefaler andre bruk av telefontolk. Det strider ikke mot lov eller forskrift, men avviker noe fra myndighetenes anbefaling om å bruke fremmøtetolk og skjermtolk fremfor telefontolk.

En viktig del av tolkeloven er kravet om å bruke kvalifisert tolk. Kun en tredjedel av de kommunale retningslinjene omtaler kravet til å bruke kvalifisert tolk, der de både omtaler kravet og hva kvalifisert tolk innebærer. I noen retningslinjer omtales kravet, men uten videre forklaring. Det samme gjelder for helseforetakene, der under halvparten omtaler kvalifisert tolk på tilstrekkelig vis. Mange av retningslinjene bruker andre begreper enn kvalifisert tolk, og noen blander sammen kvalifikasjoner hos tolken med kvalifikasjoner hos tolkeleverandørene. Vår vurdering er at spesielt kravet til kvalifisert tolk omtales mangelfullt og, i noen tilfeller, misvisende og ikke i samsvar med lov.

Omtrent en tredjedel av kommunenes retningslinjer omtaler god tolkeskikk og tolkens rolle, mens kun fire av helseforetakenes retningslinjer gjør det samme. I tillegg er det ytterligere noen av retningslinjene for kommuner og helseforetak som omtaler det kort.

Åtte av helseforetakenes og halvparten av kommunenes retningslinjer omtaler den offentlige ansattes ansvar for tolkingens kvalitet, og helseforetakenes retningslinjer gir etter vår vurdering generelt mer detaljert veiledning i dette enn kommunene.

Det er også varierende om, og hvor detaljert, retningslinjene omtaler tolkens habilitet, bruk av barn og andre som tolk. Kun én retningslinje, for et helseforetak, omtaler varsling til IMDi.

Vi har sett på retningslinjene for kommunene og helseforetakene under ett, og får følgende oppstilling, der vi har klassifisert dem ut fra hvorvidt de i liten, noen eller stor grad er i samsvar med lov og forskrift:

Tabell 7-1 *Retningslinjenes samsvar med lov og forskrift*

Retningslinjenes innhold	Kommuner	Helseforetak
I liten grad	24	2
I noen grad	19	7
I stor grad	19	5
Sum	62	14

Det er med andre ord en jevn fordeling mellom kommuner som har retningslinjer som er i liten, noe og i stor grad er i samsvar med lov og forskrift § 2. Det er flere av helseforetakenes retningslinjer som i noen eller stor grad er i samsvar med loven.

Det er lite materiale å generalisere ut fra på helseforetaksnivå, men samlet sett er det fler av helseforetakenes retningslinjer som i noen eller stor grad er i samsvar med lov og forskrift. Imidlertid er det variasjon i hvor mye som forklares i retningslinjene, og dermed vil det også variere hvor nyttige de er for helsepersonell. Blant annet er det under halvparten som omtaler kvalifisert tolk slik at det er tydelig hva det innebærer.

Vi har ikke sett retningslinjer som direkte omtaler noe som strider mot tolkeloven, men spesielt når det gjelder omtale av kvalifisert tolk og telefontolkning mener vi det er stort rom for forbedring.

Noen kommuner har retningslinjer som vi vurderer at stort sett samsvarer med kravene i lov og forskrift. Noen av retningslinjene er klare, tydelige og gir god veiledning. De gir klar og tydelig informasjon, eksempelvis om hva kvalifisert tolk vil si og hva det er realistisk å få tildelt fra en privat tolkeleverandør. Noen uttrykker også at den som bestiller tolk har et selvstendig ansvar for å undersøke kvalifikasjonene fremfor å anta at leverandøren ivaretar kompetansekravene. Andre kommuner har retningslinjer som kun gir instruks i hvordan bestille tolk.

En del av retningslinjene har linker til eksterne kilder for ytterligere informasjon. Eksempler på innhold er fordeler/ulempes med ulike tolkemåter, som gjør tolkebrukeren i stand til å vurdere hva som egner seg best i en gitt situasjon. Det kan for så vidt være bra at det linkes til andre informasjonskilder, slik at ansatte kan tilegne seg mer innsikt i tolkebruk. Imidlertid kan det være tidkrevende å sette seg inn i, og det kan gi økt risiko for at ansatte ikke får tilegnet seg informasjonen dersom det meste av informasjon foreligger via hyperlinker til eksterne dokumenter. Det kan dessuten være mer tidkrevende for helsepersonell å sette seg inn i denne type informasjon når de må lete etter informasjon i ulike linker som kan være relevante for deres.

Mens noen kommuner har oversendt ett sentralt dokument som gjelder for alle ansatte i kommunen. Andre har oversendt mange dokumenter med store variasjoner i innhold. Mange, til dels overlappende, dokumenter gjør det vanskelig å ha oversikt over rutinene. Et eksempel er der hvor tolkens kvalifikasjoner omtales i ett kommunalt dokument, men ikke i et annet, og hvor ulike dokumenter gir ulik informasjon om samme tema. Noen kommuner har oversendt rutinebeskrivelser, rammeavtaler, integreringsplaner og lignende dokumenter. Noen av rammeavtalene som er vedlagt omtaler eksempelvis kvalifisert tolk, habilitet eller avviksrapportering, som ikke er omtalt i retningslinjen. Vi tviler på om helsepersonell leser rammeavtaler om tolketjenester. Hvis det ikke legges inn i retningslinjene, er det sannsynlig at slik informasjon ikke blir tilgjengelig for

helsepersonell. Det kan føre til at det ikke blir gitt tilbakemeldinger om mangelfull kvalitet på tolkingen fra den norskspråklige tolkebrukeren (og det er ofte norskspråklighetene som er mangelfulle) eller brudd på tolkeetikk.

I hvilken grad er det regionale forskjeller mellom helse- og omsorgstjenester, med hensyn til forekomst og innhold i retningslinjer?

Som Tabell 4-1 viste, er det relativt store fylkesvise variasjoner i forekomsten av retningslinjer, men det er vanskelig å observere noen systematikk i dette. Det er også store fylkesvise forskjeller i svarprosent. Vi kan ikke konkludere med at helse- og omsorgstjenester i kommuner som ikke har svart, ikke har retningslinjer. Imidlertid kan vi ut fra vårt materiale si at forekomsten av retningslinjer later til å være noe høyere i store og mellomstore kommuner enn i små.

Vi kan heller ikke se noen systematiske regionale forskjeller mellom kommunene når det gjelder retningslinjenes innhold. Innholdet i retningslinjene er ikke nødvendigvis bedre i store enn i små kommuner. Noen av retningslinjene fra små kommuner er ganske gode og i stor grad i overensstemmelse med lov og forskrift, mens retningslinjene for større kommuner kan være mangelfulle. En liten Nordlandskommune hadde nylig utarbeidet en informativ retningslinje som en konsekvens av at de nylig hadde bosatt flyktninger, mens en mellomstor Viken-kommune med en relativt stor innvandrerbefolkning ikke hadde utarbeidet retningslinjer. Det er også eksempler på det motsatte, med gode retningslinjer i sentrale østlandskommuner, og mangelfulle retningslinjer i nord. Hovedinntrykket er at kvaliteten på retningslinjene ikke henger sammen med kommunestørrelse, men heller er et utslag av tilfeldigheter og/eller enkeltpersoners kunnskap om tolking.

I hvilken grad er det variasjon i forekomst og innhold i retningslinjer ut fra helse- og omsorgstjenesters organisatoriske plassering?

Vi har kun mottatt åtte retningslinjer som gjelder for enkelte enheter i kommunene, der blant annet åtte er for helsestasjoner og to er for legevakt. Det gir for lite grunnlag til å vurdere hvorvidt det er forskjeller på retningslinjenes innhold ut fra hvilken organisatorisk enhet de tilhører.

Vi har også sett på hvorvidt det er forskjeller i retningslinjenes innhold avhengig av organisatorisk nivå. Det ene nivået omfatter retningslinjer som gjelder for samtlige enheter i kommunen. Det neste nivået er retningslinjer som gjelder for flere eller samtlige helse- og omsorgstjenester, slik som familiehelsestjenester, eller helse- og omsorgstjenester. Det siste nivået er enhetsnivå, som helsestasjon, legesenter eller rus og psykisk helse. For helseforetakene gjelder nivåene på regionalt helseforetaksnivå, helseforetaksnivå og avdelingsnivå.

I vår gjennomgang av dokumentene har vi forenklet innholdet i retningslinjene ved å klassifisere dem som på tre måter:

- svært kortfattede (inneholder kun en beskrivelse av bestilling av tolk, eventuelt også med litt annen informasjon)
- Inneholder noe mer informasjon (som når det skal brukes tolk, veiledning i bruk av tolk)
- gode og informative (som inneholder mange av kravene, som når det skal brukes tolk, omtale av kvalifisert tolk, veiledning i bruk av tolk og fjerntolk)

Som vi kan se av Tabell 7-2, har vi retningslinjer innenfor samtlige kategorier. Det er få retningslinjer for enhetene/tjenestene som vi har vurdert som informative.

Flere av retningslinjene både for kommuner og tjenester inneholder lite informasjon sett opp mot de informative, men en større andel av retningslinjene som gjelder for hele kommunen er informative sammenlignet med dem som kun gjelder for enkelte tjenester. De som gjelder for flere eller alle helse- og omsorgstjenestene i en kommune fordeler seg jevnt over de tre kategoriene. Når det gjelder retningslinjene for alle enhetene i kommunen, fordeler disse seg jevnt mellom de som inneholder lite informasjon og de informative.

Tabell 7-2 Retningslinjers innhold og organisatorisk plassering. kommuner.

	Kommune	Sektor/Helse- og omsorgstjeneste	Enhet/tjeneste	Totalt
Lite informasjon	18	4	14	36
Noe informasjon	5	4	8	17
Informativ	14	5	2	31
Totalt	37	13	24	74

Det er kun 13 retningslinjer vi har fått tilsendt som gjelder for hele eller deler av helse- og omsorgstjenestene. Det er dermed et svært begrenset grunnlag for å generalisere. De vi har mottatt, fordeler seg imidlertid jevnt utover kategoriene lite informasjon, noe informasjon og informative.

Samlet sett inneholder de fleste retningslinjene enten lite eller noe informasjon, mens vi vurderer omtrent 30 prosent til å være informative.

Det vi kan si er at det er et forbedringspotensiale på tvers av organisatorisk plassering.

Når det gjelder helseforetakene, har vi kategorierte også disse ut fra tre organisatoriske nivåer: regionalt helseforetak, helseforetak/sykehus og enhet/avdeling.

Tabell 7-3 Retningslinjers innhold og organisatorisk plassering. helseforetak.

	Regionalt helseforetak	Helseforetak Sykehus	Enhet/avdeling	Totalt
Lite informasjon		2	7	10
Noe informasjon		7	4	11
Informativ	1	5		6
Totalt	1	14	11	26

Det er få retningslinjer som gjelder for helseforetakene, så grunnlaget for å kunne generalisere er svært lite. Blant retningslinjene er det fra samme regionale helseforetak sendt inn to prosedyrebeskrivelser/retningslinjer. De inneholder beskrivelse av bestilling og annen veiledende informasjon om bruk av samisk tolk. Vi har klassifisert én som informativ.

Når det gjelder helseforetakene, er det drøyt en tredjedel av retningslinjene vi vurderer som informative. Vi vurderer ingen av de tjenestespesifikke retningslinjene som informative.

Når vi sammenligner helseforetakenes og kommunenes retningslinjer, finner vi en forskjell i at helseforetakenes retningslinjer i noe større grad gir veiledning i bruk av både fremmøte, telefon- og skjermtolking, og jevnt over har mer informasjon spesielt når det gjelder de tekniske elementene ved bruk av skjermtolking. I flere av retningslinjene fra helseforetakene vektlegges det også at pasientenes anonymitet skal ivaretas.

Inntrykket er at retningslinjer for de fleste helseforetakene i noe større utstrekning enn de kommunale omtaler begreper og forhold som har relevans for helsesektorens befatning med tolking. Det kan handle om medisinske begreper og utfordringer ved å oversette slike, hvordan en tolk bør forholde seg når hen skal oversette uttalelser fra en pasient som tilsynelatende fremstår ulogisk, og hvordan ivareta tolkens sikkerhet. Likevel er de fleste retningslinjene nokså generelle, uavhengig av organisatorisk plassering.

Når det gjelder omtale av konkrete situasjoner, finner vi at noen av retningslinjene som gjelder for helse- og omsorgstjenester i kommunene gjør dette. Noen omtaler også i større grad temaer som har relevans for helsesektoren når det kommer til tolkebruk. Kun to av de avdelingsspesifikke retningslinjene fra helseforetakene omtalte konkrete situasjoner for bruk av tolk.

Det er også forskjeller mellom helseforetakene. Noen har sendt over ett sentralt dokument som inneholder alt fra veiledning til bestillingsinstruks, mens et annet helseforetak har sendt ved mange vedlegg og informasjon som ligger mange ulike steder på helseforetakets nettsider. Vi kan imidlertid ikke se at det er noen sammenheng mellom dette og den organisatoriske plasseringen.

Hvem utformer retningslinjer i kommuner og helseforetak? I e-postkorrespondansen med ansatte i kommunene fikk vi vite fra en helsesykepleier at de har utarbeidet retningslinjer for sin tjeneste, og at vedkommende hadde forsøkt å formidle at det var behov for å utarbeide en felles kommunal retningslinje, uten at det har skjedd hittil. Vi fant også for eksempel at en retningslinje for BUP hadde mer nyttig informasjon i sin retningslinje enn den som var gjeldende for helseforetaket. Det kan tyde på at enkeltansattes kunnskap og engasjement rundt tolking har stor betydning for hvorvidt retningslinjer blir utformet, og hvilket innhold disse får.

Som vi har vært inne på tidligere, later det til å være noe høyere forekomst av retningslinjer i store og mellomstore kommuner enn i små kommuner. Men innholdet i retningslinjene er ikke nødvendigvis bedre i store enn i små kommuner. Noen av retningslinjene vi har mottatt fra små kommuner er ganske gode, og i stor grad i overensstemmelse med lov og forskrift, mens retningslinjer for større kommuner kan være mangelfulle. Hovedinntrykket er at kvaliteten på retningslinjene ikke henger sammen med kommunestørrelse, men heller er et utslag av tilfeldigheter og/eller enkeltpersoners kunnskap om tolking.

7.2 Helsepersonells kunnskap og erfaringer

Helsepersonell har mye erfaring med bestilling og bruk av tolk, men kjenner i liten grad til tolkeloven

Denne kartleggingen bekrefter en del tidligere funn om bruk av tolk i helse- og omsorgssektoren. Dette gjelder spesielt (manglende) bruk av kvalifisert tolk og manglende rutiner for vurdering av tolkenes habilitet. Våre intervjuer med helsepersonell i et utvalg kommuner og helseforetak gir et entydig bilde av at de ikke kjenner til krav om bruk av kvalifisert tolk og hva dette innebærer.

Inntrykket fra intervjuene er at tolk benyttes i ganske stort omfang og at informantene vet hvordan de skal bestille tolk. Samtidig tyder intervjuene på at ufaglærte tolker benyttes i stor grad, og at de som bestiller tolk i liten grad sjekker habilitet og kvalifikasjoner. Kjennskapet til innholdet i den nye tolkeloven er (svært) lav, men informantene har kjennskap til betydningen av tolk og situasjoner som kan utløse behov for tolk fra annen særlovgiving, og fra sentralt og lokalt utviklet informasjons- og veiledningsmateriell. Samtidig tyder intervjuene på at familie, pårørende og venner fortsatt benyttes som tolk i en del situasjoner, selv om de aller fleste informantene oppgir at det ikke er ønskelig. Det er også en del som benytter engelsk eller non-verbal kommunikasjon der hvor tolk ikke er bestilt eller ikke å oppdrive, i tilfeller der hvor pasienten ikke har tilstrekkelige norskerferdigheter.

Bruk av telefontolk er utbredt, noe som forklares med at det er det som er lettest tilgjengelig. Men det er også flere informanter som oppgir at telefontolk er å foretrekke grunnet hensynet til anonymitet. Utstrakt bruk av telefontolk kan kanskje forklare at økonomi gjennomgående ikke oppleves som barriere for tolkebruk, siden det er rimeligere enn fremmøtetolk. Samtidig er det enkelte informanter som så å si aldri benytter telefontolk, med henvisning til at det ikke fungerer i en samtalsituasjon, fordi en går glipp av viktig non-verbal kommunikasjon. Fjerntolking (lyd/bilde) benyttes av få, først og fremst fordi informantene ikke har kompetanse på å benytte det tekniske utstyret som dette fordrer.

Samlet sett gir informantene uttrykk for at de ønsker mer opplæring og veiledning i hvordan de kan legge til rette for gode tolkesituasjoner, både ved øke sin bestillerkompetanse (sjekke kvalifikasjoner og habilitet) og gjennomføring av selve tolkesamtalen (forberedelser og metoder).

Helsepersonell har varierende kjennskap til eksisterende retningslinjer, og bruk og opplevd nytte er lav

Intervjuene med helsepersonell tyder på at kjennskapet til retningslinjer for bestilling og bruk av tolk på egen arbeidsplass varierer, men de fleste oppgir at de har skriftlige rutiner for hvordan de skal bestille tolk. Inntrykket fra intervjuene er at når informantene oppgir at de har 'retningslinjer,' er det i hovedsak bestillingsrutinene de viser til og at disse ikke benyttes i særlig grad, først og fremst fordi informantene vet hvordan de skal gå frem for å bestille tolk eller fordi det er andre, stort sett merkantilt personale, som bestiller tolk.

På spørsmål om de kjenner til innholdet i retningslinjene og hvordan de vurderer det, er inntrykket fra intervjuene at informantene har mindre kjennskap til det, at de ikke opplever dem som spesielt nyttige og i liten grad bruker dem. Dette forklarer de med at retningslinjene er mangelfulle, kortfattede og med lite informasjon. De er dermed lite nyttige som veiledningsdokumenter for helsepersonell utover å beskrive hvordan tolk skal bestilles.

Retningslinjene beskriver i liten grad situasjoner det skal brukes tolk, eller hvordan de kan legge opp en tolkemediert samtale.

Vi finner at resultatene fra vår kartlegging av retningslinjene i stor grad sammenfaller med resultatene av intervjuundersøkelsen. Begge undersøkelser indikerer at det er tilfeller hvor det ikke er utarbeidet retningslinjer, eller at informantene ikke kjenner retningslinjer som gjelder for deres virksomhet. Der hvor det er utarbeidet retningslinjer, inneholder de fleste en rutinebeskrivelse for bestilling av tolk, men i mindre grad beskrivelser og veiledning i andre aspekter ved tolkebruk. Retningslinjer kan nevne både kvalifisert tolk, tolkeregister, habilitet og avviksrapportering, uten at helsepersonell

nødvendigvis vet hva denne informasjonen betyr eller hva de skal gjøre med den. En retningslinje bør inneholde noe mer enn å opplyse om at «tolken bør være habil» eller «kvalifisert.» I stedet bør den informere hvordan dette skal gjøres.

Som tidligere nevnt, er det såvidt vi vet ikke definert hva som ligger i formuleringen «veiledning i bruk av tolk og fjerntolking», og det er dermed opp til den enkelte aktør å definere hvor detaljerte de skal være og hva de skal omtale. Intervjuene vitner om at en retningslinje bør inneholde omtale og beskrivelse av paragrafene i tolkeloven, jamfør omtale i denne rapporten. Det er nødvendig for at retningslinjen skal være nyttig og oppfylle informasjonsbehovet hos helsepersonell i forbindelse med bestilling og bruk av tolk.

Til tross for at en god del retningslinjer omtaler ulike tolkeformer, viser intervjuene at våre informanter i hovedsak benytter telefontolking. Vi vet ikke om det skyldes at retningslinjene i deres virksomheter gir føringer om at det primært skal benyttes telefontolk. Som nevnt gir intervjuene inntrykk av at informantene i liten grad forholder seg til retningslinjer. Bruk av telefontolking begrunnes med at det er en etablert praksis.

Det er situasjoner det i mindre grad brukes tolk

Fra intervjuundersøkelsen går det frem at det er situasjoner helsepersonell i mindre utstrekning bruker tolk.

Situasjonene oppstår særlig i akutte situasjoner, og der hvor tolkebehovet ikke var meldt inn på forhånd. Tolkesamtalene krever i utgangspunktet planlegging da det som regel vil ta noe tid før tolken er tilgjengelig, og ofte lengre tid enn den tiden som er satt av til konsultasjonen. I tillegg kan det også være andre elementer og hensyn som skal ivaretas, slik som blant annet teknisk tilrettelegging. Helsepersonell må da gjøre en avveining knyttet til om og eventuelt hvor godt pasienten kan kommunisere på norsk, alvorligheten i saken og øvrige hensyn og krav som spiller inn.

Det er også situasjoner pasienten selv ikke ønsker å benytte tolk, noe helsepersonell kan oppleve som vanskelig å overprøve.

Tidvis kan det være utfordrende å få tak i tolker, spesielt innenfor enkelte språkgrupper.

Utstrakt bruk av telefontolk, lite kjennskap til skjermtolk

Så godt som ingen av informantene oppgir at økonomi, eller signaler om å redusere kostnader, er barriere for bruk av tolk. Det er imidlertid noen av informantene som forteller at de har fått signaler fra ledelsen om å bruke telefontolk. Informantene har ikke formidlet hvorvidt signalene begrunnes med økonomi, men gitt at telefontolking er den billigste og minst tidkrevende tolkemåten, anser vi det ikke for usannsynlig at en slik føring har sammenheng med ressursbruk. Fremmøtetolker skal honoreres både for tiden det tar å tolke, og for reisetiden. Fjerntolking medfører sparte utgifter til reisetid for tolken.

De fleste opplever å være tilfreds med å bruke telefontolk, og i distriktene kan fjerntolking være det eneste alternativet. Noen har økt bruk av telefontolk som en følge av pandemien.

Informantene oppgir dessuten pasientens behov for anonymitet som begrunnelse for bruk av telefontolk. Videre er det lettere å skaffe telefontolk på kort varsel sammenlignet med fremmøtetolk

En utfordring ved bruk av telefontolk, er at det ikke er mulig å fange opp ikke-verbal kommunikasjon. Helsepersonell kan heller ikke kontrollere at tolken sitter skjermet og

oppfyller taushetsplikten. Ofte er det også dårlig lyd ved bruk av telefontolk. IMDi påpeker at telefontolking kun egner seg for enkle og korte samtaler der det er små muligheter for misforståelser, og, hvis slike misforståelser skulle oppstå, har få konsekvenser.¹³

Intervjuene tyder på at helsefaglig og medisinsk terminologi er en utfordring for en del av tolkene, noe som krever god forberedelse hos helsepersonell og bevissthet om hvilke ord de bruker og hvordan de formulerer seg. Dette vil kreve desto mer i en samtale der telefontolk brukes.

Samtidig som det er utstrakt bruk av telefontolk, viser intervjuene at informantene har lite kjennskap til skjermtolk, og på mange arbeidsplasser er det heller ikke lagt til rette for dette.

I hvilken grad er det forskjeller i helsepersonells erfaringer og kompetanse ut fra helse- og omsorgstjenesters organisatoriske plassering?

Inntrykket fra intervjuene samlet sett er at organisatorisk plassering i liten grad forklarer helsepersonells erfaringer og kompetanse på bruk av tolk. Informanter fra så vel kommuner som sykehus/helseforetak kan vise til erfaring med og kompetanse på tolkebruk, men både erfaring og kompetanse synes aller mest å handle om hvilke arbeidsoppgaver den enkelte har, og med hvor mange fremmedspråklige pasienter de har. Helsepersonell som arbeider i tjenester med særskilt ansvar for flyktninger og/eller fremmedspråklige pasienter har naturlig nok mer erfaring med bruk av tolk.

I hvilken grad ser vi regionale forskjeller i helsepersonells erfaringer og kompetanse med bestilling og bruk av tolk?

Inntrykket fra intervjuene er at det er få regionale forskjeller knyttet til helsepersonells erfaringer og kompetanse knyttet til bestilling og bruk av tolk. Dette kan skyldes at vi har intervjuet relativt få informanter fra hver av de ulike regionene. Igjen synes arbeidsoppgaver og sammensetning av pasientgrunnet å være viktigere enn regional tilhørighet for å forklare forskjeller i erfaring og kompetanse knyttet til bestilling og bruk av tolk.

¹³ *Ulike måter å tolke på.* Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/tolk/tolkeform-og-tolkemetoder/>.

8 Oppsummering og anbefalinger

Kartleggingen har vist at mange av helseforetakenes og kommunenes retningslinjer ikke er i samsvar med forskrift § 2. De fleste har en beskrivelse av hvordan de skal bestille tolk, men utover det er det mangelfull informasjon i en stor andel av retningslinjene. Videre er det variasjon i hvilke temaer som omhandles i retningslinjene, hva som står omtalt om de ulike temaene, og hva som anbefales.

Mange av retningslinjene har en mangelfull omtale av fjerntolkning. Det er stor variasjon i hvilken veiledning som gis i bruk av tolk. Få retningslinjer omtaler konkrete situasjoner der det skal brukes tolk. Samlet sett vurderer vi at om lag 20-30 prosent av retningslinjene er informative.

Noen av kommunene og helseforetakene har sendt over dokumenter som hver for seg inneholder ulike biter av informasjon om tolkebruk. Dette kan føre til at tolkebrukere går glipp av informasjon hvis de ikke har kjennskap til, og forholder seg til, alle de ulike dokumentene.

Helsepersonell har mye erfaring med bruk av tolk, men kjenner i liten grad til tolkeloven og hva kvalifisert tolk innebærer. De har lite kjennskap til skjermtolkning og bruker telefontolk i utstrakt grad. De har varierende kjennskap til eksisterende retningslinjer, og opplever dem som lite nyttige og tilgjengelige. Helsepersonell ønsker opplæring i bruk av tolk.

Til tross for at helsepersonell bruker tolk i mange situasjoner, er det flere forhold som hindrer bruk av tolk. Helsepersonell mangler informasjon om pasientens tolkebehov i forkant. Det er utfordringer med å få (kvalifisert) tolk på kort varsel. Sist, men ikke minst, mangler noen pasienter tillit til helsevesenet og er redde for at tolker ikke overholder taushetsplikten.

8.1 Anbefalinger

I dette avsnittet drøfter vi ulike tiltak som kan bidra til å øke etterlevelsen av tolkelovens krav i helse- og omsorgssektoren.

Vi drøfter følgende tiltak:

- Revidert faglig veileder og hva denne bør inneholde
- Opplæringstiltak som retter seg mot helsepersonell
- Rapporteringskrav til kommuner og helseforetak

8.2 Revidert faglig veileder

Helsedirektoratets nasjonale veileder for kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (2011) er under oppdatering og skal digitaliseres.

Veilederen gir anbefalinger om bruk av tolk, og hva helsepersonell bør gjøre når de skal benytte tolk. Mye av informasjonen i veilederen er fremdeles relevant og aktuell.

Helsedirektoratets normerende produkter har ulik grad av normering, fra «kan/foreslår», «bør/anbefaler» til «skal». Noen av anbefalingene i dagens veileder kan formuleres mer normerende enn de er i dag. Formuleringen *skal* kan brukes mer i stedet for *bør* og *kan*. På den måten kan en revidert veileder bidra til økt kunnskap om tolkebruk, og til å øke

bruken av tolk og kvalifisert tolk i helse- og omsorgssektoren. Det vil igjen føre til at helse- og omsorgssektorens i større utstrekning etterlever lov og forskrift.

Veilederen bør omtale innføringen av tolkeloven, og § 9 der det spesifiseres at offentlige aktører som jevnlig bruker tolk skal ha egne retningslinjer med krav til spesifikt innhold. Disse skal blant annet være tilpasset organets størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Veilederen bør omtale hva retningslinjer skal og bør inneholde. Retningslinjene bør være lett tilgjengelig for helsepersonell.

Å utarbeide gode retningslinjer forutsetter kompetanse. Det bør være én instans som har ansvaret for utforming og vedlikehold av retningslinjer. Det vil sikre at de holdes oppdaterte, og at innholdet er i tråd med lov, forskrift og anbefalinger.

I veilederen kan det være hensiktsmessig å anbefale at tjenestene etablerer rutiner som gjør det enkelt å dokumentere at pasienten har behov for tolk, og at denne informasjonen følger pasienten videre i behandlingsforløpet. Det kan for eksempel være en obligatorisk rubrikk om behov for tolk som må fylles i henvisningsskjemaer fra henvisende instans som fastlegge til spesialisthelsetjenesten.

Veilederen bør anbefale at kommuner og helseforetak etablerer lett tilgjengelig digitalt utstyr med god teknisk kvalitet, slik at skjermtolking blir en reell erstatning for telefontolking og dermed mer i tråd med nasjonale anbefalinger.

8.3 Hva bør en retningslinje for helse- og omsorgstjenestene inneholde?

Som kartleggingen viser, er det stor variasjon i hvordan retningslinjene er utformet, og hvor informative de er. På bakgrunn av dette, mener vi det er behov for at Helsedirektoratets veileder konkret beskriver hva retningslinjer skal og bør inneholde av informasjon. Dette også fordi det skal føres tilsyn med at kravene i loven følges, og virksomheter må dermed utarbeide retningslinjer som kan bidra til etterlevelse av loven.

Mye av den informasjonen som retningslinjene bør inneholde fremgår av Helsedirektoratets veileder. Det bør tydeliggjøres at informasjonen som omtales i Helsedirektoratets veileder også bør inngå i helsetjenestenes egne retningslinjer.

Retningslinjene bør omtale tolkeloven og kravet til å bruke kvalifisert tolk. Retningslinjene bør forklare hva som ligger i begrepet kvalifisert tolk og de ulike kvalifikasjonskategoriene, og vise til Nasjonalt tolkeregister med hyperlink.

Retningslinjer for helse- og omsorgstjenesten skal inneholde en beskrivelse av hvordan bestille tolk. I tillegg til kontaktinformasjon bør den også inneholde eksempler på hva slags informasjon som bør oppgis om oppdraget.

Videre bør de inneholde en beskrivelse av hva helsepersonell bør be om når de skal bestille kvalifisert tolk. Det må også framgå at helsepersonell må få informasjon fra tolkeformidler om hvilke kvalifikasjoner tolken de har fått tildelt har. Retningslinjene bør oppfordre til å bruke den mest kvalifiserte tolken som er tilgjengelig.

Det bør beskrives at konsultasjoner med bruk av tolk ofte tar mer tid enn andre konsultasjoner. Helsepersonell bør sette av en dobbeltime når de skal bruke tolk.

Retningslinjene må omtale når det er plikt til å bruke tolk. For å hjelpe helsepersonell til å vurdere om det skal brukes tolk, kan retningslinjene inneholde veiledende informasjon om hvordan helsepersonell kan vurdere om minoritetsspråklige har tilstrekkelige norskerferdigheter til å greie seg uten tolk. Slike vurderinger kan være vanskelig å gjøre for

helsepersonell som ikke har språkkompetansevurderinger som sitt fagfelt. Det kan gis veiledning i hvordan det skal gjøres, og hvilket nivå på norskkunnskaper som er tilstrekkelig i ulike situasjoner.

Retningslinjene bør eksemplifisere konkrete situasjoner fra helsetjenestene der det skal brukes tolk.

Retningslinjene skal omtale fremmøtetolking og begge variantene av fjerntolking, med informasjon om hva som er styrker og svakheter ved tolkemåtene, og når de egner seg. Videre må de gi en beskrivelse av hvilke hensyn som må tas ved bruk av fjerntolking.

De bør omtale hvordan den offentlige ansatte kan bidra til tolkingens kvalitet i tolkemedierte samtaler, og hva lovverket sier om bruk av barn og andre pårørende som tolk - som også inkluderer unntaksbestemmelsene. Videre bør de gi en beskrivelse av god tolkeskikk og tolkens rolle, og hvordan avklare av habilitet.

Retningslinjer bør omtale hvordan helsepersonell skaffer til veie tolk i akutte situasjoner, og i situasjoner der tolkebehovet har vært ukjent.

Retningslinjer bør gi en beskrivelse av systemer for avviksrapportering, og de bør gi eksempler på hva som kan betraktes som avvik når det gjelder bruk av tolk.

8.4 Utarbeide retningslinjemaler

Helsedirektoratet kan bidra med konkrete eksempler på når det skal brukes tolk sett i forhold til tjenestenes egenart, aktiviteter og risikoforhold. Et tiltak som kan bidra til at retningslinjer er i tråd med forskriften, samtidig som de tar hensyn til lokale forhold, er at Helsedirektoratet eller andre fagorganer utarbeider retningslinjemaler. Det kan utformes maler som retter seg mot ulike tjenester eller avdelinger, som for eksempel helsestasjon, fødeavdeling, fastlege, øyelege osv. Tjenestene og avdelingene kan deretter fylle inn lokale spesifikasjoner om hvordan man bestiller tolk, både med tolkeleverandør, eventuelt tolkeløsning i egen regi, og med lenke til nasjonalt tolkeregister.

I slike maler kan det også spesifiseres konkrete situasjoner det skal brukes tolk.

8.5 Krav om rapportering

I tolkelovens § 12 står det at statlige og kommunale tilsyn med offentlige organer, også skal omfatte tilsyn med at offentlige organer oppfyller pliktene etter §§ 4 og 6 til 9. Det innebærer at det skal føres tilsyn med at lovverket følges når det gjelder bruk av barn som tolk, ansvar for å bruke tolk når det følger av lov, krav om å bruke kvalifisert tolk, krav ved bruk av fjerntolking og krav om å utarbeide retningslinjer for bestilling og bruk av tolk. For at kontrollvirksomhet ved tilsyn skal kunne gjennomføres, må tjenestene ha systemer for journalføring og rapportering over etterlevelse av pliktene som følger av §§ 4 og 6 til 9.

I Helsedirektoratets veileder står det at «*det bør rapporteres på etterspørsel etter tolketjenester på ulike språk, oppfyllelse av kvalitetskrav og avvik mellom behov og tilbud. Det er viktig med en rapportering som også sier noe om kvaliteten på tolketjenesten som er benyttet.*» Vi antar at et krav om å rapportere på antall tolkeoppdrag kan føre til større systematikk i å dokumentere tjenestenes bruk av kvalifisert (og ukvalifisert) tolk, hvilke tjenester og avdelinger som bruker tolk, og hvilke

som ikke gjør det. Dette igjen vil kunne danne grunnlag for videre kvalitetsforbedringsarbeid i tjenestene.

For at offentlige organer skal kunne rapportere på bruk av kvalifisert tolk, må det være systemer der tolkeleverandørene oppgir hvilke kvalifikasjoner den tildelte tolken har. Et rapporteringskrav kan føre til økt fokus på å unngå bruk av ukvalifiserte tolker. At kommuner og helseforetak får oversikt over antall tildelte oppdrag med bruk av kvalifiserte tolker kan ha betydning for fremtidig dialog med leverandører og i anbudsrunder. I avtalene kan det spesifiseres at leverandøren skal oppgi tolkens kvalifikasjoner til tolkebestiller ved tildeling av et oppdrag.

8.6 Opplæringstiltak

Helsepersonell vi har intervjuet har både et behov for, og et ønske om, opplæring i tolkebruk. Det er utarbeidet ulikt veiledningsmaterieell som finnes i form av dokumenter og som filmer og e-læring, og IMDi har utarbeidet veiledningsmateriale som er tilgjengelig på nett. Det er også laget materiale som retter seg spesifikt mot helsesektoren.¹⁴ En god del av retningslinjene vi har gjennomgått linker til dette materialet.

Informantene våre ønsker blant annet å få kunnskap om hvordan de best tilrettelegger for en tolkemediert samtale og helsepersonells rolle og ansvar i samtalen. Videre ønsker de opplæring i hva kvalifikasjonskategoriene betyr og hvordan de kan og bør brukes. Hva bør helsepersonell gjøre for, i den grad det er mulig, å skaffe til veie kvalifiserte tolker? Hvordan kan de vite hva de bør be om, og vite hva de faktisk får tildelt?

De ønsker praksisnær og konkret informasjon. Her kan noen ha nytte av veiledning i konkrete situasjoner hvor de har plikt til å bruke tolk, og i hvordan de skal foreta de konkrete vurderingene.

Blant våre informanter var det lite kjennskap til bruk av skjermtolking. Det tyder på behov for opplæring i fordeler og ulemper ved de ulike tolkemåtene og i hvordan man gjennomfører en samtale ved hjelp av fjerntolking. IMDi har skjermtolking som et satsingsområde, og antas å kunne øke tilgangen til kvalifiserte tolker der det er utfordringer med å skaffe kvalifiserte fremmøtetolker. Myndighetene vurderer skjermtolking som et foretrukket alternativ til telefontolking. I en god del retningslinjer og intervjuer er telefontolking en utbredt foretrukket tolkeform.

Flere opplever det som utfordrende å vite hvor mye de kan dele av informasjon i forbindelse med tolkeoppdrag uten å bryte taushetsplikten. Informasjon om hvordan balansere disse to hensynene vil være nyttig for å sikre forsvarlige tjenester. Det kan være nyttig med veiledning i hvordan de kan ivareta anonymitet og habilitet samtidig som tolken får nødvendig informasjon om oppdraget. Det er særlig viktig at tolken får

¹⁴ For eksempel *Kultursensitiv kommunikasjon og bruk av tolk*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://spesialisthelsetjenesten.no/lis/kultursensitiv-kommunikasjon>, *Kommunikasjon via tolk i helsetjenesten*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.kompetansebroen.no/courses/kommunikasjon-via-tolk-i-helsetjenesten?o=ahus>, *Telefontolking*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.kompetansebroen.no/courses/telefontolking?o=ahus>, *E-læringskurs for skjermtolking*. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.kompetansebroen.no/courses/telefontolking?o=ahus>.

informasjon om ord og begreper som kan bli benyttet under oppdraget slik at tolken kan forberede seg.

Opplæringen bør også bidra en forståelse av kvalifisert tolk og hvordan helsepersonell går frem for å bestille kvalifiserte tolk og får vite kvalifikasjonene til tolken de har fått tildelt.

Noe av kunnskapsbehovet vil gjelde uavhengig av arbeidsplass, mens annen kunnskap vil være mer spesifikt rettet inn mot behov på den enkelte arbeidsplass og sektor.

Det må legges til rette for at helsepersonell kan bli kjent med at lokale retningslinjer og eksternt veiledningsmateriale finnes. Videre at nyansatte får opplæring i tolkebruk, ikke kun få informasjon om bestilling av tolk. Helsepersonell må få mulighet til å bruke tid på egen kompetanseheving.

For å tilrettelegge for ulike behov hos helse- og omsorgspersonell mener vi det kan være hensiktsmessig at de har tilgang til ulike typer veiledningsmateriale, både digitale webinarer, korte informasjonsfilmer og annen opplæring. Det er også ønske om å få veiledning og opplæring fysisk, og ikke kun digitalt. Å ha fleksible og varierte tilbud kan gjøre det mer overkommelig for helsepersonell å tilegne seg kunnskap. Opplæringen bør gis ved nyansettelser og i jevne intervaller slik at kunnskapen opprettholdes.

I dagens veileder står det at det er viktig at ansatte får nødvendig opplæring i tolkebruk. Videre anbefales det at ansatte får kjennskap til rutiner og nødvendige ferdigheter som tolkebruker, inkludert kunnskap om eget ansvar i en tolkemediert samtale, tolkens rolle og retningslinjer for god tolkeskikk. En revidert veileder bør inkludere at det skal gis opplæring til nyansatte, at arbeidsgivere sørger for at helsepersonell får holde seg faglig oppdatert, og at det settes av tid til det. Dette inkluderer opplæring i bruk av skjermtolk.

Helsepersonell i helseforetakene bør gis informasjon om at det er utarbeidet en nasjonal avtale om tolk i akutt situasjoner. Kjennskap til at det finnes et tilbud for akuttolking kan bidra til å øke bruken av tolk også i situasjonene der tolkebehovet er ukjent.

8.7 Andre tiltak

En sentral ambisjon med tolkeloven er å øke offentlige virksomheters bruk av kvalifiserte tolker. Kravet i § 7 om å bruke kvalifisert tolk kom sammen med en dispensasjonsbestemmelse som gjelder frem til 2027, men sendte samtidig et signal til offentlige virksomheter om å forbedre å øke bruken av kvalifisert tolk.

Proba (2022) har gjennomført en kartlegging av tolkers arbeidsvilkår og av markedet for tolketjenester. En sentral problemstilling i kartleggingen var hvilke grep som kan bidra til økt bruk av kvalifisert tolk. Basert på denne kartleggingen utledet vi et sett med anbefalinger, som også kan være relevante i helsesektoren.

I rapporten argumenterer vi for at ambisjonene om økt bruk av kvalifisert tolk, vanskelig kan nås uten en forsterket økonomisk innsats. Økte budsjetter til tolkeutgifter kan både bidra til bedre lønnsvilkår for tolkene og til bedre tolketjenester og til mer likeverdige tjenester til minoritetsspråklige innbyggere. I tillegg kan det argumenteres for at bedre tjenester vil være kostnadsbesparende for det offentlige på lengre sikt, ved at man unngår feil og kan jobbe bedre med forebygging (Proba 2022).

Videre argumenterer vi for at offentlige virksomheter som har et nokså stort tolkebehov, bør vurdere å etablere interne løsninger for koordinering av tolkeoppdrag. Tolkesentralen ved OUS er et eksempel fra helsesektoren på dette, den er bygget opp

over tid og det er lagt en god del ressurser i den. Tolkesentralen lykkes i stor grad med å levere kvalifiserte tolker, og er blant tolkene ansett som ledende i tolkefeltet på kvalitetssikring, oppfølging og faglig utvikling (Proba 2022). Det bør vurderes om det er mulig å utvide nedslagsfeltet slik at flere enheter i helsesektoren kan benytte seg av tolketjenester fra Tolkesentralen.

Det finnes også eksempler på koordinering i offentlig regi som innebærer mindre bemanning enn den som finnes ved Tolkesentralen. Som et minimum må en intern løsning inneholde en egen tolkekatalog som er koblet med en bestillingsplattform, samt et minstemål av avsatte ressurser til å bygge opp og kvalitetssikre katalogen og systemet (Proba 2022). Kommuner og helseforetak kan sondere mulighetene for å slutte seg til en allerede eksisterende løsning, eller å gå sammen om å etablere en ny løsning.

Dersom kommunen eller helseforetaket vurderer at forholdene ikke ligger til rette for å utvikle oppdragskoordinering i egen regi, bør det vurderes hvordan man kan oppnå økt bruk av kvalifisert tolk innenfor rammen av de løsningene som brukes per i dag. Vi argumenterer for at bruk av anbudsutsetting og rammeavtaler er å foretrekke fremfor løpende ad hoc-bestillinger fra byråer. Dette vil gi virksomheten mer kontroll med tjenestene som leveres. Innenfor rammen av anbudsmarkedet for tolketjenester finnes det en rekke anbefalte grep som skal bidra til å oppnå bedre kontroll med tjenestene som leveres. Vi nøyer oss her med å vise til IMDis nettbaserte veileder¹⁵ og til supplerende anbefalinger i Proba (2022).

¹⁵ Veileder for offentlige anskaffelser av tolketjenester. Hentet 8. mars 2023 fra <https://www.imdi.no/tolk/veileder-for-offentlige-anskaffelser-av-tolketjenester/>.

Litteratur

Agenda Kaupang og Oslo Economics. (2018). *Økonomiske konsekvenser ved innføring av tolkeloven*.

Danielsen, K., Engebretsen, A.I., og Finvold, J.E. (2011). *For å jobbe her må en være interessert i folka som bor her. Helsesøstre og brukere på tre helsestasjoner i Alna bydel*. NOVA rapport 22/11

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2013): *Kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten*, TNS Politikk og samfunn.

Helsetilsynet. (2014). *Helsestasjonen: Hjelp i rett tid? Landsomfattende tilsyn 2013*. Oslo: Helsetilsynet.

IMDi. (2020). *Kartlegging av anskaffelser av tolketjenester*. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

Jareg, K. (2014). *Oppsummering av den nasjonale erfaringskonferansen «Offentlige tjenester på hundre språk?»* Integrerings- og mangfoldsdirektoratet

Kale, E. (2006). *Vi tar det vi har – om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo*. NAKMI 2/2006. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse.

Le, C. (2013). *Når er «litt norsk» for lite? En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten*. NAKMI rapport 2/2013

NOU 2014: 8. *Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

Proba. (2022). *Tolkers arbeidsforhold og markedet for tolketjenester*. Proba-rapport 2022-11. Oslo: Proba samfunnsanalyse.

Prop. 156 L (2020-2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven)*. Kunnskapsdepartementet.

Saastad, E., Vangen, S. and Frøen, J.F. (2007). *Suboptimal care in stillbirths – a retrospective audit study*. *Acta Obstetricia & Gynecologica*, årgang 86, nummer 4, s. 444 – 450

Vedlegg

Intervjuguide til intervjuer med helsepersonell i kommuner og helseforetak

- *Helseforetak/kommune:*
- *Avdeling:*
- *Stilling:*
- *Intervjuer:*
- *Sted, dato:*
- *Merknader:*

Bakgrunn:

- Enhet og avdeling i kommunen/helseforetaket
- Hva er din stilling og fagbakgrunn?
- Fartstid i stillingen

Kjennskap til tolkeloven og retningslinjer:

- Kjenner du til tolkeloven som kom tidligere i år og innholdet i denne?
 - Har du fått informasjon og veiledning om innholdet i loven? (har de fått informasjon og veiledning om kravene som stilles offentlige instanser)
- Har dere (foretak/kommune/sector/enhet) rutiner for bestilling og bruk av tolk?
 - Vet du om rutineene er felles for helseforetaket/hele kommunene eller har dere egne rutiner for sektoren/enheten/avdelingen?
- Har helseforetaket/sectoren/enheten/avdelingen delt informasjon om rutinen?
 - Evt på hvilken måte?
- Hvor finner du rutinen for bestilling og bruk av tolk?
- Brukes retningslinjene? Oppleveres de som nyttige? Bidrar de til gode rammebetingelser? Er det noe i dem som skaper barrierer eller begrensninger?
 - Er det aspekter i retningslinjene som er uklare?
 - Er retningslinjene godt tilpasset din kliniske arbeidshverdag?

Opplæring

- Hva har dere fått opplæring i (f.eks tolkeloven, rutiner, bestilling, bruk av tolk)?
 - Hvem gir opplæringen – FHI, kommunen, NAKMI etc. etc.?
 - Internt eller eksternt? Tolketjenesten har tidligere gitt tilbud om dette.
 - Når fant opplæringen sted?
 - Hvem fikk opplæring?
 - Hva var tema i opplæringen og hvordan foregikk opplæringen? (oppmøtetolk, fjerntolk, kvalitet, vurdering av behovet for tolk og bruk av familie/venn)
 - Var det noe som var bra/nyttig med opplæringen og/eller mindre nyttig?
 - Er det noe du savner i opplæringen?

- Hvordan vil du vurdere ditt kunnskaps- og veiledningsbehov når det kommer til bestilling og bruk av tolk, tolkeloven og retningslinjer
- Hvordan vil du vurdere enhetens/avdelingens kunnskaps- og veiledningsbehov knyttet til dette?
- Er det behov for kompetansehevende tiltak? Hva slags – verktøy eller veiledning er det behov for? Hva skulle du ønske var tilgjengelig som dere kunne benytte dere av?

Bestilling og bruk av tolk

- Bestiller du tolk selv eller er det noen andre som bestiller?
- Erfaringer med bestilling av tolk?
 - Er det noe som er utfordrende i forhold til bestilling av tolk?
 - Offentlige organer er pliktig til å bruke kvalifisert tolk.
 - Har dere fått informasjon/veiledning om hva en kvalifisert tolk?
 - Er dette noe dere sjekker ved bestilling av tolk? (Spesifiseres det i bestillingen, sjekker dere tolkeregisteret, annet)
 - Har du fått informasjon/veiledning om krav til tolkens habilitet?
 - Sjekker dere dette ved bestilling av tolk? På hvilken måte eller hvorfor ikke?
 - Vurderer dere tolkens kvalifikasjoner ved oppstart eller under oppdraget?
- Hva er din erfaring med bruk av tolk i arbeidshverdagen?
 - I hvilke situasjoner er det aktuelt å bruke tolk i din arbeidssituasjon?
 - Hender det at ansatte benyttes som tolk og/eller at pasient har med familiemedlem/venn/el som oversetter?
- Kan du anslå ca hvor ofte du har behov for å benytte tolk i din arbeidshverdag? (her både situasjoner der du bestiller tolk og situasjoner der andre ansatte, familiemedlemmer, nettverk benyttes som tolk)
- Hvor ofte har du pasienter som ikke kan norsk, og hvor du ikke har behov for tolk?
 - Daglig, ukentlig, noen ganger i måneden, en gang i måneden, sjeldnere enn en månedlig?
 - Kan du anslå ca hvor stor andel av disse situasjonene du bestiller tolk?
- Har du opplevd situasjoner der det er vanskelig å vurdere om du bør/skal bestille tolk?
 - Evt hvilke situasjoner? Hva gjør du da?
 - Hvorfor er det vanskelig å vurdere?
 - Hva gjør du dersom du ikke er kjent med behovet for tolk før pasienten møter?
 - Hvilke vurderinger gjør du dersom en pasient med behov for tolk har med seg et familiemedlem, venn, e.l som oversetter?

- Når er det ok å benytte familie/venn som tolk og når er det nødvendig å bestille tolk?
- Når er du som helsepersonell pliktig til å bestille tolk?
- Når har tolkesituasjoner fungert godt og mindre godt? eksempler
 - Hvorfor har det fungert godt/mindre godt?
- Hva er barrierer for bruk av tolk (økonomi, kultur, tidspress etc.?)

Tilrettelegging, finansiering av tolk

- Har enheten/avdelingene gjennomført tekniske tilrettelegginger som installering av skjermer og lydtekniske innretninger for å styrke kvaliteten på fjerntolking?
 - Hvordan fungerer dette?
 - Er det behov for (annen) tilrettelegging for bruk av tolk?
- Kjenner du til hvem som finansierer tolkebruk? (helseforetaket/kommunen/sektoren/enhet/avdeling)
 - Har det betydning for tolkebruk?
- Har ledelsen fokus på bruk av tolk?
 - Oppfordres det til at helseforetaket/avdelingen skal bestille tolk dersom en pasient ikke har tilstrekkelig norskkunnskaper?
 - Har dere på noe tidspunkt fått signaler på å begrense bruk av tolk, f.eks på grunn av budsjett, økonomi eller andre ting?

Forslag til tiltak

- Hvilke veiledningstiltak og andre tiltak fra Helsedirektoratets side bør iverksettes for å øke etterlevelsen av tolkelovens krav?
 - a. Tiltak for å øke bruk av tolk i situasjoner hvor man er forpliktet til å bruke tolk?
 - b. Hvilke tiltak kan bidra til bevissthet rundt forpliktelsen om bruk av kvalifisert tolk?
 - i. Hvilke tiltak kan bidra til økt bruk av kvalifisert tolk?