

## «Når trenger jeg å tilkalle tolk?» Forskning om tolking i helsetjenesten

*Gry Sagli*

*Institutt for helse og samfunn*

*Det medisinske fakultet*

*Universitetet i Oslo*

[gry.sagli@medisin.uio.no](mailto:gry.sagli@medisin.uio.no)

### **Key words:**

healthcare

interpreting services

communication

Norway

language barriers

fairness

## Abstract

*This article is about interpreting in the healthcare sector in Norway. Effective communication between patients and health personnel is vital for the provision of high-quality, patient-centered healthcare services. As Norway, like many other countries, becomes increasingly multi-ethnic and multi-lingual, language barriers and cultural misunderstandings present a significant long-term challenge in healthcare. It is now well established that the use of qualified interpreters significantly improves the quality of healthcare. Accordingly it is crucial that a qualified interpreter be available when necessary. Legal rules and guidelines state that health personnel are responsible for assessing whether the services of an interpreter are necessary. These documents offer few clues, however, about which criteria a healthcare worker should apply when deciding whether to book an interpreter, and in practice healthcare workers find it difficult to assess when an interpreter's presence will be necessary.*

*The main aim of this article is to explore what the research literature has to say about this question. What are the main issues that research has focused on? Does research offer any answers as to exactly when an interpreter needs to be called?*

*Research concerning the use of interpreters in healthcare in Norway is still very limited. Nonetheless, in the past few years some studies and reports have been published. The main issues that have been discussed are: the interpreter's roles and responsibilities, under-use of qualified interpreters in healthcare; and strategies employed by health personnel in order to cope with language barriers when not using an interpreter. Only some very general conclusions can be drawn from these studies. Little attention has been given to the question of how to decide when a qualified interpreter is required. Two important issues have scarcely been addressed in the context of healthcare in Norway: the level of the patient's proficiency in Norwegian; and the extent of the language gap between the patient and the healthcare worker. Lack of knowledge on this topic is significant, as obviously the language gap is the principal cause of the need for language assistance in the first instance. Another consideration is the importance of the conversation: depending upon the seriousness of the situation, a healthcare worker must exercise judgment in deciding the extent to which accurate communication needs to be ensured. This question, at least in the context of healthcare personnel and their patients, should be addressed to groups other than researchers on interpreting; the question illustrates the need for an inter-disciplinary research strategy in order adequately to address issues related to interpreting in healthcare.*

## Introduksjon

«Hvordan kan jeg vite når jeg trenger å tilkalle tolk?» Dette er et av de vanligste spørsmålene som reises av helsepersonell på kurs om kommunikasjon via tolk (T. Felberg, personlig kommunikasjon, 19. mai, 2014). Formålet med denne artikkelen er å presentere forskning som omhandler tolking i helsetjenesten i Norge. Fremstillingen er rettet mot å belyse spørsmålet om når tolk bør tilkalles.

Tolking er samspill (Wadensjö, 1998). Innen helsetjenesten foregår samspillet mellom pasient, tolk og helsepersonell. De tre partene har forskjellige roller og ulikt fordelt ansvar i tolkingprosessen, men de er avhengige av hverandre for at tolkingens produkt – kommunikasjon og forståelse – skal oppnås. I den offentlige helsetjenesten er det helsepersonellet som har det institusjonelle ansvar for at partene forstår hverandre. Implisitt i kravet om informasjonsplikt og plikt til å søke informert samtykke slik dette er nedfelt i norsk lov, ligger det at det er nødvendig å bruke tolk ved språkbarrierer (se Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Helsepersonelloven (1999) og Forvaltningsloven (1967)).

I løpet av de siste tiårene har det foregått en omfattende utvikling innen tolkefeltet. Det har blitt satt i gang en permanent tolkeutdanning på høyskolenivå, og et web-basert nasjonalt tolkeregister har blitt etablert ([www.tolkeportalen.no](http://www.tolkeportalen.no)). Nylig offentliggjorde Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet [BLD] en utredning om tolking i offentlig sektor (BLD, 2014). Fagmyndigheter som Helsedirektoratet og profesjonsorganisasjoner som Den norske legeforeningen har utviklet veiledere for god praksis når det gjelder tolkebruk (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2009; Den norske legeforeningen, 2008; Helsedirektoratet, 2011). Helsepersonellens ansvar for å vurdere om det er nødvendig å tilkalle tolk, eventuelt bestille og betale for tolkingen, er fastslått i alle disse veilederne. Men verken veiledere eller lovverket presenterer klare kriterier for når det er nødvendig å tilkalle tolk. Kan forskning som omhandler tolking i helsetjenesten gi mer spesifikke svar på dette spørsmålet?

I denne artikkelen vil jeg redegjøre for temaer som forskning om tolking i helsetjenesten har vist spesiell interesse. Finnes det forskning fra Norge som har hatt som formål å undersøke spørsmålet om når helsepersonell bør tilkalle tolk? Kan forskning som primært har behandlet annen tematikk allikevel bidra til å belyse dette spørsmålet? Ved å stille disse spørsmålene til forskningslitteraturen, har det vist seg mulig å få fram sider ved tolkesituasjoner som er viktige for spørsmålet om når tolk skal tilkalles, men som ikke har vært vektlagt i tidligere artikler og rapporter. Her i innledningen vil jeg trekke fram to spesielt viktige forhold. Det ene er at sammenhengen mellom pasientens ferdighetsnivå i norsk og behov for tolk ikke har vært systematisk utforsket i Norge. Dette er bemerkelsesverdig sett i lys av hvor viktig dette forholdet er. Det er selvsagt mange aspekter som virker inn på avgjørelsen om det er nødvendig å bruke tolk, men avstanden mellom pasientens og helsearbeiderens språkferdigheter, og størrelsen på dette språkgapet, er vesentlig for om det i det hele tatt er grunn til å vurdere om det er behov for tolk. Det andre forholdet som synes spesielt avgjørende, er spørsmålet om hvilke samtaler i helsetjenesten det er som er så betydningsfulle at kommunikasjonen må sikres. En samtales viktighet er klart et sentralt tema i forhold til når det er nødvendig å tilkalle tolk. Samtidig synes andre enn tolkeforskere bedre posisjonert til å svare på dette spørsmålet. I artikkelens avslutning forslår jeg derfor at dette er et av de spørsmålene som best lar seg undersøke ved hjelp av flerfaglige bidrag.

## Bakgrunn: Likeverdige helsetjenester, språkbarrierer og behov for bruk av kvalifiserte tolker

Likeverdige helsetjenester av god kvalitet – for alle – er et viktig prinsipp for helsepolitikken i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). God kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er nødvendige for at helsetjenesten skal bli i stand til å tilby pasientene gode tjenester (Makoul, 2001; Schyve, 2007; Segalowitz & Kehayia, 2011; Street Jr, Makoul, Arora, & Epstein, 2009). I samfunn preget av etnisk og språklig kompleksitet, som det norske, er det imidlertid svært vanlig å møte språkbarrierer som hindrer kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell. Bruk av kvalifisert tolk er viktig for å nå målet om likeverdige helsetjenester når språkbarrierer gjør det vanskelig å forstå hverandre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 30).

Per 2014 utgjør innvandrere 12 prosent av befolkningen i Norge (633 100 personer), og i tillegg utgjør norskfødte barn av innvandrere to prosent (126 000 personer) (Statistisk sentralbyrå, 2014). Det bor innvandrere i alle kommuner, men konsentrasjonen er absolutt størst i og rundt Oslo. Det snakkes rundt 300 språk i Norge, og det er registrert behov for tolking i over 100 språk (BLD, 2014, s. 83). Ferdighetene i norsk språk varierer naturlig nok mye mellom både individer og grupper, men er gjennomgående svake i noen grupper (Henriksen, 2008). Behov for tolk øker med alderen; mens det i gruppen 16–24 år bare er fem prosent som har behov for tolk, er det 48 prosent i gruppen 55–77 år (BLD, 2014, s. 58). Økt behov for helsetjenester og økt behov for tolketjenester er dermed sammenfallende for den eldre del av befolkningen med innvandrerbakgrunn.

I tillegg til den delen av befolkningen som har innvandrerbakgrunn, er rett til tolk i helsetjenesten aktuelt for den samiske befolkningen. Innenfor forvaltningsområdet for samisk språk har samer rett til å bli betjent på samisk, uavhengig av ferdigheter i norsk. Samer bosatt i andre områder må kunne tilbys samisk tolk ved behov (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

Sammenlignet med befolkningen ellers har innvandrere dårligere helse (Blom, 2011). Helsetjenesten tilbyr tjenester som nesten alle i befolkningen kommer i kontakt med, og i en helt annen grad enn justis- og utlendingssektoren som også er sektorer med stort behov for tolking. Å være syk, gå til lege, kanskje legges inn på sykehus, er svært allmenne opplevelser. Tidligere erfaring med sykdom og helsetjenesten er mer vanlig enn møter med politi- og rettsvesen fra andre land enn Norge. Pasienter er spesielt sårbare, ikke bare fordi samtalen mellom pasient og helsepersonell foregår mellom parter hvor maktrelasjonene er ulike, men fordi kommunikasjonsevnen blir svekket ved smerter, feber og andre sykdomstilstander. I helsetjenesten er det mer som står på spill enn om saksgangen går rett for seg; det handler om pasientens liv og helse. Språkbarrierer har ført til en rekke alvorlige skadelige konsekvenser for pasienter (Cohen, Rivara, Marcuse, McPhillips, & Davis, 2005; Divi, Koss, Schmaltz, & Loeb, 2007; Integrerings- og mangfoldsdirektoratet [IMDi], 2007; Kale, 2006). Betydningen av å redusere sjansene for slike uønskede hendelser er udiskutabel, og spørsmålet om når helsepersonell skal tilkalle tolk, er tilsvarende viktig.

Tolketjenester tilbys i form av fremmøtetolking, telefontolking og skjermtolking. I helsetjenesten, som ellers i offentlig sektor, er det fremmøtetolking som er absolutt mest vanlig, selv om det også brukes en del telefontolking. En studie viser at én av ni kommuner benytter telefontolking av og til (TNS Politikk og samfunn, 2013). Skjermtolking krever en del spesialutstyr, men når slikt utstyret er på plass, er det lettere å nyttiggjøre seg kvalifiserte tolker uten å være hindret av lange og forsinkende reiser. Skjermtolking foreslås av Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet i den nye utredningen som et av de nye satsningsområdene for tolking i offentlig sektor (BLD, 2014).

## Forskningsgjennomgang: Hvilke temaer er vektlagt i forskning om tolking i helsetjenesten?

Hvilke temaer om tolking i helsetjenesten i Norge er best forskningsmessig belyst? Hva kan internasjonal forskning si oss? Finnes det forskning som kan støtte helsepersonell i avgjørelser om når det er nødvendig å tilkalle tolk? Diskusjonen av disse spørsmålene er basert på forskning jeg har funnet fram til ved en kombinasjon av søkemetoder (Rienecker & Jørgensen, 2006, s. 193–6). Jeg har søkt med utgangspunkt i henvisninger fra tolkeforskere og litteratur jeg kjente til ved oppstart av undersøkelsen, kombinert med søking i elektroniske databaser. Artikkelen problemstilling er inspirert fra tidligere forsknings- og arbeidserfaring, blant annet som rådgiver med tolking i offentlig sektor som arbeidsfelt, som fysioterapeut i helsetjenesten og som forsker med spesiell interesse for kinesisk språk og fortolkninger av kinesiske medisinske begreper blant helsepersonell i Norge. Med denne bakgrunnen var jeg i utgangspunktet familiær med en del sentrale forskningsbidrag, tolkeforskere og miljøer med spesialkompetanse på tolking, som Nasjonalkompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). Jeg har i tillegg søkt i databaser (som PubMed, Google Scholar og Bibsys) og i elektroniske versjoner av tidsskrifter som har publisert relevante artikler (som *Patient Education and Counseling*, *Health Communication* og *Social Science and Medicine*).<sup>1</sup>

Hovedinntrykket er at det er publisert lite forskning om tolking i helsetjenesten i Norge. En studie som spesielt peker seg ut er en spørreskjemaundersøkelse blant helsearbeidere i primær- og spesialisthelsetjenesten, utført i 2004. Undersøkelsen ble publisert på norsk i 2006 (Kale, 2006) og en ny analyse ble publisert på engelsk i 2010 (Kale & Syed, 2010). Senere har kartleggingen blitt komplementert med fokusgruppeintervjuer (Kale, Ahlberg, & Duckert, 2010). I tillegg finnes en del studentoppgaver om tolking (master- og prosjektoppgaver, e.g. Fiva, 2006; Le, 2013; Smedtorp, 2008; Svela, 2007; Torseth, 2012; Valio, 2009; Younas & Tabasam, 2009). Tolkebruk er også behandlet i studier som har bredere forskningstema enn tolking. Et eksempel på dette er en medisinskantropologisk doktorgradsstudie av genetisk veiledning blant pakistansk-norske familier, hvor tolk ble brukt i noen av veiledningene (Sajjad, 2011).

Mye av det som eksisterer av dokumentasjon, er kartlegginger og rapporter utført på oppdrag for IMDi, Helsedirektoratet og andre fagmyndigheter (e.g. IMDi, 2007, 2014a,b,c; Linnestad & Buzungu, 2012; TNS Politikk og samfunn, 2013). For mange deler av helsetjenesten finnes det verken forskning eller annen form for dokumentasjon om tolkebruk, selv om samtaler utgjør en viktig del av tjenestene. Dette gjelder for eksempel for rusomsorgen, psykisk helsearbeid, rehabilitering og fysioterapi (BLD, 2014, s. 53). Det er også verdt å legge merke til at de fleste studier omhandler kommunikasjon og tolkebruk i lege-pasient konsultasjoner, mens kommunikasjon mellom pasienter og andre grupper helsepersonell er studert i langt mindre grad.

Studiene fra helsetjenesten er i hovedsak kartlegginger basert på spørreskjemaundersøkelser og i enkelte tilfeller fokusgruppeintervjuer om helsepersonells erfaringer og holdninger til bruk av tolk. Det er svært få studier som er basert på observasjoner av faktiske samtaler og samhandlingssituasjoner. Dette er en mer vanlig framgangsmåte i forskning om tolking fra for eksempel justissektorer i Norge og i internasjonal forskning om tolking i helsetjenesten (Angelelli, 2004 a,b; Hsieh, 2008, 2010; Seale, Rivas, & Kelly, 2013). De studier og rapporter som finnes fra Norge tegner imidlertid et ganske

---

<sup>1</sup> Denne framgangsmåten har framskaffet mange flere kilder enn de jeg refererer til i artikkelen. En del flere referanser finnes i listen *Tilleggsreferanser* som følger etter den ordinære referanselisten.

samsvarende bilde av tolkesituasjonen i helsetjenesten. Mange av de fenomenene og temaene som disse studiene dokumenterer og diskuterer, gjenkjennes også fra den internasjonale forskningslitteraturen.

## Språk, kultur og tolkerollen

Hva som omfattes av tolkerollen er et av de temaene som har vært mye diskutert i forsknings- og faglitteraturen om tolking (Angelelli, 2004a,b; Felberg & Skaaden, 2012; Hsieh & Kramer, 2012; Jareg & Pettersen, 2006; Rudvin, 2006; Skaaden, 2013). Særlig har det vært debattert om det er mulig, og ønskelig, å skille en tolkerolle som handler om å tolke språklige budskap (*språktolk*) fra en bredere oppgave som omfatter det å være *kulturinformant*, *kulturtolk* eller andre roller. Språk utgjør selvfølgelig en integrert del av kultur og samfunn, og i mange tilfeller kan det være vanskelig å skille mellom hva som er kommunikasjonsproblemer forårsaket av manglende språkferdigheter og hva som skyldes andre forskjeller knyttet til kultur og samfunnsforhold. Forskning fra antropologi og historie viser hvordan ulike verdier, oppfatninger og institusjoner påvirker hvordan vi opplever, forstår og presenterer sykdom og plager (Helman, 2007; Kleinman, 1980). Norsk helsepersonell har i hovedsak biomedisinske forestillinger om kropp, sykdom og behandling som sine referanserammer, og de har i mange tilfelle liten kunnskap om verdier, virkelighetsoppfatninger og praksiser knyttet til medisinske tradisjoner fra andre land og verdensdeler. Innvandrere har, på sin side, ofte begrenset kunnskap om det norske helse- og velferdssystemets oppbygning, funksjoner og ansvarsfordeling. Spørsmålet er hva tolkens oppgave bør være i dette komplekse landskapet.

Basert på observasjoner av faktiske samtaler mellom lege og pasient, har forskere pekt på at i en del situasjoner fungerer mange tolker i praksis som kulturtolk, uavhengig om de formelt er tillagt en slik rolle eller ikke. Dette er vist i studier fra helsetjenesten i Norge (Fiva, 2006; Sajjad, 2011; Sørheim, 2000) og internasjonalt (Angelelli, 2004a,b; Hsieh & Kramer, 2012; Seale et al., 2013). Eksempelvis legger tolker til sine egne forklaringer, svarer på spørsmål om kultur og samfunn og gir råd om hvordan et budskap skal formidles. Enkelte studier har observert tolker som er i den grad aktivt meningsproduserende i lege-pasient-samtaler at tolkens rolle betegnes som *diagnose-medarbeider* (*co-diagnostician*) (Bolden, 2000). Andre studier viser at tolkens funksjoner kan omfatte det som kan betegnes som *verdiformidler* (*moral mediator*) (Seale et al., 2013). Å forklare pasienter hvilke type plager man ikke kan presentere for en lege, hvordan man bør snakke til helsepersonell for at de skal ta en på alvor, eller å la være å oversette sykdomsforklaringer som tolken antar at helsepersonell ikke tror på (ånder, ondt øye) er funksjoner som har blitt betegnet som *verdiformidling*.

Dette er kategorisering av ulike tolkeroller basert på observasjoner av tolkeutøvelse slik den reelt utspiller seg i praksisfeltet. Men det er én sak å finne fram til de tolkerolle-betegnelser som er best egnet for å beskrive funksjoner som tolker påtar seg i praksis, en annen sak er hvordan tolkerollen ideelt sett bør utøves. Dette er også diskutert, både i norsk og internasjonal tolkelitteratur. Noen forskere viser til at kunnskap om kultur er etterspurt og verdsatt av pasienter og helsearbeidere, og at tolkens rolle som kulturtolk er nyttig og bør utnyttes i helsetjenesten (Angelelli, 2004 a,b; Hsieh, 2008; Hanssen & Alpers, 2010). Andre hevder at det å tillegge tolken en bred rolle som kulturinformant kan skape flere problemer enn det løser. At det er behov for mer kunnskap om kultur og samfunn, betyr ikke nødvendigvis at det er tolken som er best kvalifisert og egnet til å ha ansvar for å formidle slik kunnskap (Skaaden, 2013).

Norske myndigheter som IMDi ønsker ikke en tolkerolle som innebærer andre oppgaver enn selve tolkingen. Tolkens oppdrag er – basert på kunnskap om språk, kultur og samfunn – å



finne fram til de språklige uttrykk som i best mulig grad formidler det som blir sagt. Ifølge norske retningslinjer for kvalifiserte tolker skal en tolk «(...) tolke innholdet i alt som sies, intet fortie, intet tillegge, intet endre» (Kommunal- og administrasjons-departementet, 1997). Ifølge dette faller det utenfor tolkens oppdrag å utføre andre funksjoner, som for eksempel å informere om kultur utover den kulturformidlingen som ligger i selve tolkingen.

For helsepersonell, tolker og pasienter som deltar i tolkede samtaler i helsetjenesten har det selvfølgelig betydning for tolkningsprosessens sjanse for å oppnå produktet – felles forståelse – at deltakerne deler oppfatninger om hva som er tolkens, så vel som helsepersonellens og pasientens, oppgaver og rolle. I likhet med andre former for samspill avhenger resultatet av at alle parter er innforståtte med reglene og er kompetente bidragsytere til sin del av samarbeidet. Når det gjelder hovedspørsmålet i denne artikkelen, om i hvilke situasjoner tolk skal tilkalles, er diskusjonen om hva som ligger i tolkerollen også klargjørende. Dersom en helsearbeider har behov for språkhjelp, er kvalifisert tolk riktig kategori personell å bestille. Dersom det først og fremst er kultur- og samfunnskunnskaper det er behov for, er det ikke tolk som er løsningen – selv om tolk ofte vil være et nødvendig første ledd for å klargjøre hva som forårsaker kommunikasjonsproblemene.

Å ha kjennskap til de ulike tolkemodellene og debattene omkring dem, er i tillegg nødvendig bakgrunnskunnskap for å lese og vurdere forskning om tolking generelt, og ikke bare den delen som eksplisitt debatterer dette temaet. Hva som regnes som *kvalifisert tolk* er avhengig av hvilket tolkeideal som legges til grunn.

## Underforbruk av kvalifisert tolk

Internasjonal forskning har påvist at bruk av kvalifisert tolk fører til helsetjenester som er vesentlig bedre sammenlignet med bruk av ukvalifisert språkassistanse (som familie og slektninger) (Bagchi et al., 2011; Bischoff, 2003; Flores, Abreu, Barone, Bachur, & Lin, 2012; Karliner, Jacobs, Chen, & Mutha, 2007). I denne forskningen har man sammenlignet en rekke sentrale sider ved helsetjenesten, som effekt av medisinske behandlinger, pasientsikkerhet, oppfølging av behandling og muligheter for brukermedvirkning. Disse viktige forskningsresultatene har blitt brukt, og brukes, som utgangspunkt for studier av andre sider ved tolking i helsetjenesten. En stor del av disse studiene har hatt som formål å kartlegge eksisterende praksis og rutiner omkring tolkebruk, og i særlig grad undersøke i hvilken grad kvalifisert tolk brukes.

Hittil har forskning og andre kartlegginger funnet klare indikasjoner på underforbruk av kvalifisert tolk i helsetjenesten, i Norge og internasjonalt. Den nylig publiserte offentlige utredningen om tolking i Norge hevder at det fremdeles er mange indikasjoner på underforbruk av kvalifiserte tolker, selv om økte kostnader til tolkebruk tyder på økt tolkebruk (BLD, 2014, s. 42). 39 prosent av kommunene oppgir at det ofte eller noen ganger ikke brukes tolk selv om det er nødvendig (TNS Politikk & samfunn, 2013). I Helsetilsynets undersøkelse av fengselshelsetjenesten kom det fram at det i liten grad ble brukt tolk i samtaler med minoritetsspråklige innsatte (BLD, 2014, s. 39). Et landsomfattende tilsyn på helsestasjoner viste også underforbruk av tolk (Helsetilsynet, 2014). I en undersøkelse blant samer rapporterer én av 15 at han eller hun ikke hadde fått tolk ved besøk i helsetjenesten, til tross for at de hadde bedt om dette (Josefsen, 2006, s. 26). Kales undersøkelse som omfattet helsearbeidere i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, viste underforbruk (Kale, 2006). Forskning fra andre land enn Norge har også dokumentert underforbruk av kvalifisert tolk (Diamond, Schenker, Curry, Bradley, & Fernandez, 2009; Lee et al., 2006; Li, Pearson, & Escott, 2010; Parsons, Baker, Smith-Gorvie, & Hudak, 2014).

Underforbruk gir klare signaler til helsetjenesten om at helsepersonell i større grad enn i dag bør tilkalle tolk. Men er identifiseringen av underforbruk også klargjørende for spørsmålet om i hvilke situasjoner helsepersonell skal tilkalle tolk? Umiddelbart vil en kunne anta at det må ligge kriterier for hva som er *korrekt* eller *nødvending* bruk til grunn for å kunne beskrive bruk av tolk som *underforbruk*. Studiene bygger imidlertid på veldig generelle antakelser om hva som betraktes som *nødvending*. De presenterer i alle fall ikke beskrivelser som er detaljerte nok til at helsearbeidere får klare svar på spørsmålet om når de trenger å tilkalle tolk. Kunnskapen om at underforbruk av tolk er vanlig praksis, synes allikevel nyttig for helsepersonell, om enn på et mer indirekte vis. Denne kunnskapen gir ikke grunnlag for uten videre å kunne støtte seg til etablert praksis på arbeidsteder i helsetjenesten. Snarere tvert imot gir den grunn til å stille seg kritisk til eksisterende rutiner for bruk av tolk.

## Årsaker til underforbruk av kvalifisert tolk

Helsearbeidere oppgir en rekke ulike grunner for at de ikke tilkaller tolk. Det mest vanlige svaret er at de oppfatter det å bestille og bruke tolk som tidkrevende og upraktisk (Kale, 2006; TNS politikk og samfunn, 2013). I en travel arbeidsdag oppfattes tilkalling av tolk og tolking som forstyrrende for hverdagsrutinene. Noen hevder også at de oppfatter det som sjenerende at de ikke på vanlig måte kan kommunisere direkte med pasienten på tomannshånd, men må ha en tredjeperson – tolken – til stede. Enkelte helsearbeidere forteller at de har hatt lite tilfredsstillende erfaringer med tolker de har brukt. At tolken ikke har beregnet god nok tid, har snakket med pasienten uten å oversette og ikke har god nok kjennskap til medisinsk terminologi er eksempler på hva helsepersonell ikke er fornøyd med. Andre studier oppgir at dersom pasienter ikke ønsker at tolk tilkalles, har helsepersonellet tatt hensyn til det (TNS politikk og samfunn, 2013). Noen pasienter hevder at de heller ønsker at familie eller venner fungerer som tolk, og at de ikke er sikre på at de kan stole på en tolk som er utenforstående (Edwards, Temple, & Alexander, 2005; Rhodes & Nocon, 2003). Andre ønsker – som helsepersonellet – å kommunisere direkte (Hadziabdic, Heikkila, Albin, & Hjelm, 2009). Uklare bestillings- og betalingsprosedyrer, dårlig tilgang til kvalifiserte tolker og hensyn til budsjett er andre årsaker som helsepersonell viser til (TNS politikk og samfunn, 2013).

Andre studier, basert på annen type kildemateriale enn spørreskjemaer og intervjuer med helsepersonell, reiser imidlertid viktige spørsmål om i hvilken grad helsearbeidere i Norge i det hele tatt har erfaring med bruk av kvalifisert tolk. Når en nylig undersøkelse fant at 88 prosent av tolkene som ble brukt på sykehusene i Oslo-området var uten formelle kvalifikasjoner (verken utdanning i tolking eller opplæring i tolkeetikk), gir det grunnlag for å spørre om hvilket erfaringsgrunnlag helsepersonell i tidligere undersøkelser baserer svarene sine på (Linnestad & Buzungu, 2012). Denne nye studien viste at selv om tolkebruk var inkludert i budsjett og annen planlegging ved disse sykehusene, var det utilfredsstillende systemer for kontroll av kvaliteten av de tolkene som ble bestilt. Selv om denne undersøkelsen kun omfattet sykehus i Oslo-området, gir studien allikevel grunn til å anta at en stor del helsepersonell som rapporterer om dårlig erfaringer med bruk av tolk, svarer på grunnlag av møter med ukvalifiserte tolker.

Man kan også spørre om på hvilken måte og under hvilke forhold bruk av tolk er tidkrevende og upraktisk. Bruk av tolk muliggjør kommunikasjon når pasient og helsearbeider ikke snakker samme språk, og slik kan mange uheldige hendelser unngås. En slik hensikt er det ikke lett å måle mot hva som føles praktisk i hverdagen. Dessuten viser undersøkelser fra andre sektorer enn helsetjenesten at det kan være mer effektivt å kommunisere ved hjelp av kvalifisert tolk enn via ukvalifiserte. Utlendingsdirektoratet (UDI)



har vist at asylintervju utføres på kortere tid når det brukes kvalifiserte tolker. Intervjulengden reduseres med opptil til 30–45 minutter når det benyttes statsautoriserte tolker sammenlignet med når det benyttes tolker uten utdanning (BLD, 2014, s. 38).

Når det gjelder kostnader er det opplysninger som indikerer at det å ikke bruke tolk også kan medføre ekstra utgifter. Leger tar flere prøver og røntgenbilder, og de henviser oftere til spesialist for å sikre at de ikke overser symptomer (IMDi, 2007). Forskning fra USA indikerer at liggetid ved sykehus forlenges når tolk ikke brukes (Lindholm, Hargraves, Ferguson, Reed, 2012). Det er ikke gjort tilsvarende forskning i Norge, men tatt i betraktning at døgnpris ved sykehus i Norge er beregnet til ca. 13 000 kroner vil lengre opphold raskt bety store summer (BLD, 2014, s. 38). Selv om det alltid er nødvendig å være svært forsiktige med å overføre betydningen av funn og analyser fra internasjonal forskning til å gjelde for Norge, gitt de store forskjellene i innhold, oppbygning og finansiering av helsetjenester forskjellige steder i verden, er dette interessante funn. Annen forskning fra USA finner i tillegg underforbruk av tolk blant leger som arbeider ved sykehus som tilbyr gratis, lett tilgjengelige, velkvalifiserte tolketjenester (Diamond et al., 2009). Dette tyder på at avgjørelser om å tilkalle tolk er knyttet til flere forhold enn spørsmål om økonomi og tilgjengelighet.

Kunnskap som viser mer av kompleksiteten knyttet til bruk av tolk, gir ikke alene grunnlag for å utvikle klare svar om når tolk skal tilkalles. Denne kunnskapen bør allikevel inngå som et verdifullt element i beslutningsgrunnlaget når helsepersonell skal vurdere behov for tolk. Det har potensiale til å kunne fungere som en viktig korreksjon til mer umiddelbare opplevelser om at tolk er upraktisk, tar tid og er dyrt.

## Bruk av ikke-kvalifisert språkhjelp

I stedet for å tilkalle tolker er det vanlig at helsepersonell benytter seg av hjelp fra pasientens slektninger og venner, og til og med barn (Kale & Syed, 2010, s. 188), eller at de prøver å kommunisere med pasienten så godt de kan på forskjellig vis, som ved å snakke enkelt og sakte eller ved å bruke kroppsspråk og gester (Diamond et al., 2009; Kale, 2006; Le, 2013; Parsons et al., 2014). I USA og andre steder med store grupper med tospråklig helsepersonell, er det vanlig å benytte seg av assistanse fra tospråklige kollegaer i møte med språkbarrierer. Dette er en løsning som helsepersonell i Norge også benytter seg av, om enn i mye mindre omfang enn i USA.

Selv om pasienter i noen tilfeller kan ønske at personer de kjenner godt bidrar med språkhjelp, er det opplagte problemer knyttet til å bruke venner, familie og slektninger til språkhjelp. I fag- og forskningslitteraturen er det beskrevet mange eksempler på hvordan språkhjelp fra familie og venner har ført til desinformasjon med alvorlige konsekvenser for pasienten, til og med dødsfall (Andersen 1997, sitert i Kale, 2006). I tillegg til konsekvensene av manglende kjennskap til medisinsk terminologi og andre begrensninger i språkferdigheter, er det en rekke etiske betenkeligheter knyttet til å bruke kjente som tolk. Bruk av familie som tolk kan føre til at sensitive, tabuiserte eller konfliktfylte temaer knyttet til pasientens medisinske tilstander eller livet ellers, ikke blir snakket om. En sak referert i den nye utredningen om tolking i offentlig sektor, illustrerer klart dette problemet. Saken omhandler en lege som har fått advarsel fra Statens helsetilsyn for brudd på helsepersonelloven. Legen hadde ikke i tilstrekkelig grad sørget for at en pasientens ektefelle var blitt gjort kjent med at pasienten var hivpositiv. Legen hadde blant annet brukt pasienten som tolk i samtale med ektefellen, selv om legen var klar over at pasienten var uvillig til å informere ektefellen sin om hivsmitten (BLD, 2014, s. 58).

At det ligger begrensninger i det å kommunisere kun via gester, grimaser og kroppsspråk, er det neppe grunn til å stille spørsmål ved. Kvaliteten på språkassistenten når tospråklige

kollegaer benyttes som språkhjelp, er klart mer variable, både når det gjelder språkferdigheter, forståelse av etikk og kompetanse i medisin- og helsefag. Umiddelbart kan kanskje språkhjelp fra en kollega i en del tilfeller oppfattes som en praktisk og billig løsning. Men selv om det ikke betales honorar for denne typen språkhjelp, er det ikke uten omkostninger for daglig drift at en kollega må avbryte sine vanlige oppgaver for å bistå med tolking. Dessuten er tolking en ferdighet som krever mer enn tospråklig kompetanse.

Leger og annet helsepersonell med tospråklig kompetanse kan ha mulighet til å kommunisere med egne pasienter som snakker dårlig norsk på pasientens og helsearbeiderens felles språk. Dette er en helt annen type situasjon enn det å bistå kollegaer med språkhjelp. Om dette er en bedre eller dårligere løsning enn å tilkalle kvalifisert tolk, er et komplekst spørsmål som går utover problemstillingen her.

Er dokumentasjonen som viser hva slags språkhjelp helsepersonell ofte tyr til, nyttig i sammenheng med spørsmålet om hvordan helsepersonell kan vite når de bør tilkalle tolk? Selv om disse studiene har hatt helt andre formål enn å belyse dette spørsmålet, viser de sider ved dagens praksis som gir indikasjoner på når tolk bør vurderes. Et viktig eksempel på dette er det øyeblikket når en helsearbeider vender seg bort fra pasienten, og mot andre personer, for å søke språkassistanse. Uavhengig av om helsepersonellet henvender seg til familie, venner eller kollegaer, er dette et tegn på at helsearbeideren opplever språkbarrierer som hindrer forståelse og kommunikasjon. Et forslag til forbedring av nåværende praksis kan derfor være at hver gang helsepersonell tar seg selv i å være på vei til å søke ukvalifisert språkhjelp, bør de ta en pause i konsultasjonen og vurdere om de nå er i en situasjon hvor de burde tilkalle kvalifisert tolk. I slike situasjoner kan antakelig spørsmålet «Trenger jeg å tilkalle tolk?» med fordel erstattes med spørsmålet «Hvor stor betydning har det at jeg forstår hva pasienten sier og at pasienten forstår hva jeg sier?». Man må spørre seg om hva som står på spill dersom kommunikasjonen brytes. Noen samtaler er opplagt så viktige at det er udiskutabelt at det er nødvendig å sikre god kommunikasjon, men det gjelder selvfølgelig ikke alle tilfeller.

## Samtalens betydning

I hvilke situasjoner det oftest tilkalles tolk, er et av de andre temaene som er diskutert i tolkestudier. I en studie fra USA kommer det fram at det var viktigere at kvalifisert tolk ble brukt ved samtalen som finner sted når pasienten legges inn på sykehuset (*innkomstsamtalen*) enn ved samtalen ved sykehusoppholdets avslutning (*utskrivingsamtalen*) (Lindholm et al., 2012). Andre studier viser at kvalifisert tolk bestilles oftere i de tilfeller hvor det i forkant av samtalen er planlagt at den vil dreie seg om viktige temaer, som informasjon om alvorlig sykdom og diagnose, samtale om kirurgisk inngrep og om avslutning av livsforlengende behandling (Diamond et al., 2009; IMIDi, 2007). Det er mer sjeldent at kvalifiserte tolker tilkalles til samtaler som inngår i lange sykehusopphold, i sammenheng med akutte nødhjelpssituasjoner og andre konsultasjoner som ikke er planlagt i forveien. Selv om det er lett å se at det rent praktisk kan være vanskelig å få tak i tolk i en nødhjelpssituasjon, kan det på den annen side være avgjørende at mulighetene for informasjonsutveksling er optimal i slike situasjoner. At tolk i liten grad benyttes i akutte situasjoner, kan derfor mer betraktes som utslag av praktiske problemer enn som manglende behov for tolk.

Frambringer forskningen om situasjonene hvor tolk blir tilkalt kunnskap som er nyttig for helsepersonell for å avgjøre når tolk bør brukes? Forskningen gir først og fremst en beskrivelse av eksisterende praksis i forhold til bestilling av tolk. Den antyder at en kombinasjon av praktiske forhold, som muligheter for planlegging, og av forhåndsantakelser om viktigheten av samtalen, er medvirkende faktorer til om tolk blir tilkalt. Men forskningen

sier lite om hva som faktisk skiller innholdet i samtaler i de situasjonene hvor tolk er brukt, i forhold til alle samtaler hvor tolk ikke har blitt tilkalt. Eksemplene på samtaler som vurderes som viktige reflekterer de praksissituasjonene som de som har vært intervjuet – i de fleste tilfeller leger – arbeider innenfor. Når vi tar i betraktning helsetjenestens mangfold, vil det være forskjellige temaer og situasjoner som er betydningsfulle i forskjellige praksissammenhenger. Det foregår uendelig mange samtaler mellom helsepersonell og personer med minoritetsbakgrunn hver dag, på sykehus og sykehjem, i hjemmesykepleien, på helsestasjoner, i skolehelsetjenesten, hos fastleger og fysioterapeuter, i fengselshelsetjenesten, tannhelsetjenesten, ambulansetjenesten, etc. Hvilke av disse samtaler er så viktige at kommunikasjonen bør sikres ved hjelp av tolk? Og hvilke samtaler er så uviktige at det ikke betyr noe særlig om det oppstår misforståelser, utelatelser og feil?

I en del situasjoner kan det til og med umiddelbart synes som om det er kontinuerlig behov for tolk. Vi kan for eksempel tenke oss en minoritetsspråklig pasient som er svært alvorlig syk og ligger på intensivavdeling på et sykehus. Tilstanden vedvarer over tid og er samtidig preget av risiko for akutt forverring. Det er neppe mulig at en tolk er kontinuerlig til stede, så hva gjør, eller bør, sykehuset gjøre for å sikre nødvendig kommunikasjon? Slike situasjoner illustrerer hvordan behov for tolk utfordrer helsetjenestens tenkning om organisering av samtaler og kommunikasjon. Behov for tolk vil antakelig i en del tilfeller gjøre det nødvendig å utvikle nye ordninger som gjør at kommunikasjon og tolkebruk lettere kan sikres.

## Språkferdigheter

Hvordan vurderes pasienters ferdigheter i norsk og språkgapet mellom helsepersonellet og pasienten? Overraskende nok har størrelsen på språkgapet ikke vært et tema for systematiske undersøkelser i norsk forskning om tolking i helsetjenesten. Dette er verdt å merke seg, for det er jo språkgapet som er utgangspunkt for at behov for tolk overhodet er aktuelt. I de tilfeller hvor pasient og helsepersonell ikke i det hele tatt snakker samme språk, er behovet for tolketjenester opplagt. Men det er mye vanskeligere for helsepersonell å avgjøre når det er behov for å tilkalle tolk i de tilfeller hvor pasienten snakker litt norsk (Kale & Syed, 2010, s. 188; Le, 2013). Dersom en tolk ikke er tilkalt i forkant av konsultasjonen, er det veldig sjelden at konsultasjonen avsluttes eller stoppes midlertidig for at man skal prøve å få tak i tolk, selv i tilfeller når helsepersonellet innser at kommunikasjonen er bekymringsfull. I løpet av en slik samtale må helsepersonellet en eller annen gang, på en eller annen måte, bli klar over at språkproblemene er store og kommunikasjonen ikke tilfredsstillende. Men forskning har inntil nå ikke tatt opp spørsmålet om hvordan – med tanke på hvilke kriterier og ved hjelp hvilke metoder – helsepersonell vurderer pasienters ferdigheter i norsk.

I dag er det vanligste grunnlaget for å bestille tolk bakgrunnsinformasjon om pasienten og tolkebehov notert i sykejournalen eller rekvisisjon til behandling (Kale & Syed, 2010; IMDi 2007). Et slikt notat kan imidlertid ikke være tilstrekkelig grunnlag for å avgjøre om tolk er nødvendig. Det kan være mange tilfeller hvor det eksisterer behov for tolk selv om dette ikke er notert. Denne praksisen tyder på at avgjørelsen om nødvendigheten av å tilkalle tolk i liten grad inkluderer selvstendig avklaring av tolkebehov, men i stor grad er videreføring av tidligere, litt tilfeldige avgjørelser om tolkebruk.

I andre tilfeller er tolk bestilt fordi pasienten selv har bedt om tolk (IMDi, 2007). Forskingslitteraturen omfatter noen, men ikke mange, studier om pasienters erfaringer og holdninger til bruk av tolk i helsetjenesten (Edwards et al., 2005; Hadziabdic et al., 2009; Rhodes & Nocon, 2003). Pasienters vurdering av egne språkferdigheter sett i forhold til hva

som kreves i møter i helsetjenesten, er i enda mindre grad undersøkt. En studie fra Tyskland fant at pasienter med bakgrunn fra Tyrkia vurderte språkferdighetene sine i tysk som dårligere enn omfanget av tolkebruk tilsa (Giese, Uyar, Uslucan, Becker, & Henning, 2013). I en mastergradsoppgave fra Norge kommer det fram i fokusgruppeintervjuer at det *å kunne litt norsk* ilegges forskjellig betydning av helsepersonell og pasienter. Pasienter mener at *litt norsk* betyr at de ikke kan norsk godt nok til å gjennomføre en samtale hos legen, mens helsepersonellet mener at *litt norsk* er nok til å prøve om det går å samtale uten tolk (Le, 2013).

Forskning fra USA beskriver en metode som er utviklet for å identifisere de gruppene av minoritetsspråklige pasienter som vil profitere mest på bruk av tolk (Karliner, Napoles-Springer, Schillinger, Bibbins-Domingo, & Pérez-Stable, 2008). Svarene på to enkle spørsmål, sett i sammenheng, har vist seg å være nyttig for dette formålet. I det ene spørsmålet blir pasientene bedt om å vurdere engelsken sin på en fire trinns skala («ikke i det hele tatt», «ikke bra», «bra», «veldig bra»). I det andre spørsmålet blir pasientene bedt om å svare på: «Hvilket språk vil du foretrekke å bruke i møter i helsetjenesten, sånn helt generelt?». Ifølge denne studien er det kun de pasientene som svarer at de snakker engelsk «bra» eller «veldig bra» som er i stand til å kommunisere godt nok med legen. En slik eller lignende metode er ikke beskrevet i forskningslitteraturen fra Norge.

I den internasjonale forskningslitteraturen, og særlig i forskning fra USA og andre land med store grupper av tospråklig helsepersonell, er legens kompetanse (og ikke minst – inkompetanse) i majoritetsspråket et annet tema som vektlegges i diskusjoner om språkbarrierer og behov for tolketjenester (Diamond et al., 2009; Regenstien, Andres, & Wynia, 2013; Schenker, Lo, Ettinger, & Fernandez, 2008; Segalowitz & Kehayia, 2011). I en artikkel i *Journal of the American Medical Association* (JAMA) er det listet opp en rekke varsler eller «røde flagg» som indikerer at kommunikasjonen er problematisk og at det kan være grunn til å vurdere om tolk bør tilkalles (Regenstien et al., 2013, s. 145). Problemer med å finne ord, forvirrende svar og rare spørsmål er tegn på brudd i kommunikasjon og forståelse.

Antallet leger og helsepersonell med bakgrunn fra andre land er betydelig og økende også i Norge (Bergset, 2014). Selv om språkgapet selvfølgelig er et relasjonelt begrep, avhengig av både pasientens og helsepersonellens språkferdigheter, har ikke slike tegn eller varsler til nå vært noe tema i norsk forskningslitteraturen om tolking i helsetjenesten. Gerwing og Indseth (2010) har studert opptak av faktiske samtaler mellom innringere og helsepersonell som svarer på nødoppringinger til 113. De observerte en rekke tegn, eksempelvis bruk av ord som ikke finnes på norsk, som gjør at helsearbeideren bør være oppmerksom på at kommunikasjonen er dårlig. Tegn lignende de som er beskrevet i USA og i studien fra 113-oppringningene, kan være mulige kandidater til hva helsepersonell kan ha nytte av for å vurdere om tilkalling av tolk er nødvendig.

## Avslutning

Nødvendigheten av å tilkalle tolk ved behov er understreket i mange veiledere for helsepersonell. Selv om det å vurdere når tolk er nødvendig, presenteres som et ganske greit oppdrag i veiledere for helsepersonell, viser det seg å være en kompleks oppgave. Hvordan kan helsepersonell vite i hvilke situasjoner tolk er nødvendig? Når det i den nye offentlige utredningen om tolking foreslås en lovforankring av plikten til å bruk tolk når nødvendig, blir dette spørsmålet enda mer aktuelt (BLD, 2014, s. 13).

Dersom arbeidsstedene i helsetjenesten i større grad tilrettelegger for bruk av kvalifisert tolk, med opplæringsprogrammer for kommunikasjon via tolk for helsepersonell, informasjon om tolkebruk til pasienter og gode bestillings- og betalingsrutiner for tolkebruk,

som også er anbefalt i den nye utredningen, vil helsepersonells erfaringer med og holdninger til bruk av tolk kanskje endres, men slike tiltak kan ikke forventes å gi grunnlag for å besvare spørsmålet om når det er behov for å tilkalle kvalifisert tolk.

En gjennomgang av forskning om tolking i helsetjenesten i Norge viser at problemstillingen i liten grad har vært studert. Spørsmålet om når tolk bør tilkalles omfatter i alle fall to underspørsmål: Hvilke kriterier er avgjørende for at kvalifisert tolk bør bestilles i forkant av en samtale? Hvilke kriterier, eller tegn, tilsier at en samtale som er i gang bør avsluttes og kvalifisert tolk tilkalles? Ingen av disse spørsmålene kan klart besvares med henvisning til forskning. Sett i lys av helsetjenestens vektlegging av at tiltak skal være forskningsbaserte, er det et paradoks at helsepersonells grunnlag for tolkebruk har vært vist så liten forskningsmessig oppmerksomhet. I tillegg kommer at forskningen til nå i hovedsak dokumenterer hva helsearbeidere *sier* de gjør, mens vi vet lite om hvordan tolkingen foregår i praksis og hvordan partene manøvrerer på forskjellig vis med og uten tolk. Forskning som studerer faktiske samhandlingssituasjoner og samtaler med tolk i helsetjenesten i Norge, er en mangelvare.

Forskning på annen tematikk innen tolkeforskningen har imidlertid framskaffet kunnskap som har relevans også for spørsmålet om når tolk bør tilkalles, men da på mer indirekte måter. Mye av forskningen til nå har hatt som formål å kartlegge eksisterende praksis. Den har påvist mange kritikkverdige forhold – som underforbruk av tolk og overforbruk av språkhjelp fra familie, venner og andre ukvalifiserte personer. Denne dokumentasjonen av dårlig praksis bør forstås som signaler om at helsepersonell i større grad enn i dag bør bruke kvalifisert tolk, unngå problematiske løsninger og legge mer omtanke i vurderinger omkring tolkebruk. Et av de kanskje mest opplagte tegn eller «røde flagg» som man bør ha øynene åpne for på grunnlag av eksisterende forskning, er at når helsepersonell oppdager at de ikke lenger snakker direkte med pasienten, men er på vei til å søke språkhjelp fra andre, er dette et tegn på at de bør stoppe opp og vurdere om samtalen bør avsluttes og om kvalifisert tolk bør tilkalles.

Det er særlig to forhold det er tankevekkende at ikke er bedre forskningsmessig undersøkt. Det ene er vurderinger av pasientens ferdigheter i norsk og størrelsen på språkgapet mellom pasient og helsearbeider. Selv om det er helsepersonellet og ikke pasienten som har det institusjonelle ansvar for at kommunikasjonen er god nok, betyr ikke dette at nivået på pasientens språkferdigheter ikke har betydning for behovet for tolk. Dette spørsmålet er ikke tatt på alvor i forskning fra helsetjenesten i Norge. Det er behov for forskning som systematisk utforsker sammenhenger mellom språkferdigheter og behov for tolk. Forskning fra USA har kommet fram til at en enkel metodikk – to spørsmål som stilles til pasientene – er nyttig for å avgjøre hvilke pasienter som har best nytte av tolk. Det vil for eksempel kunne være et interessant tema å utforske om en lignende metodikk kan være fruktbar i en norsk helsetjenestekontekst.

Det andre forholdet omhandler samtalen eller konsultasjonens betydning. I hvilke situasjoner, og i hvilke type samtaler, er kommunikasjon avgjørende? Litteraturen om tolking i helsetjenesten gir ikke svar på dette, og er tolkeforskning egentlig en opplagt adressat for dette spørsmålet? Er ikke dette en problemstilling som krever flerfaglige bidrag og som helsepersonell må rette til seg selv og eventuelt til de pasientene de betjener? Dessuten har forskningen om tolking i helsetjenesten til nå lagt vekt på lege-pasient samtaler. En slik vektlegging har vært nyttig sett i lys av legens høye status i helsetjenestehierarkiet og posisjon som rollemodell. Men samtaler mellom pasienter med minoritetsbakgrunn og andre grupper helsepersonell enn leger foregår hele tiden i helsetjenesten. Hva som regnes som betydningsfulle samtaler vil være forskjellig i de

forskjellige deler av helsetjenesten. Dette bare understreker behovet for flerfaglig forskningsinnsats.

I denne artikkelen har fokuset vært rettet mot helsearbeideres behov for kunnskap som kan støtte avgjørelser om tolkebruk. Dette spørsmålet er relevant for enhver helsearbeider som møter personer med begrensede norskferdigheter i arbeidet sitt i helsetjenesten. Men avslutningsvis vil jeg understreke at det å peke på at alle helsearbeidere har behov for denne kunnskapen, ikke betyr at det er den individuelle helsearbeider alene som har ansvar for å sikre tolkebruk. Som flere av eksemplene fra helsetjenesten i Norge viser, er det i mange tilfeller økonomiske og andre strukturelle forhold som hindrer helsepersonell og pasienter tilgang til tolk. Det er behov for mer flerfaglig forskning som undersøker også slike strukturelle sider ved tolkebruk.

## Takk

Tusen takk til Inger Altern og Tatjana Radanovic Felberg for gode kommentarer og forslag til forbedringer av tidligere versjoner av artikkelen. Jeg vil også rette en takk til Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) for økonomisk tilskudd til arbeidet med å utvikle artikkelen.



## Referanser

- Angelelli, C. V. (2004a). *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge: Cambridge University Press.  
<http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511486616>
- Angelelli, C. V. (2004b). Revisiting the interpreter's role: a study of conference, court, and medical interpreters in Canada, Mexico, and the United States. Amsterdam: John Benjamins.  
<http://dx.doi.org/10.1075/btl.55>
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2009). *Bedre forvaltningspraksis for bruk og bestilling av tolk. Forslag til tiltak fra tverretatelig arbeidsgruppe*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Bagchi, A. D., Dale, S., Verbitsky-Savitz, N., Andrecheck, S., Zavotsky, K., & Eisenstein, R. (2011). Examining effectiveness of medical interpreters in emergency departments for Spanish-speaking patients with limited English proficiency: results of a randomized controlled trial. *Annals of Emergency Medicine*, 57, 248-256.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.05.032>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). Tolking i offentlig sektor- et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd (NOU 2014: 8). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning.
- Bergset, T. (2014). Leger vandrer inn. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134, 1071.  
<http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.14.0487>
- Bischoff, A. (2003). Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions (Rapport). Hentet fra  
[http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh\\_literature-review.pdf](http://www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature-review.pdf)
- Blom, S. (2011). Dårligere helse blant innvanderne. Samfunnsspeilet 2011/2 (Statistisk sentralbyrå). Hentet fra  
[www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/daarligere-helse-blant-innvanderne](http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/daarligere-helse-blant-innvanderne)
- Bolden, G.B. (2000). Toward Understanding Practices of Medical Interpreting: Interpreters' Involvement in History Taking. *Discourse Studies* November, 2, 387-419.
- Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H., & Davis, R. (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*, 116, 575-579.  
<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-0521>
- Den Norske Legeforening (2008). *Legeforeningens 10-punktsprogram for en bedre helsetjeneste for ikke-vestlige innvandrere*. Oslo: Den Norske Legeforening.
- Diamond, L.C., Schenker, Y., Curry, L., Bradley, E. H., & Fernandez, A. (2009). Getting by: Under-use of interpreters by resident physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 256-62. doi: 10.1007/s11606-008-0875-7.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0875-7>
- Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 60-67.  
<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzl069>
- Edwards, R., Temple, B., & Alexander, C. (2005). Users experiences of interpreters: the critical role of trust. *Interpreting*, 7, 77-95.  
<http://dx.doi.org/10.1075/intp.7.1.05edw>

- Felberg, T. R., & Skaaden, H. (2012). The (de) construction of culture in interpreter-mediated medical discourse. *Linguistica Antverpiensia, New Serie-Themes in Translation Studies*, 67-84.
- Forvaltningsloven, LOV-1967-02-10 *Lov om behandlingssmåten i forvaltningsaker (forvaltningsloven)*, (1967). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967>
- Fiva, H. (2006). In other words: a study of interpreting and power in Oslo (Masteroppgave). Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Flores, G., Abreu, M., Barone, C. P., Bachur, R., & Lin, H. (2012). Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine*, 60, 545-553. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.01.025>
- Gerwing, J., & Indseth, T. (2010). *Kommunikasjon med fremmedsåklige innringere i medisinske nødhjelpssentraler. Anbefalinger til AMKs operatører og ledelse* (Rapport). Oslo: NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse. Hentet fra <http://www.nakmi.no/Images/assets/202014.pdf>
- Giese, A., Uyar, M., Uslucan, H. H., Becker, S., & Henning, B. F. (2013). How do hospitalised patients with Turkish migration background estimate their language skills and their comprehension of medical information: a prospective cross-sectional study and comparison to native patients in Germany to assess the language barrier and the need for translation. *BMC Health Services Research*, 13, 196 (s. 1-9) Hentet fra <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/196>
- Hadziabdic, E., Heikkila, K., Albin, B., & Hjelm, K. (2009). Migrants' perceptions of using interpreters in health care. *International Nursing Review*, 56, 461-469. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00738.x>
- Hanssen, I., & Alpers, L. M. (2010). Interpreters in intercultural health care settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception and collaboration. *Journal of intercultural communication*. ISSN 1404-1634, issue 23, June 2010. URL: <http://www.immi.se/intercultural/nr23/hanssen.htm>
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness* (5 utg.). London: Hodder Arnold.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle: Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 (Plan). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/2/likeverdige\\_tjenester.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/2/likeverdige_tjenester.pdf)
- Helsedirektoratet (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (Rapport No. IS-1924). Hentet fra [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner.aspx)
- Helsepersonelloven, LOV 1999-07-02 nr. 64, Lov om helsepersonell m.v. (1999). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/>
- Helsetilsynet (2014). Helsestasjonen: Hjelp i rett tid? Landsomfattende tilsyn 2013. Hentet fra [www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2014.pdf)
- Henriksen, K. (2008). Innvandrernes levekår: Nå vet vi mer om innvandrerne i Norge. *Samfunnsspeilet/2008/1*, (Statistisk sentralbyrå). Hentet fra <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner>.

- Hsieh, E. (2008). "I am not a robot!" Interpreters' views of their roles in health care settings. *Qualitative Health Research*, 18, 1367-1383.  
<http://dx.doi.org/10.1177/1049732308323840>
- Hsieh, E. (2010). Provider & interpreter collaboration in bilingual health care: Competitions of control over interpreter-mediated interactions. *Patient Education and Counseling*, 78, 154-159.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.017>
- Hsieh, E., & Kramer, E. M. (2012). Medical interpreters as tools: Dangers and challenges in the utilitarian approach to interpreters' roles and functions. *Patient Education and Counseling*, 89, 158-162.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.001>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2007). *Fastleger og tolketjenester* (IMDi-rapport 6-2007). Hentet fra  
[http://www.imdi.no/Documents/Rapporter/2007/2007\\_IMDi-rapport\\_fastleger\\_og\\_tolketjenester.pdf](http://www.imdi.no/Documents/Rapporter/2007/2007_IMDi-rapport_fastleger_og_tolketjenester.pdf)
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2014a). Når du trenger tolk: Veileder for kjøp av tolketjenester for offentlige virksomheter (Veileder). Hentet fra  
<https://www.tolkeportalen.no/Global/tolking/Veileder.pdf>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2014b). *Undersøkelse om tolkene i Nasjonalt tolkeregister 2013 – Oppdragsmengde og arbeidsvilkår* (IMDi-rapport 2014). Hentet fra [www.tolkeportalen.no/Documents/Rapporter/2014/Tolkeregister2013.pdf](http://www.tolkeportalen.no/Documents/Rapporter/2014/Tolkeregister2013.pdf)
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2014c). *Kartlegging av språkbehov 2014. Spørreundersøkelse blant formidlere og storbrukere av tolketjenester* (Kartlegging). Hentet fra [www.tolkeportalen.no/Global/tolking/IMDi.pdf](http://www.tolkeportalen.no/Global/tolking/IMDi.pdf)
- Jareg, K., & Pettersen, Z. (2006). *Tolk og tolkebruker-to sider av samme*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Josefsen, E. (2006). *Selvopplevd diskriminering blant samer* (Rapport 2006-3, Norut NIBR Finnmark). Hentet fra  
[http://norut.no/sites/norut.no/files/static\\_files/content/download.pdf](http://norut.no/sites/norut.no/files/static_files/content/download.pdf)
- Kale, E. (2006). «Vi tar det vi har» - Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. *En spørreskjemaundersøkelse* (NAKMI's skriftserie om minoriteter og helse, 2/2006). Hentet fra <http://www.nakmi.no/Details.asp?article=NAKMI-rapporter&aid=149>
- Kale, E., Ahlberg, N., & Duckert, H. (2010). Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer?: En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 818-823.
- Kale, E. & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling*, 81, 187-191.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.002>
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research*, 42, 727-754.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x>
- Karliner, L. S., Napoles-Springer, A. M., Schillinger, D., Bibbins-Domingo, K., & Pérez-Stable, E. J. (2008). Identification of limited English proficient patients in clinical care. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 1555-1560.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0693-y>

- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kommunal og arbeidsdepartementet (1997). Retningslinjer for god tolkeskikk. Hentet fra <https://www.tolkeportalen.no/Global/tolking/retningslinjer.pdf>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014, 12 august). Samelovens språkregler og forvaltningsområdet for samisk språk. Hentet fra [www.regjeringen.no/nb/tema/urfolk-og-minoriteter/samiske-sprak](http://www.regjeringen.no/nb/tema/urfolk-og-minoriteter/samiske-sprak)
- Le, C. (2013). Når er «litt norsk» for lite? En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) Rapport 2/2013). Hentet fra <http://www.nakmi.no/Images/assets/le%202013%20nakmi%20tolkerapport.pdf>
- Lee, K. C., Winickoff, J. P., Kim, M. K., Campbell, E. G., Betancourt, J. R., Park, E. R. et al. (2006). Resident physicians' use of professional and nonprofessional interpreters: a national survey. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 296, 1049-1054. doi:10.1001/jama.296.9.1050. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.296.9.1050>
- Li, S., Pearson, D., & Escott, S. (2010). Language barriers within primary care consultations: an increasing challenge needing new solutions. *Education for Primary Care*, 21, 385-391.
- Lindholm, M., Hargraves, J. L., Ferguson, W. J., & Reed, G. (2012). Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 1294-1299. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-012-2041-5>
- Linnestad, H., & Buzungu, H. F. (2012). Ikke lenger en tjeneste av ukjent kvalitet: Statusrapport om tolkefeltet i helsevesenet i hovedstadsområdet, Oslo universitetets sykehus (Rapport 15 juni 2012/rev. 15 mai 2013). Oslo: Helse Sør-Øst og Oslo Kommune.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76, 390-393. <http://dx.doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>
- Parsons, J. A., Baker, N. A., Smith-Gorvie, T., & Hudak, P. L. (2014). To 'Get by' or 'get help'? A qualitative study of physicians' challenges and dilemmas when patients have limited English proficiency. *BMJ Open*, 4, e004613. doi:10.1136/bmjopen-2013-004613
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV 1999-07-02-63, (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Regenstein, M., Andres, E., & Wynia, M. K. (2013). Appropriate use of non-English-language skills in clinical care. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 309, 145-146. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.116984>
- Rhodes, P., & Nocon, A. (2003). A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford. *Health & Social Care in the Community*, 11, 45-54. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00398.x>
- Rienecker, L., & Jørgensen, P.S. (2006). *Den gode oppgaven – håndbok i oppgaveskrivning på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Rudvin, M. (2006). Negotiating linguistic and cultural identities in interpreter-mediated communication for public health services. I A. Pym, M. Shlesinger, & Z. Jettmarová (Red.), *Sociocultural aspects of translating and interpreting* (s. 173-190). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Sajjad, T. A. (2011). Hvis det fødes et sykt barn, hva tror du det skyldes? En medisinskantropologisk studie av genetisk veiledning blant pakistansk-norske familier (Doktoravhandling). Det medisinske fakultetet, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
- Schenker, Y., Lo., B., Ettinger, K.M., & Fernandez, A. (2008). Navigating language barriers under difficult circumstances. *Annals of Internal Medicine* 149 (4): 264-269.  
<http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-149-4-200808190-00008>
- Schuyve, P. M. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 360-361.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0365-3>
- Seale, C., Rivas C, & Kelly, M. (2013). The challenge of communication in interpreted consultations in diabetes care: a mixed methods study. *British Journal of General Practice* 63 (607): 125-133.  
<http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13X663082>
- Segalowitz, N. & Kehayia, E. (2011). Exploring the determinants of language barriers in health care (LBHC): Toward a research agenda for the language sciences. *Canadian Modern Language Review/La Revue canadienne des langues vivantes*, 67, 480-507.  
<http://dx.doi.org/10.3138/cmlr.67.4.480>
- Skaaden, H. (2013). *Den topartiske tolken: lærebok i tolking*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Smedtorp, I.C. (2008). *Fastleger og tolkebruk* (Studentoppgave). Samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.
- Statistisk sentralbyrå (2014). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1 januar 2014. Hentet fra <http://www.ssb.no/innvbef/>
- Street Jr, R.L., Makoul, G. Arora, N.K., & Epstein, R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 74 (3), 295-301.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Svela, R.R. (2007). Den vanskelige tolkerollen: om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo: En videre bearbeidelse av NAKMIs spørreundersøkelse (Masteroppgave). Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Sørheim, A. T. (2000). *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Torseth, J. (2012). *Bruk av tolk i psykoterapi med flyktningpasienter: muligheter og utfordringer* (Hovedoppgave). NTNU Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- TNS Politikk & samfunn (2013). *Kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten* (Rapport utført på oppdrag av Helsedirektoratet). Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner.aspx>
- Valio, T. (2009). Integrering av tolk i helsetjenesten: analyse av bruk av tolk ved helsetjenester drevet av Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune (Hovedoppgave). Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
- Wadensjö, C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Longman.

Younas, S., & Tabasam, N. (2009). Hvilken effekt har bruk av tolk på pasientkommunikasjon under behandlingssituasjon? Hvordan opplever pasienten møte med tannhelsepersonell når vi bruker tolk? (BA-oppgave i tannpleie). Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

### Tilleggsreferanser (ikke sitert i artikkelen)

- Anazawa, R., Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2012). The accuracy of medical interpretations: a pilot study of errors in Japanese-English interpreters during a simulated medical scenario. *Translation & Interpreting*, 4, 1-20.
- Bischoff, A. & Hudelson, P. (2010a). Access to healthcare interpreter services: where are we and where do we need to go? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7, 2838-2844.  
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph7072838>
- Bischoff, A. & Hudelson, P. (2010b). Communicating With Foreign Language-Speaking Patients: Is Access to Professional Interpreters Enough? *Journal of Travel Medicine*, 17, 15-20.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1708-8305.2009.00314.x>
- Bischoff, A, Perneger, T.H., Bovier, P.A., Loutan, L., & Stalder, H. (2003). Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language. *British Journal of General Practice*, 53, 541-546.
- Butow, P., Bell, M., Goldstein, D., Sze, M., Aldridge, L., Abdo, S. et al. (2011). Grappling with cultural differences; Communication between oncologists and immigrant cancer patients with and without interpreters. *Patient Education and Counseling*, 84, 398-405.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.035>
- Fatahi, N., Mattsson, B., Hasanpoor, J., & Skott, C. (2005). Interpreters' experiences of general practitioner-patient encounters. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 159-163.  
<http://dx.doi.org/10.1080/02813430510018509>
- Felberg, T. R. (2013). Kommunikasjon via tolk for offentlig ansatte (Rapport 2013/07). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Hentet fra [www.hioa.no/Studier/LU/Evu/kommunikasjonviatolk/Rapport](http://www.hioa.no/Studier/LU/Evu/kommunikasjonviatolk/Rapport)
- Greenhalgh, T., Robb, N., & Scambler, G. (2006). Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: a Habermasian perspective. *Social Science & Medicine*, 63, 1170-1187.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.033>
- Gulbrandsen, P., & Finset, A. (2014). Skreddersydde samtaler: en veileder i medisinsk kommunikasjon. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hale, S (2007). *Community Interpreting*. London and New York: Palgrave Macmillian.
- Harmsen, J. A., Bernsen, R. M., Bruijnzeels, M. A., & Meeuwesen, L. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling*, 72, 155-162.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.018>
- Hudelson, P. (2005). Improving patient-provider communication: insights from interpreters. *Family Practice*, 22, 311-316.  
<http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmi015>



- Jacobs, E. A., Shepard, D. S., Suaya, J. A., & Stone, E. L. (2004). Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. *American Journal of Public Health, 94*, 866.  
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.5.866>
- Jimenez, N., Jackson, D. L., Zhou, C., Ayala, N. C., & Ebel, B. E. (2014). Postoperative pain management in children, parental english proficiency, and access to interpretation. *Hospital pediatrics, 4*, 23-30.  
<http://dx.doi.org/10.1542/hpeds.2013-0031>
- Kale, E., & Kumar, B. N. (2010). Challenges in Healthcare in Multi-Ethnic Societies: Communication as a Barrier to Achieving Health Equity. *Children, 3*, 4.
- Kumar, B. N. & Viken, B. (Red.) (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Li, S. (2013). Co-construction of interpreted conversation in medical consultations. *Applied Linguistics Review, 4*, 127-149.  
<http://dx.doi.org/10.1515/applirev-2013-0006>
- Masland, M. C., Lou, C., & Snowden, L. (2010). Use of communication technologies to cost-effectively increase the availability of interpretation services in healthcare settings. *Telemedicine Journal and E-Health, 16*, 739-745.  
<http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2009.0186>
- Papic, O., Malak, Z., & Rosenberg, E. (2012). Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: attitudes, barriers, strategies, and training needs. *Patient Education and Counseling, 86*, 205-209.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.015>
- Rivadeneira, R., Elderkin-Thompson, V., Silver, R. C., & Waitzkin, H. (2000). Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter. *The American Journal of Medicine, 108*, 470-474.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00445-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00445-3)
- Roberts, C., Moss, B., Wass, V., Sarangi, S., & Jones, R. (2005). Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Medical Education, 39*, 465-475.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02121.x>
- Sande, H. (1998). Supervision of refugee interpreters: 5 years of experience from Northern Norway. *Nordic Journal of Psychiatry, 52*, 403-409.  
<http://dx.doi.org/10.1080/08039489850139436>
- Sandler, R., Myers, L., & Springgate, B. (2014). Resident Physicians' Opinions and Behaviors Regarding the Use of Interpreters in New Orleans. *Southern Medical Journal, 107*, 698-702.  
<http://dx.doi.org/10.14423/SMJ.00000000000000186>
- Wadensjö, C. (1992). *Interpreting as interaction: on dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. (83 ed.) Link÷ping: Institutionen f÷r Tema, Link÷pings universitet.
- Wadensjö, C., Englund Dimitrova, B., & Nilsson, A. L. (2007). *The critical link 4: professionalisation of interpreting in the community : selected papers from the 4th International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Stockholm, Sweden, 20-23 May 2004*. Amsterdam: John Benjamins.
- Ørvig, K. (2007). *Tolken som redskap eller kulturinformant?: et samhandlingsstudie av tolkede klientsamtaler i sosialtjenesten* (Doktorgradsavhandling). Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sosiologi, Universitetet i Tromsø.