



«Vi tar hva vi har»

Foranalyse: Digitalt kommunikasjonsverktøy

Stab samhandling og internasjonalt samarbeid, OUS
på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF



«VI TAR HVA VI HAR»

FORANALYSE: KOMMUNIKASJONSVERKTØY FOR HELSEPERSONELL OG MINORITETSSPRÅKLIGE PASIENTER

HENSIKTEN MED DOKUMENTET

Denne rapporten er resultatet av foranalysen og er en del av underlaget for beslutning om start av planleggings-/prosjektfasen av «digitalt kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter».

TAKK

Mange har bidratt til denne rapporten, og alle har gjort det med velvilje og smil. Statusgruppe og prosjektgruppe viste stor interesse. I tillegg tusen takk til gode kolleger i Seksjon for likeverdige helsetjenester: Irina Polyakova Næss og Ingrid Vassli Flateby; til tolker, formidlere, rådgivere og leder Hanne Løfsnes ved Tolkesentralen; og til personalet ved Medisinsk bibliotek Ullevål. En ekstra blomst går til Madeleine Berli, Kaja Raviwan Wattne, Knut Brobakken, Hilde Fiva Buzungu, Randi Havnen, Hilde Kari Nylund, Ragnhild Spilker, Julia Tavridou og Petter Thoresen.

Maria Wattne
Seksjon for likeverdig helsetjeneste
Stab samhandling og internasjonalt samarbeid
Oslo universitetssykehus HF
Februar 2016

«VI TAR HVA VI HAR»

FORANALYSE: DIGITALT KOMMUNIKASJONSVERKTØY FOR HELSEPERSONELL OG MINORITETSSPRÅKLIGE PASIENTER

INNHold

1. Sammendrag	5
2. Bakgrunn	7
3. Organisering, finansiering og aktiviteter	10
4. Metodebeskrivelse	12
5. Beskrivelse av nåsituasjonen	15
5.1. Kartlegging av hvordan helsepersonell løser utfordringen	15
5.2. Pasientundersøkelsen underbygger det helsepersonell sier.....	16
5.3. Skriftlig støttemateriell.....	16
5.4. Kartlegging av hvordan det fungerer.....	17
6. Beskrivelse av behovet.....	19
6.1. Behov og ønsker	19
6.2. Konkret innhold i ønskeverktøyet	21
7. Analyse av situasjonen	24
8. Analyse av behovet	28
9. Eksisterende verktøy.....	32
9.1. Helsekommunikasjonsverktøy.....	33
9.2. Prosedyreverktøy.....	36
9.3. Digital ordbok/pekebok.....	37
9.4. Kommunikasjonsstøtteverktøy.....	38
10. Kvalitetssikring.....	39
10.1. Konkrete krav til et effektivt verktøy til formålet.....	39
10.2. Suksessfaktorer for implementering	41
10.3. Krav til utprøving og utvikling av et verktøy.....	42

11. Anbefaling	44
11.1. Forslag: Pilotprosjekt	45
11.2. Risikoanalyse.....	46
11.3. Forutsetninger og avhengigheter	47
11.4. Alternative løsninger	48
12. Vedlegg	50
1. Litteraturliste	51
2. Søkedokumentasjon	62
3. Nettsteder.....	67
4. Oversikt over helsefaglige informanter	69
5. Intervjuguide for helsepersonell	73
6. Spørreskjema til pasienter.....	76
7. Apper og programmer prøvd ut i prosjektperioden.....	78
8. Regnskap.....	79
9. Skisse til konkurransegrunnlag	80

KAPITTEL 1. SAMMENDRAG

Denne rapporten er resultatet av foranalysen «Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter» utført av Oslo universitetssykehus HF på oppdrag av Helse Sør-Øst RHF. Et spekter av kvalitative metoder er brukt for å få bred innsikt i problemstillingen på kort tid. En pasientundersøkelse på tre språk viser at det er mulig å inkludere pasienter som ikke kan norsk, selv med knapp tid og begrensede ressurser.

Kartleggingen blant helsepersonell bekrefter det oppdragsgiver beskriver: Når tolk ikke er til stede, bruker sykehusansatte ulike hjelpemidler - fra Google translate, kroppsspråk og engelsk til språkpermer og pårørende. I spekteret finnes også høyrisikostategier som ordlister med feil og å involvere en medpasient som snakker samme språk. De ansatte er klar over at dette ikke er optimalt. Det er frustrerende, og skaper stress for pasient og ansatt. Samtidig mener de at «hva som helst på pasientens språk» er bedre enn ingenting, fordi det skaper trygghet.

- Helsepersonell ønsker seg tilgang til kvalifisert tolk på kort varsel hele døgnet. Siden dette ikke er tilgjengelig per i dag, vil de løse hverdagsutfordringene med en enkel, universelt utformet og vaskbar digital pekebok. Det er viktig å presisere at hjelpemiddelet ikke skal erstatte tolk.
- Imidlertid kommer det fram at den største utfordringen ikke er mangel på verktøy, men for lav kvalitetsbevissthet blant helsepersonell. Derfor bør det arbeides kontinuerlig for å endre holdninger til kommunikasjon med minoritetsspråklige, bruk av tolk og forståelsen av hvilke krav som stilles til helsepersonell for å kunne levere likeverdige helsetjenester.
- Det er ulike syn på om et digitalt verktøy kan brukes til akutsituasjoner.

I Helse Sør-Øst RHF skal tolk brukes i alle samtaler i behandlingsøyemed. Hvis et kommunikasjonsverktøy innføres, kan det derfor bare brukes til samtaler mellom helsepersonell og ikke-norskpråklig pasient (eller pårørende) som *ikke* er i behandlingsøyemed. Til denne bruken er det behov for et enkelt kommunikasjonsverktøy med svaralternativer for pasienten. I dagens situasjon er det høy risiko for at et slikt verktøy vil bli foretrukket framfor tolk, ikke minst av økonomiske grunner. Verktøyet må derfor utvikles parallelt med kvalitetssikrede, tilgjengelige tolketjenester. Dette kan med fordel skje i samarbeid med fagmiljøet ved Tolkesentralen, Seksjon for likeverdig helsetjeneste ved Oslo universitetssykehus HF.

I tillegg til et digitalt støtteverktøy, er det behov for standardisert, forståelig, grunnleggende informasjon om rutiner, pasientsikkerhet og prosedyrer til alle pasienter. Den kan enten gjøres språkuavhengig eller lages etter klarspråksnorm på norsk og så gjøres tilgjengelig på flere språk. Å inkludere et slikt helhetsperspektiv, kan også gi stor effektiviseringsgevinst.

Ifølge foranalysens undersøkelser, forskningsstøtte og vurdering er det ingen program eller apper som dekker behovet for et enkelt støtteverktøy og samtidig fyller de nødvendige kravene til kvalitetssikring. De fleste eksisterende verktøy er basert på maskinoversetting, som ikke er tilfredsstillende. For at et verktøy skal være aktuelt, må det forutsettes brukervennlighet, dokumentasjon av kvalitetssikring samt at programmet ikke tar utgangspunkt i behandlingssituasjoner.

Basert på kartlegging, forskning og vurdering, foreslår foranalysen følgende krav til et digitalt kommunikasjonsverktøy:

- Det må være lett tilgjengelig, brukervennlig, vedlikeholdsfritt, pålitelig og robust.
- Teknologien må være egnet til behovet.
- Treffsikkerheten i oversettelsene må være nær 100 prosent. Oversettelsene må være gjort av dokumentert kvalifiserte oversettere og validert både på norsk og helsefaglig.
- Den tilhørende databasen må oppfylle dokumenterte minimumskrav til antall termer og språk.
- Det må foreligge dokumenterte rutiner for feilmelding, oppfølging av tekniske problemer, innspill om nye funksjoner, endringer og tilføyelse av nye fraser, og rask responstid.

Leverandøren må dokumentere bedriftsøkonomi og endringsfleksibilitet. Før produktet er klart for implementering, må det gjennom metodisk utprøving i flere faser: Kontortesting, klinikktesting og pilotdrift. For å få en vellykket innføring, kreves tilstrekkelig opplæring og nøkkelpersoner med ansvar for å følge opp.

På bakgrunn av behovsavklaringen i denne foranalysen, anbefales det derfor at Helse Sør-Øst RHF fortsetter prosjektet og at planleggingsfasen for gjennomføring av pilot settes i gang.

Det foreslås et prosjekt der Helse Sør-Øst RHF prøver ut digitalt kommunikasjonsverktøy. Fagmiljøet ved Tolkesentralen, Seksjon for likeverdig helsetjeneste, OUS HF involveres i kvalitetssikring og gjennomføring. Prosjektet skal kvalitetssikre potensielle digitale kommunikasjonsverktøy til bruk som støtte i sykehuskommunikasjon med ikke-norskpråklige pasienter, men under eksplisitt forutsetning av at verktøyet ikke skal erstatte tolk i kommunikasjon i behandlingsøyemed. Prosjektet ses i sammenheng med behovet for stadig bedre, stadig mer tilgjengelige tolketjenester og samtidig med behovet for bedre kommunikasjon med alle pasienter. Parallelt med prosjektet bør Helse Sør-Øst RHF legge til rette for at helseforetakene kvalitetssikrer de skriftlige støtteverktøyene som er i bruk i dag.

Det tas forbehold om at kravene til en vellykket implementering er vanskelige å fylle. Hvis verktøyet er vanskelig å bruke, er risikoen for å mislykkes stor, og det bør ikke investeres tid og ressurser i opplæring i et slikt verktøy. For helseforetaket vil det være mer kostnadseffektivt å investere i teknologi som gjør tolk tilgjengelig i større deler av sykehushverdagen. Da bør opplæringsressursene vies til bevisstgjøring, holdningsendring og faktisk bruk av tolk.

KAPITTEL 2. BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Beskrivelse av behovet og oppdraget

Alle pasienter skal ytes et likeverdig tilbud, ifølge helseforetakslovens § 1. Helse Sør-Østs regionale strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016 slår fast at:

Pasienten må bli sett, møtt og behandlet med empati og respekt. Kvalitetssikret informasjon om tjenester og behandlinger må være enkelt tilgjengelig. Informasjon og kommunikasjon må gis på likeverdig grunnlag og være tilpasset den enkelte pasient. Digitale verktøy må kunne anvendes. Pasienten må ut fra egne/individuelle forutsetninger, oppmuntres til å delta aktivt i beslutninger om behandlingen og det må gis tilstrekkelig informasjon og opplæring om egenomsorg og mestring.¹

Dette gjelder alle pasienter. Imidlertid tyder både norske og internasjonale studier på at pasienter med minoritetsbakgrunn ikke får helsetjenester av samme kvalitet som etnisk norske pasienter, og at dette kan skyldes «strukturelle, organisatoriske og kliniske hindringer.»²

- Det er en forutsetning for kvalitet og pasientsikkerhet at behandler og pasient forstår hverandre, understreker den offentlige utredningen om tolking i offentlig sektor. NOU-en peker på noen av utfordringene:

[D]årlig kommunikasjon kan skyldes mangel på kvalifiserte tolker og (...) kommunikasjonsproblemer kan skape misforståelser og få alvorlige følger for diagnostisering, behandling og rehabilitering³.

Underforbruk og manglende kvalitetskrav fører til at rettssikkerhet og likeverd er truet og undergraves. (...) Talking må anses som en integrert del av oppgaveløsningen i sektorene.⁴

Opphold i ulike institusjoner, sykehus- eller fengselsopphold kan strekke seg over tid. Det sier seg selv at det er praktisk umulig å ha tolk til stede ved enhver samhandling og kommunikasjon med pasienter/brukere/innsatte som ikke snakker eller forstår norsk. Andre tiltak vil derfor være nødvendig for å avhjelpe de problemene som oppstår på grunn av språkbarrierer.⁵

Det er naturlig at «andre tiltak» tenkes løst med teknologi. Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling 2013 - 2020 slår fast at spesialisthelsetjenesten og sykehusene er «høyt teknologiske organisasjoner hvor informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er viktige verktøy i pasientbehandlingen» og at et IKT-løft «er nødvendig for å etterkomme krav og forventninger til økt pasientsikkerhet, høyere kvalitet i pasientbehandlingen, økt effektivitet og bedre samhandling i helsetjenesten.»⁶

Brukermedvirkning er solid forankret i nasjonale og regionale mål for helsetjenestene. Også ut fra et pasientperspektiv ser regionale helseforetak for seg at ny teknologi er veien å gå. Som Helse Nord skriver:

¹ Helse Sør-Øst, 2013, s 5

² Eike, 2010, s 4

³ Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014, s 54

⁴ Ibid, s 13

⁵ Ibid, s 47

⁶ Helse Sør-Øst, 2012, s 18

Det pekes også på de muligheter nye sosiale medier og ny kommunikasjonsteknologi gir for bekymringsreduksjon, trygghet, veiledning, kontakt og oppfølging i forholdet mellom brukere, pårørende og hjelpeapparat.⁷

I oppdragsbrevet fra Helse Sør-Øst RHF heter det:

I Nasjonal strategi om innvandreres helse (2013-2017) Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle er ett av de tre målene utfordringer knyttet til kommunikasjon: «Helsepersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med ulik språklig bakgrunn». I møte med pasienter og brukere som ikke snakker norsk, er tolk sentralt for å sikre god kommunikasjon. I akutt situasjoner uten mulighet for å skaffe tolk, samt deler av døgnet når tolken ikke er til stede, har pasient og helsepersonell fortsatt behov for å kunne kommunisere. Det er kjent at helsepersonell i enkelte situasjoner i dag tyr til Google translate eller andre online maskinoversettertjenester. Dette innebærer risiko for feilinformasjon og mangelfull oppfølging av pasienter.⁸

Bedre pasientkommunikasjon, pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester til minoritetsspråklige pasienter, samt mulige effektiviseringsgevinster er de interne driverne i prosjektet. De eksterne driverne er å oppfylle forpliktelser lovfestet og pålagt av myndighetene.⁹ Målgruppa er minoritetsspråklige pasienter og deres pårørende, og alt helsepersonell i sykehusene som har kontakt med denne pasientgruppa. Tolkesentralen ved Oslo universitetssykehus HF, andre tolketjenester i spesialisthelsetjenesten og ledelsen i helseforetakene vil også bli berørt.

Oppdraget

Helse Sør-Øst RHF har fra flere helseforetak blitt anmodet om å understøtte et arbeid på tvers av helseforetakene med sikte på å utvikle gode løsninger som kan anvendes på tvers av helseforetakene. Vi er gjort kjent med at det ved noen sykehus er utviklet løsninger på enkelte fagområder, men at det etterspørres en videreutvikling og muligheter for digitale løsninger.

Oslo universitetssykehus HF gis i oppdrag å utarbeide en foranalyse – «Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter». Relevant kommunikasjonsverktøy og erfaringer fra ulike helseforetak/sykehus gjennomgås. Prosjektet må vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig å bygge

⁷ Normann et al, 2012, s 15.

⁸ Oppdrag til Oslo universitetssykehus HF – Foranalyse – Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter. Helse Sør-Øst RHF, ref 14/01552-4; 10.12.2014.

⁹ Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015: «Helse- og omsorgstjenester skal være likeverdige for hele befolkningen og tilpasset ulike behov, forventninger og forståelse av hva som er gode løsninger på et helseproblem. God kommunikasjon, åpenhet og respekt for forskjellighet [...] er avgjørende for kvaliteten på møtet mellom brukere og helse- og sosialpersonell. God tolketjeneste med kvalifisert tolk og lydhørhet i møte med pasienten er en forutsetning for likeverdighet. Språklig tilrettelegging er nødvendig for å sikre informasjonsflyt, slik at partene har felles forståelse for planlegging, tilrettelegging og oppfølging».

Plikten til å yte likeverdige helsetjenester er hjemlet i pasientrettighetsloven §§ 1-1, 3-2 og 3-5, helsepersonelloven §§ 4 og 16, forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten §§ 3 og 4, samt diskrimineringslovverket (diskrimineringsloven § 4). Helse- og diskrimineringslovgivingen bygger også på Norges internasjonale forpliktelser gjennom menneskerettighetskonvensjoner.

videre på eksisterende arbeid eller om det skal starte en nyutvikling på dette feltet. Sykehuspartner må trekkes inn i arbeidet med å vurdere eksisterende løsninger og anbefalinger av eventuelle nye løsninger.

Nasjonale myndigheter gjøres kjent med initiativet. Allerede pågående prosjekter nasjonalt, herunder «forprosjekt for nasjonale digitale løsninger» og prosjektet «felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten» orienteres om arbeidet.

Foranalysen utarbeides i samarbeid med andre helseforetak i regionen. Kompetansemiljøer som Nakmi og andre relevante aktører involveres i arbeidet. Brukerrepresentanter skal trekkes inn i arbeidet.

Analysen gjennomføres i samsvar med relevant prosjektmetodikk og leveres til Helse Sør-Øst RHF i løpet av 2015.¹⁰

NB: For enkelhets skyld omtales forprosjektet som «prosjektet».

¹⁰ Oppdrag til Oslo universitetssykehus HF – Foranalyse – Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter. Helse Sør-Øst RHF, ref 14/01552-4; 10.12.2014.

KAPITTEL 3. ORGANISERING, FINANSIERING OG AKTIVITETER

Prosjektet er finansiert av en bevilgning fra oppdragsgiver, Helse Sør-Øst RHF, på kroner 500 000 (Se Vedlegg 8 Regnskap). Det sluttføres 31.12.2015. Midlene har i hovedsak gått til å finansiere en prosjektlederstilling i en periode på fire og en halv måned annet halvår 2015. Det er satt av cirka 150 000 kroner til konsulentbistand med konkurransegrunnlaget som er skissert i Vedlegg 9.

Prosjekteier: Helse Sør-Øst RHF

Prosjektleder: Maria Wattne, Seksjon for likeverdig helsetjeneste, Oslo universitetssykehus HF (OUS).

Prosjektgruppe: Katy Bartschick (Sunnaas sykehus), Maria Bjerke (Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF), Anders Huuse Kartzow (Seksjon for likeverdig helsetjeneste, OUS), Thor Indseth (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse - NAKMI), Solveig Helene Midtvedt (Vestre Viken), Mona Helén Rønningsen (Idepoliklinikken, OUS), Else Karin Rong Kogstad (Akershus universitetssykehus), Tone Sjølander Eidsvold (Sykehuset Østfold).
Observatør: Agnethe Wedum Storihle (Helse Sør-Øst RHF).

Tolkesentralen ved OUS var ikke representert i prosjektgruppa, fordi sentralen har et tett samarbeid med Seksjon for likeverdig helsetjeneste og prosjektleder kunne ha løpende kontakt med Tolkesentralens leder, rådgivere og andre ansatte. Prosjektet dro også nytte av at Tolkesentralen har skapt et faglig miljø der tolker samles, diskuterer og er lette å treffe.

Sykehuspartner var invitert til å delta i prosjektgruppa, men møtte ikke.

I tillegg til helseforetakene representert i prosjektgruppa, bidro følgende, blant annet gjennom deltakelse på dagsseminar: Sykehuset i Vestfold, Sørlandet Sykehus, Sykehuset Telemark og Sykehuset Innlandet.

Sykehusapotekene var invitert, men møtte ikke.

Oppdragsgiver fulgte prosjektet gjennom Agnethe Wedum Storihles løpende kontakt med prosjektleder. Det ble holdt to statusmøter der prosjektleder informerte om framdrift og økonomi. Deltakere: Tove Strand, Stab samhandling og internasjonalt samarbeid, OUS HF; Anders Huuse Kartzow og Hege Linnestad, Seksjon for likeverdig helsetjeneste, OUS HF; Agnethe Wedum Storihle, Helse Sør-Øst RHF.

Gjennomførte aktiviteter:

1. Forankring hos oppdragsgiver og i eget helseforetak: To statusmøter
2. Forankring i helseforetakene og samarbeidspartnere: Tre prosjektgruppemøter, dagsseminar
3. Kompetansebygging og erfaringsutveksling: Heldagsseminar for helsepersonell fra ulike helseforetak i RHF-et
4. Beskrive nåsituasjonen:
 - a. Kartlegging av helsepersonells eksisterende problemløsningsstrategier og erfaringer med disse
 - b. Kartlegging av helsepersonells behov og ønsker for et verktøy
 - c. Kartlegging av pasienters erfaringer med og synspunkter på nåværende praksis
5. Kartlegge eksisterende verktøy og muligheter: Framskaffe relevant litteratur og dokumentasjon

6. Kartlegge eksisterende verktøy og muligheter: Søke støtte i litteratur og aktuell forskning for et eventuelt verktøys muligheter, begrensninger, utfordringer og fallgruver
7. Kartlegge eksisterende verktøy: Teste aktuelle apper, programmer eller enheter
8. Utarbeide forslag til kvalitetssikringstiltak og -prosesser som gir grunnlag for å vurdere kostnader, nytte og risiko
9. Utarbeide anbefalinger for videre prosjektarbeid

KAPITTEL 4. METODE

Kapittelsammendrag:

Ulike kvalitative metoder er brukt for å få bred innsikt i problemstillingene på kort tid. En pasientundersøkelse på tre språk viser at det er mulig å inkludere pasienter som ikke kan norsk, selv med begrensede ressurser. Vedlagt litteraturliste og søkedokumentasjon danner utgangspunkt for en kunnskapsoppsummering til et kommende prosjekt.

På grunn av prosjektets begrensede omfang, ble kvalitative metoder valgt som en gunstig måte å få bred innsikt på kort tid. Flere ulike metoder er brukt for å belyse ulike sider av problemstillingene:

- Semi-strukturert intervju med helsepersonell
- Spørreundersøkelse på tre språk for pasienter
- Erfaringsutveksling (fokusgruppe med helsepersonell)
- Idéutvikling (fokusgruppe med helsepersonell)
- Kvalitetskontroll av skriftlig materiell
- Egne undersøkelser og testing
- Kunnskapsoppsummering fra litteratur
- Samtaler med forskere i Norge og internasjonalt (epost, møte og telefon)

4.1. Kartlegging av helsepersonells erfaringer og ønsker

I første fase ble det gjennomført en kvalitativ kartlegging med totalt 68 helsefaglige informanter fra 10 sykehus og to kommunale helsetjenester (se Vedlegg 4). Prosjektleder gjennomførte semi-strukturert intervju med 35, 26 av disse i personlige møter på arbeidsplassene på sykehusene. Den samme informasjonen ble innhentet fra ytterligere 26 personer gjennom håndsopprekning og fokusgrupper på et dagsseminar for formålet den 25.09.2015. I tillegg til dette deltok prosjektleder på OUS' Idépoliklinikkens workshop den 11.05.2015. Sju av deltakerne besvarte relevante spørsmål tett opptil de i prosjektets intervjuguide, slik at disse sju er lagt til som informanter i utvalget, som med dette utgjør 68 personer fra 18 ulike yrkesgrupper. Den største gruppa er sykepleiere, blant annet intensiv-, diabetes-, spesial-, operasjons-, og kreftsykepleiere.

De fleste informantene ble kontaktet via Seksjon for likeverdig helsetjenestes nettverk av kulturveiledere, helsepersonell som har tatt videreutdanningen «Flerkulturelt helsearbeid» ved Høgskolen i Oslo og Akershus. De stilte enten opp selv eller foreslo kolleger som kunne være aktuelle. I tillegg ble det lagt ut en artikkel på Oslo universitetssykehus' intranett om forprosjektet, der helsepersonell ble oppfordret til å ta kontakt (Try, 2015). Det kom flere henvendelser. Enkelte av disse førte til intervjuer, andre fortalte selv om opplevelser eller kom med innspill på e-post. Noen informanter meldte seg da prosjektleder var på avdelingen for å snakke med en kollega, noen ble kontaktet etter Idépoliklinikkens workshop den 11. mai 2015 og noen etter omtale av relevante prosjekter på sykehusets intranett. Det var stor interesse for prosjektet og mye velvilje.

Følgende hovedspørsmål ble stilt i de personlige intervjuene:

1. Har du kommunisert med pasient ved hjelp av profesjonell tolk?
2. Hvordan kommuniserer du med pasienter som ikke kan norsk når ikke tolken er der?
3. Hvordan fungerer det?
4. Hvilke behov har du? Hva trenger du?
5. Hva ønsker du deg, hvis det hadde gått an?
6. Andre tanker eller idéer?¹¹

Intervjuene tok fra 20 minutter til to timer, avhengig av hva som kom fram og hvor god tid informantene hadde.

I tillegg var prosjektleder observatør på FAFUS-prosjektet¹² den 9. september 2015 og overvar konsultasjoner og samtaler mellom jordmødre og kvinner med minoritetsbakgrunn uten at tolk ble brukt.

2. Innsikt i pasienters erfaringer

Følgende grep ble gjort for å ivareta pasientperspektivet:

- I prosjektgruppa satt en representant for Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF, som også selv har minoritetsbakgrunn.
- Spørsmål om erfaringer med kommunikasjon med helsepersonell ble lagt til intervjuet ved Seksjon for likeverdig helsetjenestes fokusgruppe om Helseradio den 25. august 2015 i Tawfiq Islamsk Senter, Oslo med 8 deltakere (5 menn og 3 kvinner). Intervjuet ble tolket mellom norsk og somali.
- Prosjektleder utarbeidet et enkelt spørreskjema om kommunikasjon med helsepersonell når tolken ikke er til stede, som Tolkesentralen formidlet oversetting av, til henholdsvis somali, polsk og tigrinja¹³. Undersøkelsen ble gjennomført ved hjelp av ansatte på seks poster ved Ullevål sykehus¹⁴ der det var sannsynlig at det skulle komme pasienter fra disse språkgruppene, som samtidig ikke behersket norsk.

Siden behandlerne formidlet kontakt og spørsmålene ikke omfattet sensitive opplysninger, ble undersøkelsen meldt til Personvernombudet ved OUS der den ble registrert i databasen over forsknings- og kvalitetsstudier og prosjektet fikk en tilråding som fritok sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet.

Når ansatte fikk inn aktuelle pasienter med bakgrunn fra en av disse språkgruppene, som kunne lese og skrive og var i stand til å fylle ut, men ikke kunne norsk, la de skjemaet fram for dem. Det var frivillig å fylle ut, og mulig å krysse av for flere alternativer på hvert spørsmål.

¹¹ Se hele intervjuguiden, Vedlegg 5.

¹² FAFUS- prosjektet: Et tilbud om gratis reproduktiv og seksuell helsehjelp for ikke-vestlige minoritetskvinner ved Kvinneklinikken på Ullevål sykehus.

¹³ Se norsk utgave, Vedlegg 6.

¹⁴ Undersøkelsen ble gjennomført ved følgende avdelinger ved OUS Ullevål sykehus: Akuttmottaket, Barnekirurgi, Barsel, Diagnosestasjonen, Gastrokirurgisk sengepost og Ortopedisk kirurgi, sengepost.

De ansatte samlet inn 17 svar, fordelt slik: 3 på somali, 14 på polsk og 0 på tigrinja. Antallet gjør at denne undersøkelsen kun kan bidra til å fylle ut bildet. Men det er et positivt funn i seg selv at det fungerte å komme i kontakt på denne måten. Selv om det er et vanskelig utgangspunkt for å få nyttige svar at pasientene ikke kan noe norsk, og er syke i tillegg, viser denne undersøkelsen at også med begrensede ressurser og tid er det mulig å inkludere pasientene.

3. Innspill fra pågående forskning

Prosjektleder hadde kontakt med forskere på tolkefeltet ved Høgskolen i Oslo og Akershus, forskergruppen for klinisk kommunikasjon ved Akershus universitetssykehus (tilhører Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo) samt Institutt for språk og litteratur ved NTNU; i tillegg til tolkeforskere fra Belgia, Spania, USA og Canada gjennom eget nettverk og Critical Link International.

4. Litteratursøk

Med hjelp fra Medisinsk bibliotek OUS ved Ullevål sykehus ble vedlagte litteratur- og referanseliste hentet fram. Den kan være utgangspunkt for en kunnskapsoppsummering til et kommende prosjekt. Søkedokumentasjonen fra Medisinsk bibliotek (Vedlegg 2) vil være et godt sted å starte.

5. Egen utprøving av programvare

Hver dag kommer det så mange nye apper at det finnes egne apper for å søke etter bestemte typer, for eksempel helsefaglige. Tilfanget er riktig nok langt mer begrenset på norsk, men for dette prosjektet var ikke en avgrensning til norskspråklige programmer aktuelt. Det måtte bli et lite utvalg, og stikkprøver.

I tillegg til å gå gjennom andres funn¹⁵, prøvde prosjektleder 30 programmer og apper (se Vedlegg 7). Av 30 programmer og apper prosjektet fant fram til og/eller ble anbefalt av informanter, var 7 til andre formål enn oversetting¹⁶. Av de 23 oversettingsprogrammene var 17 basert på maskinoversetting. Prosjektleders enkle stikkprøvekontroll av oversettelser basert på egne språkferdigheter bekreftet raskt at maskinoversetting ikke holdt mål. Utprøvingen var ellers av ulikt omfang etter hvor aktuelt og relevant programmet var, og bestod av såkalt kontortesting¹⁷.

¹⁵ Akershus (2015), Askvik (2015), Balk (2012), Barbour (2013), Chan (2012), Chau (2011), Costa-jussà (2012), CSW (2012), DeRosa (2014), Dukhovny (2015), Ehsani (2006, 2008), Einrem (2015), Google; Google, 2015; Hasegawa (2013), Heifferon (2015), Holen (2015), Hübner (2013), Illiger (2014), Johnsen (2015), Kaliyadan (2010), Kogstad (2015), Koskimies (2014), Maurer (2015), Moen (2015), Olson (2014), Patel (2010), Pereltsvaig (2011), Randhawa (2013), Reiss-Koncar, Roat (2015), Seeland (2015), Sharif (2015), Sieber (2015), Skelley (2014), Soller (2012), Sveriges radio (2015), The eQUITY Project, Turner (2014, 2015), Wooten (2011), Yu (2013), Østby (2015) og Øye (2015).

¹⁶ Diabetesdagboka, GravidPluss, Grid Player, Groupboard, Helseinnovasjon, Pain Relief og SOMAH.

¹⁷ Prosjektomfanget tillot ikke oppsett av systematisk testing i klinisk miljø. «Kontortesting» er når brukeren prøver programmet så realistisk som mulig i vanlig bruk til formålet, men alene, og ikke i virkelige situasjoner.

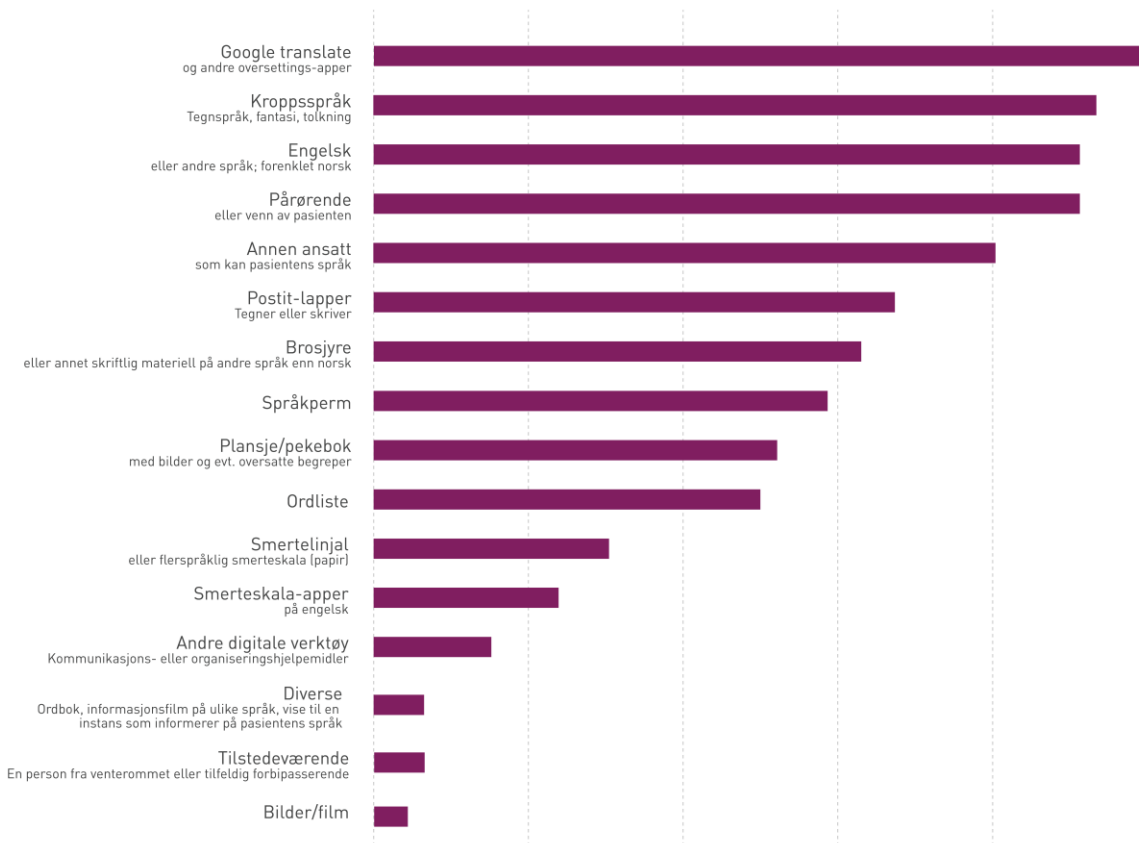
KAPITTEL 5. BESKRIVELSE AV NÅSITUASJONEN

Kapittelsammendrag:

«Vi tar det vi har». Når ikke tolken er til stede, bruker helsepersonell Google translate, kroppsspråk, engelsk, pårørende, språkpermer og andre hjelpemidler, inkludert høyrisikostrategier som ordlister med feil og å involvere en medpasient som snakker samme språk. De er klar over at ikke det er optimalt. Det er frustrerende, og skaper stress også for pasienten. Samtidig er «hva som helst på pasientens språk» bedre enn ingenting, fordi det skaper trygghet.

5.1. Kartlegging av hvordan helsepersonell løser utfordringen

På spørsmål om hvordan de kommuniserer med pasienter som ikke snakker norsk når ikke tolken er til stede, oppgir 46 informanter at de bruker Google translate og andre oversettingsapper. Nesten like mange (43) trekker fram at de bruker seg selv i form av kroppsspråk, tegnspråk, fantasi og tolkning. Herunder hører at man kan vise hva som skal gjøres og bruke sin egen kropp til å peke. 42 snakker engelsk eller andre språk de kan noe av, eller forenkler norsken, og like mye brukt er pårørende eller en venn av pasienten. Nesten like mange (37) bruker en annen ansatt som kan pasientens språk, og 31 tyr til tegning, skrijving og postitlapper. 29 tar fram skriftlig materiell på ulike språk og 27 bruker en språk- eller kommunikasjonsperm.



ILLUSTRASJON 1: Hvilke hjelpemidler, verktøy og strategier bruker helsepersonell når ikke tolken er til stede?

Litt færre (24) har plansje eller pekebok med bilder og/eller oversatte ord og uttrykk, mens 23 bruker en ordliste. 14 bruker smertelinjal eller flerspråklig smerteskala på papir, mens 11 oppgir at de bruker en slik i digital form. 7 viser til andre digitale verktøy som for eksempel talestøtteprogrammer. 3 har brukt en person

fra venterommet eller tilfeldig forbipasserende som snakker pasientens språk og 2 oppgir å bruke bilder eller film som støtte. I tillegg har én informant trukket fram henholdsvis ordbok, informasjonsfilm på ulike språk og det å vise til en hjelpeorganisasjon eller liknende som informerer på pasientens språk.

Materialet er kvalitative data som gir et bilde av situasjonen. Dette er ikke statistikk, så når forholdstall vises i illustrasjon 1, er tall utelatt. Illustrasjonen viser mange overlappende strategier som er i bruk i større og mindre grad. Figuren sier ikke noe om i hvilken grad disse framgangsmåtene er tilfredsstillende, forsvarlige eller oppleves å dekke behovet for kommunikasjon.

5.2. Pasientundersøkelsen underbygger det helsepersonellet sier

I spørreundersøkelsen blant pasienter som ikke behersker norsk kom det inn 17 svar. Av disse var 14 på polsk, 3 på somali og ingen på tigrinja. Pasientene blir spurt hvilke språk de snakker. I tillegg til det språket de har fylt ut på, henholdsvis polsk og somali, er det seks som oppgir engelsk, en hindi og tre norsk. Flertallet svarer at ikke de kan norsk (åtte «ingenting» pluss fem «litt»). Fire oppgir at de snakker «veldig godt» eller «en del» norsk. Tre av disse svarer også i neste spørsmål at de bruker norsk til å kommunisere med helsepersonell.

Pasientenes svar på «Hvordan kommuniserer du med de som jobber her på sykehuset?» sammenfaller godt med funnene i kartleggingen av helsepersonell. Flest har krysset av for finger- og kroppsspråk og engelsk, men nesten like mange svarer at en slektning, venn eller annen ansatt hjelper til. Språkperm og Google translate brukes også av noen, mens én pasient har krysset av for ordliste.

Hva med tolk?

Kun fire pasienter velger alternativet «vi bruker profesjonell sykehustolk». Det må tas forbehold om at hele skjemaet kan forstås *ikke* å skulle omfatte situasjoner der tolk er til stede. På den andre siden går det tydelig fram at det er mulig å sette flere kryss, og pasientene som krysser av for tolk har også svart at de bruker flere andre hjelpemidler, slik at en slik misforståelse kanskje ikke er sannsynlig. To pasienter stiller i fritekst-svaret krav til tolken. Én pasient (somali) har nylig opplevd ikke-kompetent tolking og advarer mot dette («sa operere halsen i stedet for magen»)¹⁸, én foreslår telefontolk og hevder samtidig at «Tolken bør komme direkte til pasienten og tolken bør ikke snakke med pasienten» (polsk). En tredje pasient ønsker at man skal «Hjelpe personen som ikke forstår språket med å skaffe en som kan hjelpe med å oversette» (somali).

5.3. Skriftlig støttmateriell

I forbindelse med intervjuene fikk prosjektleder også se verktøyene informantene bruker, og tok med stikkprøver av skriftlig støttmateriell i form av ordlister og språkpermer. Eksempelsamlingen består av 16 ulike flerspråklige hjelpemidler på papir, først og fremst ordlister. De viser hele spennvidden fra ett laminert ark med 5 tegninger teksten på norsk og vietnamesisk, til kommunikasjonspermer med 8 sider tegninger teksten på norsk og henholdsvis 17 ulike språk. Fra disse ble noen stikkprøver valgt ut, som ble overflatisk gjennomgått av kvalifiserte oversettere eller statsautoriserte tolker. Resultatet er blandet, fra «godkjent» via «unøyaktig og merkelig», til «uforsvarlig». Noe har et akseptabelt kvalitetsnivå, men det kan slås fast at det er ordlister i bruk i sykehus i Helse Sør-Øst RHF som kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten på grunn av feil oversettelser.

¹⁸ Merk at på grunn av anonymiteten er det ikke mulig å vite om profesjonell tolk ble brukt i dette tilfellet, eller om det var en slektning, venn eller annet som opptrådte som «tolk».

5.4. Kartlegging av hvordan det fungerer

I intervjuene ble det også undersøkt hvordan informantene synes disse strategiene fungerer. Her avdekkes mye frustrasjon, over manglende teknologi¹⁹, men først og fremst over at metodene «ikke er 100%». Løsningene er *ad hoc* og «dårlig egnet til å ivareta ansvaret for viktig informasjon». Situasjonen oppleves som krevende og utfordrende. De fleste legger vekt på at det kreves ekstra innsats, og at man «har tid nok til å bli kjent med pasienten», noe som gjerne ikke er tilfelle. «Det føles ikke greit» at man i praksis bryter med retningslinjer, både yrkesetiske og helseforetakets.

Tar lang tid Krever enorm innsats, fantasi, innlevelse, åpenhet Vi er rimelig hjelpeløse

Føler meg ikke trygg Stor risiko for feil Det er ikke optimalt, det vi gjør

Bedre enn ingenting Det går over stokk og stein Hva skal vi gjøre, da?! Det går greit

Det har fungert veldig bra Vi klarer som regel å komme i havn!

ILLUSTRASJON 2: Hvordan fungerer disse hjelpemidlene og strategiene?

«Det skaper stress for oss og stress for pasienten»

Metodene og hjelpemidlene oppleves som utrygge fordi de ikke kan kvalitetssikres, og resultatet blir fattig, forenklet og dårlig kommunikasjon som ikke er toveis. «Jeg vet ikke om pasienten forstår». «Det er vanskelig å sikre seg mot misforståelser» eller «man opplever «kvasiforståelse» med en pasient som tilsynelatende kan et språk». «Jeg mangler muligheten til å få pasientens korrigerende av min oppfatning eller tolkning». Metodene betyr «kraftige begrensninger for hva som kan formidles». De ansatte er ubehagelig klar over at dette innebærer en risiko for pasienten. Manglende kommunikasjon betyr ekstra liggedøgn og unødvendige undersøkelser, forteller de. «Unødvendige undersøkelser er en stor samfunnsøkonomisk ekstrakostnad».

«Mye er gjort hvis pasienten bare gjenkjenner sitt eget språk»

Men på den annen side: «Hva skal vi gjøre, da?». De ansatte har også mange positive opplevelser med løsningene de finner, som «fungerer bra som nødløsning ved akutte behov». Utsagnet «Det er bedre enn ingenting» går igjen. Løsningen(e) «gir pasienten sjansen til å si sin mening og mulighet til å påvirke sin situasjon». Det oppleves også som givende å løse kommunikasjonsutfordringen med å søke å være ekstra åpen og sensitiv til pasientens behov. Flere trekker fram at det kan ha stor betydning for pasienten å få se eller høre noe på sitt eget språk eller engelsk, om det så bare er en eneste, enkel setning. Det skaper trygghet og tillit, og «pasienten slapper litt av». «Pasienten føler seg sett, hørt, møtt og respektert».

Enkelte av informantene som av og til får gjøre den jobben med merverdien å kunne bruke et annet språk som de deler med pasienten, opplever dette som veldig positivt. Dette gjelder ikke de som blir hentet ut av egen jobb for å fungere som tolk et annet sted, noe som oppleves som konfliktfylt på flere nivåer, men de som har mulighet til å gjøre jobben sin på det andre språket.

¹⁹ Ikke mobil, nettbrett eller trådløst nett på avdelingen.

Pasientundersøkelse: «Det føles vanskelig!»

Pasientene ble også spurt hvordan det fungerer å snakke sammen uten å bruke profesjonell tolk. Flertallet synes det går greit og/eller «vi klarer å forstå hverandre». Ingen har valgt «Det går ikke bra», men totalt en tredel svarer at man ikke forstår hverandre, at det er vanskelig, blir misforståelser, og/eller at det tar lang tid å forstå hverandre. De som har svart slik, har samtidig krysset av for følgende metoder: Finger- og kroppsspråk, språkperm, en ansatt som snakker mitt språk og/eller en slektning eller venn hjelper meg.

KAPITTEL 6: BESKRIVELSE AV BEHOVET

Kapittelsammendrag:

Helsepersonell ønsker seg tilgang til kvalifisert tolk på kort varsel hele døgnet. Siden dette ikke er tilgjengelig, vil de løse hverdagsutfordringene med en praktisk og enkel, universelt utformet og vaskbar digital pekebok. Det må gå klart fram at hjelpemiddelet ikke skal erstatte tolk, men det er ulike meninger om et digitalt verktøy kan brukes til akuttsituasjoner.

Utgangspunktet for forprosjektet er et kjent behov, så kartleggingen gir dypere innsikt i hva helsepersonell mener de har bruk for, og samtidig, hva er det de ønsker seg? Det ble både spurt etter ønsker i en ideell verden, og bedt om konkrete innspill som eventuelt vil kunne gjennomføres.

6.1. Behov og ønsker

Øverst på ønskelista står tilgang til tolk hele tida (se også illustrasjon 4), og ingen unnlot å nevne det. Samtidig ønsker informantene å løse hverdagsutfordringen med noe praktisk og enkelt, universelt utformet - og vaskbart av smittevernhensyn. «Nettbrett i en klikk- og vaskbar plastpose er helt ok».

Verktøyet bør være praktisk, enkelt, lettvin, «alltid tilgjengelig, lettfattelig og idiotsikkert». Verktøyet må «ta høyde for kulturforskjeller» og fungere for pasienter med lav helsekyndighet²⁰ og lite skolegang, derfor må tekst illustreres eller erstattes av bilder, symboler, ikoner, tegninger eller film; og tale (lyd) foretrekkes framfor tekst. All tekst må også kunne velges som lyd. Verktøyet må være oppdaterbart, og «kvalitetssikret oversettelse må være garantert». «Pasienten må forstå hva vi skal med verktøyet».

Praktisk	Enkelt	Lettvin	Tilgjengelig	Intuitivt for pasienten	Må kunne
skreddersys	Kulturnøytralt		Tale framfor tekst	Universell	
utforming	Kvalitetssikret		Kan gjenta informasjon		
	Plattformuavhengig	Må sikre at pasienten har forstått			
Må vise grenseoppgangen for når bestille tolk		Utformes slik at ikke det			
erstatte tolk		Støtteverktøy mellom tolkesamtalene			

ILLUSTRASJON 3: Hva har helsepersonellet behov for? Krav og ønsker til verktøyet.

Verktøyet må gi pasienten opplevelsen av å bli sett, hørt og møtt. Det må fungere like godt på mobil, nettbrett og storskjerm som pc. Samtidig trekker flere fram at de har dårlig utstyr, slik at verktøyet må kunne brukes på utdatert teknologi.

²⁰ Helsekyndighet (Health Literacy) er et relativt nytt begrep der også definisjonen er under utvikling, ifølge The Harvard T.H. Chan School of Public Health og Kickbush et al (2013). Jenum og Pettersen (2014) definerer helsekyndighet som «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse».

Informasjonen må kunne gjentas. Innholdet må kunne skrives ut og sendes med pasienten hjem, og/eller lamineres til bruk på sengeposten.

Brukervennlighet for begge parter

Et forslag til ettertanke er at verktøyet bør kunne tilpasses brukernes vaner. En sykepleier understreket at det ville være optimalt hvis helsepersonell som ikke er vantet databrukere også kunne bruke innholdet, for eksempel hvis innholdet da kunne skrives ut og blas i.

De fleste mener verktøyet må være «intuitivt for pasienten». Mange peker også på at god opplæring av helsepersonellbrukerne er en forutsetning. Det er viktig at de kjenner mulighetene og begrensningene i verktøyet: «Verktøyet må utformes slik at ikke det erstatter tolk».

«Innholdet bør være veldig enkel kommunikasjon». Mulighet for å skrive/tegne på skjermen, trykke på knapper samt stemmestyring er ønsket. Det «må kunne skreddersys» til akkurat vår prosedyre /avdeling/sykehus, og være oppdaterbart ettersom prosedyrer endres.

Mens flere tenker at det må være nedlastbart fordi de ikke har nettilgang på posten, påpeker andre at det er «viktig at det er en app, ikke et program du må laste ned».

Flere tar opp ulike målgrupper: Verktøyet «må kunne tilpasses barn og barn med spesielle behov», det «må fungere ved akutt forvirring og medisinpåvirkning og må kunne forstås uavhengig av kognitive evner». I tillegg er mulighet for personalisering ønsket (for eksempel med bilder av pårørende).

«Verktøyet skal være til beskjeder»

Informantene gjør seg ulike tanker om selve kommunikasjonen. Mens noen understreker at pasienten også må kunne bruke verktøyet selv, vil de fleste kunne sikre seg at pasienten har forstått. Dette, tenker en del, innebærer at pasienten må kunne bekrefte på en eller annen måte, altså at tilbakemelding er mulig. De fleste understreker at muligheten for tilbakemeldinger er viktig, fra kontakt og bekreftelse som et minimum, til å få faktiske svar fra pasienten på spørsmål. Enkelte tar konsekvensen og ber om et toveis kommunikasjonsverktøy.

Forutsetter tilgjengelig tolk

Det er sterkt ønskelig at verktøyet skal bidra til grenseoppgangen og «vurderingen av om vi skal bestille tolk». Samtidig må «kvalifisert, profesjonell tolk være tilgjengelig, og tolketjenestene skal være kvalitetssikret». Flere informanter peker på den betydelige risikoen for at et kommunikasjonsverktøy vil kunne bli brukt som erstatning for tolk, ikke minst av økonomiske grunner.

«Kan brukes til lavrisikospørsmål»

En del informanter ser for seg at det må bli et «støtteverktøy mellom tolkesamtaler for å sikre at pasienten har forstått, finne ut hva det dreier seg om og trygge pasienten fram til tolkesamtalen». Dette fordi de vektlegger at et slikt verktøy «aldri vil kunne gå i dybden». Men samtidig tenker flere at det nettopp «må kunne brukes i akutte situasjoner». Et forslag som flere slutter seg til, er å definere «akutt» som «uforutsette situasjoner som oppstår», og eksplisitt spesifisere at ikke dette involverer øyeblikkelig hjelp eller nød. Det er viktig, mener mange, at verktøyet «skiller på ulike faser fra kritisk til hverdagslig».

Et par informanter understreker at «det må lages en prototyp og alt må testes på brukere». De poengterer at dette omfatter to grupper brukere, altså helsepersonell og pasienter.

Et interessant poeng har de som ser for seg at verktøyet vil kunne bidra positivt for pasienten ved at det samme verktøyet er med hele veien fra sengepost til røntgen til operasjonsstue til postoperativ avdeling og så videre.

6.2. Konkret innhold i ønskeverktøyet

I intervjuets siste del ble helsepersonellet bedt om å ønsketenke fritt, og samtidig konkretisere idéer og muligheter de så for seg. Nok en gang presiserer de: «Ikke noe verktøy kan erstatte samtalen». Det alle ønsker seg, er derfor 24/7-tilgang til tolk på alle språk. For å gjøre det mulig, ser de for seg vaktordninger og mobil eller portabel skjermtolking, «Skype-tolk» og tolk på chat. Et forslag er «en nasjonal telefonsentral med vakthavende tolker, særlig til akutsituasjoner».

Det vanligste forslaget til konkret verktøy er en form for digital språkperm, plansje, pekebok eller flippkort å velge mellom, med basissymboler, ikoner, universelle symboler, tall opp til 25, tegninger, bilder for «generelle, hverdagslige begreper» som dekker «basale kommunikasjonsbehov: Redd, sulten, bekymret», eller «en elektronisk helselommeparlør med termer fra sykehusverdenen». Samme innhold blir også foreslått av to pasienter på henholdsvis polsk og somali: «Plansje» eller «bok» med «bilder og grunnleggende uttrykk». Helsepersonell ser for seg ferdige fraser, setninger og «lukkede spørsmål og svar, der et svar leder videre til neste spørsmål» (Er du tørst? > Ja > Velg: juice, saft, vann, eller melk?).

Alltid tolk 24/7 Digital språkperm, pekebok eller flippkort **Bilder**
Universelle symboler Filmsnutter Setninger Lukkede spørsmål og svar
Generelle, hverdagslige begreper Smerteskala Tidsdimensjon
Standardbeskjeder for ulike prosedyrer **Tilpasses forholdene på**
hvert sykehus Pasientrettigheter **Informasjon om rutinene Behandlingen**
og maten er gratis Alarm: Ring tolk for å komme videre!

ILLUSTRASJON 4: Helsepersonells konkrete idéer og ønsker om innhold i et optimalt verktøy.

Det må være mulig å finne ut hvilket språk pasienten behersker, «på øverste nivå eller før man åpner programmet». Språkvalgsfunksjonen må være forståelig uten felles språk.

Flere ser for seg at «sentrale tekster oversatt til ulike språk; grunnleggende informasjon om avdelingen på ulike språk, slik som at behandlingen og maten er gratis, rutiner og veien til toalettet»; og «standardbeskjeder for de ulike prosedyrene» har en naturlig plass i verktøyet.

De fleste mener at innholdet må kunne «tilpasses forholdene på hvert sykehus». Det konkrete utvalget av ord eller informasjon «må være basert på behov i sykehuset og avdelingen». Man ser for seg en «database på sykehusnivå, og så kan hver avdeling velge ut og tilpasse etter sitt behov».

Et viktig innspill er at verktøyet trenger en tidsdimensjon: «Konkrete ting kan vi demonstrere og vi kan peke på egen kropp. Det er langt større behov for å kunne vise rekkefølgen ting har eller skal skje i». Én foreslår å ta med geografisk «kart over hvor ulike deler av behandlingen skal skje», og foreslår samtidig også en annen type framstilling som «viser hvilke instanser som har ansvar for hva i norsk helsevesen».

Noen har helt spesifikke ønsker og behov som er gode idéer, men som faller utenom rammen for forprosjektet. Det gjelder for eksempel oversetting av Hukommelsespoliklinikkens tester, SMS-varsling om timeavtale med språkvalg (minimum engelsk), oversetting av spørsmålsrutinen fra Norsk medisinsk indeks som Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) bruker og prosedyrene i ambulansens Medisinsk operativmanual.

Hvordan vise at ikke verktøyet erstatter tolken?

Hvis både akutte og hverdagslige situasjoner skal inkluderes i verktøyet, kan forskjellen tydeliggjøres ved å la «Akutt» eller «Hverdagslig» være et eksplisitt, obligatorisk forside-valg på toppnivå i strukturen. Det kom også flere konkrete forslag til hvordan grenseoppgangen mot bestilling av tolk kan ivaretas: Under Akutt-fanen kan «Ring Akutt tolketjeneste» være første, eventuelt eneste valg. Motsatt kan også en alarm eller et varsel dukke opp når den ansatte har navigert seg inn til det som krever et visst kommunikasjonsnivå: «Nå må du ringe tolk for å komme videre!»

Flere ser for seg at det vil være nyttig å samle flere verktøy på én plattform, og ha et «dashboard» med flere muligheter. I én variant inneholder dette blant annet «en sjekkliste av pasientens medisinske historie, MinJournal, melding, lab-svar, innkallingsbrev og skjema om behandling». I et annet forslag inneholder det «generell info til pasienter, Google translate, pekeverktøy for ost eller syltetøy, klokkeslett, ulike forløp, kropp med for- og bakside til å peke på og smerteskala og smertetypologi på mange språk (lyd)». ²¹

Mange tenker seg at verktøyet må inneholde «standard informasjon, som pasientrettigheter». Dette trekkes også fram av en pasient på polsk. Helsepersonellet tar det for gitt at «gjentakende informasjon (beskrivelser som går igjen)» bør inn, slik som «de vanligste behandlingene og rutinene, for eksempel ved ankelbrudd», eller «Sjekkliste for trygg kirurgi». Hvis det finnes «standard prosedyrebeskrivelse for undersøkelser», bør denne inn. Av veiledende behandlingsplan følger visse faste undersøkelser, prøver og spørsmål, og den foreslås også å brukes som utgangspunkt. Men ikke alle avdelinger gjør det på denne måten, og heller ikke dette er standardisert. Når informanter nevner «standardprosedyrer for hele RHF eller nasjonalt», er de klar over at det er ønsketenkning.

Flere foreslår å vise behandlingsforløp språkuavhengig, enten i «godt utarbeidede symboler», i bilder eller med «filmsnutter med språktilvalg». Andre ønsker eksplisitt *ikke* video, og mener det kan «bli for mye for pasienten».

²¹ En informant trekker fram at utforming av verktøyet må overlates til profesjonelle tjenstedesignere. «Menyene må være kontekstsensitive», mener en annen.

En pasient foreslår å oversette brosjyrer til polsk, og at informasjonsbrev og henvisninger fra sykehuset sendes på andre språk enn norsk. Pasienten påpeker at behov for informasjon på andre språk burde kunne anmerkes i journalen²².

Det kommer flere konkrete forslag om å ta i bruk materiell som foreligger på flere språk, og bare trenger digitalisering, slik som Helsedirektoratets brosjyre om pasientrettigheter²³. Flere foreslår også Diabetesforbundets, Kreftforeningens og Landsforeningen for hjerte- og lungesykes materiell, som hevdes å holde høy kvalitet. Prosjektet har ikke gjort egne undersøkelser av kvaliteten på eksternt materiell.

En helt annen tilnærming foreslås ved å velge innhold basert på kroniske sykdommer og/eller «diagnoser som er overrepresentert i innvandrerbefolkningen». Diabetes er nevnt.

²² Ifølge prosjektgruppa er det ulik praksis i ulike sykehus. Noen har «kommunikasjonsbehov» eller liknende som eget felt i journalen. Flere har mulighet for notat om språkferdighet eller tolkebehov i journalen, men ikke i konsekvent bruk.

²³ Se også flerspråklige ressurser i Vedlegg 3 Nettsteder

KAPITTEL 7. ANALYSE AV SITUASJONEN

Kapittelsammendrag:

Manglende kvalitetsbevissthet blant helsepersonell er den største utfordringen, ikke mangelen på verktøy. Det bør arbeides kontinuerlig for å endre holdninger til kommunikasjon med minoritetsspråklige, bruk av tolk og forståelsen av hvilke krav som stilles til helsepersonell for å levere likeverdige helsetjenester. I Helse Sør-Øst RHF skal tolk brukes i alle samtaler i behandlingsøyemed. Hvis et kommunikasjonsverktøy innføres, kan det derfor bare brukes til samtaler mellom helsepersonell og ikke-norskspråklig pasient (eller pårørende) som *ikke* er i behandlingsøyemed.

En forskningsgjennomgang viser at flertallet artikler og oppsummeringer om kommunikasjon og minoritetsspråklige i helsevesenet, handler om leger og bruk av tolk²⁴. Wiking *et al* (2013) er et eksempel på en studie fra Sverige som anbefaler bruk av profesjonell tolk og utvikling av kulturkompetanse hos helsepersonell for å forbedre primærhelsetjenestetilbudet til minoritetsspråklige pasienter.

Det finnes en del studier som viser at brukerne er like fornøyde med skjermtolking som med frammøtetolking. De slår fast at det er mye å hente på å bruke skjerm- og moderne telefonteknologi i tolking i helsesektoren, både økonomisk og med tanke på dekning av behov²⁵.

I 2010 innhentet og vurderte Kunnskapssenteret på oppdrag av Helse Sør-Øst RHF tilgjengelig forskning om effekten av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter. Forskerne fant at «forskjellige former for opplæringstiltak og elektroniske påminnelser til helsepersonell under visse betingelser muligens [kunne] ha en liten effekt på helsepersonells praksis og helseutfall for minoritetspasienter.»²⁶

Ifølge Betancourt *et al* henger effektiv kliniker-pasient-kommunikasjon direkte sammen med økt pasienttilfredshet, oppfølging og helseresultater. Men pasienter fra minoritetsbakgrunner er ofte misfornøyd med evnen til å kommunisere med legen sin. Sosiokulturelle forskjeller mellom pasient og helsepersonell påvirker kommunikasjonen og den kliniske beslutningsprosessen. Når klinikere ikke anerkjenner og forstår sosiokulturelle forskjeller mellom seg selv og pasientene sine, kan helsetjenester av lavere kvalitet bli resultatet²⁷.

En måte å forbedre kvaliteten på helsetjenesten, særlig for de med lav lese- og skrivekyndighet, er å forbedre helsekommunikasjonen. Flere strategier er påvist å forbedre kommunikasjon for de med begrenset helsekyndighet:

- Enkel og klar språkbruk
- Bruk av konkrete, spesifikke fraser

²⁴ Det finnes unntak. To eksempler som fokuserer på sykepleiere: Jenum og Pettersen (2014), Jirwe *et al* (2010).

²⁵ Et av de nyeste eksemplene på slike undersøkelser er Schulz *et al* (2015).

²⁶ Eike, 2010, s 7. Konklusjonen var at kvaliteten på dokumentasjonen var for lav. Det var «behov for mer forskning på eventuell ulikeverdighet i utredning, behandling og oppfølging av pasienter fra nasjonale minoriteter og innvandrere i Norge. Hvis det skulle vise seg å være ubegrunnede ulikheter, bør det undersøkes hvilke barrierer som gjør seg gjeldende, skreddersydde tiltak utvikles og testes og utviklingen monitoreres.»

²⁷ Betancourt *et al*, 2015.

- Bruk av flere kommunikasjonsformer, inkludert tekst, tale og bilder
- Oppmuntre spørsmål fra pasientene
- Bekreftelse på at pasienten forstår²⁸

En 2015-gjennomgang av 23 studier finner at lav oppstartgrad og høyt frafall fra behandling hos minoritetsetniske pasienter i psykisk helsevern henger sammen med at pasientene mener at helsevesenet ikke forholder seg til deres forståelse av sykdom, pleie og stigmatisering. Konklusjonen er blant annet at helsepersonell kan fremme økt deltakelse i behandling ved å bruke enkelt språk, skreddersy kommunikasjon til pasientpreferanser og diskutere ulikheter²⁹.

På pasientenes side er det ingen tvil om at forståelse er et problem. Allerede i 1998 slo en Fafo-undersøkelse ved Ullevål sykehus fast at mange «innvandrerpasienter» selv mener de er dårlige i norsk, men likevel ikke får tolketjenester. De blir ikke forstått, og «Ønsket om mer tolkehjelp toppe listen, sammen med ønsket om mer tid fra personalet og mer informasjon.»³⁰

Hvilke situasjoner?

I utgangspunktet antok prosjektleder at det fantes et helt spekter av situasjoner som verktøyet var ment å skulle dekke, fra «akutt» til «hverdagslig». Kartleggingen og diskusjonen rundt hva helsepersonell trenger fikk fram at akutte og hverdagslige situasjoner har helt ulike behov og krav. Avgrensning er et nøkkelspørsmål, men det er stort spenn i definisjonene av hvilke situasjoner verktøyet skal dekke (Se kapittel 6).

Det er påfallende at mange av informantene mener at det finnes andre avdelinger, tilfeller eller yrkesgrupper som kan bruke et tenkt, enkelt verktøy til det hverdagslige, men at akkurat de selv har behov for noe mer, siden de i sin jobb eller på sin avdeling formidler kompleks, viktig, komplisert informasjon der misforståelser kan få alvorlige konsekvenser for pasienten. Det må tas på alvor.

En amerikansk analytiker av språkstøtte i helsesektoren, Cindy Roat, foreslår at helsekommunikasjonsverktøy kan brukes til «pasientregistrering, noe farmasi, kanskje første ledd av *triage*³¹. Disse programmene er etter min mening også nyttige for nødetatene hvor nøkkelspørsmålene er klare og trenger umiddelbare svar»³².

Mange i utvalget og i prosjektgruppa mener derimot at et digitalt verktøy ikke kan være til bruk i nødsituasjoner fordi slike situasjoner krever ekte kommunikasjon. Akuttsituasjonene fram til tolken kommer kan og bør ikke løses med en app, mener de. Det er uforsvarlig selv om oversettelsen er kvalitetssikret. I akutte

²⁸ Sarkar og Schillinger, 2015.

²⁹ Aggarwala et al, 2015.

³⁰ Djuve, 1998, s 21.

³¹ Triage er prosessen med å sortere pasienter for å bestemme i hvilken rekkefølge de vil bli behandlet, ved å bestemme hastegraden av behandlingsbehov for sykdom eller skade.

³² Cindy Roat, epost, 24.10.2015. Cindy Roat etablerte Bridging the Gap som har dannet modell for tolkeopplæring for helsesektoren i USA og har utgitt bøker om sertifisering og utdanning. Hun var med på å etablere Washington State Coalition for Language Access (WASCLA) og National Council on Interpreting in Health Care (NCIHC). Se <http://cindyroat.com/>

nødsituasjoner bør helsepersonell bevisstgjøres på at enveiskommunikasjon ikke er tilstrekkelig, at tolk må tilkalles øyeblikkelig i en eller annen form, og det eneste en app bør inneholde for å dekke denne situasjonen, bør være fraser som «Tolk er tilkalt og er på vei» «Tolk kommer om ...»

Akuttpersonalet kan uansett sjelden kommunisere med pasienten med talespråk, fordi denne er i akutt nød. De er avhengige av å bruke, lese og tolke pasientens fysiske symptomer og signaler. Å innføre en kommunikasjonsapp i denne situasjonen er kanskje både til hinder, risiko og rett og slett unødvendig?

Dermed gjenstår dagligdags, ikke utpreget medisinsk samtale, der informantene synes det på tvers av foretak og avdelinger likevel finnes mye som vil være felles. Denne hverdagskommunikasjonen inkluderer «akutt» i betydningen uforutsett som kan oppstå på sengeposten. Det som trengs, mener informantene, er et enkelt verktøy til enkle fraser, stort sett enveisinformasjon, men med mulighet for bekreftelse og valg av alternativer. Fordi alt foregår i sykehusmiljø, blir utgangspunktet likevel helsefaglig. Som Reiss-Koncar påpeker, finnes det ikke et eget «medisinsk» språk, bare språkferdigheter beriket med medisinsk vokabular³³.

Det er imidlertid ingen tvil om at verktøyet må defineres i forhold til når det skal brukes tolk. I Helse Sør-Øst RHF's rapporteringssystem er tolkesamtaler definert som «Alle samtaler/konsultasjoner der tolk er anvendt for å kommunisere med pasient/pårørende eller annen viktig samarbeidspart i behandlingsøyemed»³⁴. Med utgangspunkt i at tolk brukes *i alle samtaler i behandlingsøyemed*, kan situasjonene verktøyet skal dekke defineres slik: Samtaler mellom helsepersonell og ikke-norskspråklig pasient eller pårørende som *ikke* er i behandlingsøyemed.

I virkeligheten er det ikke så enkelt. Mange informanter snakket om behovet for grenseoppgang av når man egentlig trenger å tilkalle tolk. I artikkelen «Når trenger jeg å tilkalle tolk?» peker Sagli (2015) på at helsepersonell «har behov for kunnskap som kan støtte avgjørelser om tolkebruk. (...) [Det] er i mange tilfeller økonomiske og andre strukturelle forhold som hindrer helsepersonell og pasienter tilgang til tolk» (s 14). Forskningsgjennomgangen viser til gjentatte klare indikasjoner på underforbruk av kvalifisert tolk i helsetjenester i Norge og internasjonalt³⁵. Ifølge Roat (2015) mangler fortsatt god nok forskning på hvordan tolkeform påvirker pasientens deltakelse i samtaler om helse, pasientens forståelse og i siste instans, helseresultater. Derfor er det opp til hver enkelt institusjon å lage sine egne retningslinjer, ofte utelukkende basert på kostnadshensyn.

Fortsatt langt lerret

Kartleggingen bekrefter igjen dette. Informantene forteller om en virkelighet der budsjettensyn bestemmer at tolk ikke tilkalles så ofte som det er behov for, og at telefontolk velges framfor frammøtetolk av økonomiske, ikke faglige, grunner. Dette utvalget, som er mer enn gjennomsnittlig oppmerksomt på hvor viktig kommunikasjon er for å gi pasienter med minoritetsspråklig bakgrunn likeverdig behandling, forteller om liten vilje i de fleste ledd til å bestille tolk selv når behov er avdekket, og om bruk av barn/unge og andre pårørende

³³ Reiss-Koncar, 2015, s 11.

³⁴ Fra Helse Sør-Øst RHF's brukerveiledning SAS FM, som brukes i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst. Definisjonene er utviklet av Helse Sør-Øst RHF og kvalitetssikret i Likeverdsprosjektet 2012.

³⁵ Sagli, 2015, s 7. Se også blant annet Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014; Kale, 2006; Le, 2013.

som «tolk». Mange i utvalget viser også selv lav bevissthet rundt risikoen ved å overlate avgjørelsen om når det er behov for tolk til pasienten og de pårørende.

Et annet urovekkende funn, er at «en fremmed på venterommet som snakker samme språk, blir med pasienten inn og hjelper til i konsultasjonen». Selv om det er kjent at mye uheldig praksis forekommer i helseforetakene, er det betenkelig at slike strategier brukes av et par personer i et lite utvalg helsepersonell som i utgangspunktet er oppmerksomme på problemstillingen og interessert i å løse den på en profesjonell måte.³⁶

Stikkprøvekontrollen av informantenes ordlister, plansjer og språkpermer viste at noe har et akseptabelt kvalitetsnivå, men også at det er ordlister i bruk i sykehus i Helse Sør-Øst som kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten på grunn av feil oversettelser. Forprosjektet kunne ikke gjøre en systematisk gjennomgang, men det bør holde å slå fast at ett eksemplar av én uforsvarlig ordliste er i bruk. Det er åpenbart at dette ikke tilfredsstiller Helse Sør Øst RHF's krav til kvalitet og pasientsikkerhetstandard³⁷.

Det største problemet er likevel ikke de konkrete feilene i konkrete ordlister som avdelinger har laget eller fått utdelt. Problemet ligger i manglende kvalitetsbevissthet blant helsepersonellet som bruker dem. Har man skrevet ned noen ord fra Google translate, er man fornøyd – fordi man har et hjelpemiddel. Utsagn som «Det er bedre enn ingenting» og «Vi tar hva vi har» viser hvor viktig det er at det drives kontinuerlig påvirkningsarbeid for å endre holdninger blant helsepersonell, grunnleggende holdninger til kommunikasjon med minoritetsspråklige, bruk av tolk og forståelsen av hvilke krav som stilles til helsepersonell for å levere likeverdige helsetjenester.

³⁶ Dette i motsetning til hvis kartleggingen hadde vært gjort i stort nok omfang til å være representativ for helsepersonell generelt i Helse Sør-Øst.

³⁷ «Spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar er å yte tjenester av god kvalitet innenfor rammene av velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i henhold til pasientrettighetsloven, helseforetaksloven og spesialisthelsetjenestelovens bestemmelser, Nasjonal helse- og omsorgsplan og årlige oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.» «Virksomheten i Helse Sør-Øst baseres på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt. Kvalitet og kunnskap er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på.» «Kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres i alt vi gjør» (Plan for strategisk utvikling 2013-2020, vedtatt av styret for Helse Sør-Øst RHF 22.11. 2012).

«Pasienten må bli sett, møtt og behandlet med empati og respekt. Kvalitetssikret informasjon om tjenester og behandlinger må være enkelt tilgjengelig. Informasjon og kommunikasjon må gis på likeverdig grunnlag og være tilpasset den enkelte pasient. Digitale verktøy må kunne anvendes. Pasienten må ut fra egne/individuelle forutsetninger, oppmuntres til å delta aktivt i beslutninger om behandlingen og det må gis tilstrekkelig informasjon og opplæring om egenomsorg og mestring». *Stortingsmelding 10 (2012-2013) om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* er blant de nasjonale føringene for denne strategien. (*Regional strategi for Kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016*, Helse Sør-Øst, 2013).

KAPITTEL 8: ANALYSE AV BEHOVET

Kapittelsammendrag:

Det er behov for et enkelt kommunikasjonsverktøy med svaralternativer for pasienten. I dagens situasjon er det høy risiko for at verktøyet vil kunne bli foretrukket framfor tolk, ikke minst av økonomiske grunner. Verktøyet må derfor utvikles parallelt med kvalitetssikrede, tilgjengelige tolketjenester og i samarbeid med fagmiljøene. I tillegg til et digitalt støtteverktøy, er det behov for standardisert, forståelig, grunnleggende informasjon om rutiner, pasientsikkerhet og prosedyrer til alle pasienter. Den kan enten gjøres språkuavhengig eller lages etter klarspråknorm på norsk og så gjøres tilgjengelig på flere språk. Ved å inkludere et slikt helhetsperspektiv, vil også effektiviseringsgevinsten være stor.

Kartleggingen viser at det er stort behov for hjelp til kommunikasjon med pasienter som ikke snakker norsk i de timene tolken ikke er til stede. Hvis et verktøy kan løse utfordringen, vil gevinstene være store for pasienter, pårørende og ansatte: Både pasientsikkerhet og behandlingseffektivitet vil bli bedre, tenker informantene. I tillegg kommer det sosiale aspektet i form av respekt, tillit og menneskeverd. I kartleggingen kom det fram at helsepersonellet trenger noe som er lettvinnt, enkelt og tilgjengelig. De fleste mener verktøyet må være «intuitivt for pasienten». Dette er et krav som kan bli svært omfattende å fylle, men det må være et sentralt mål at verktøyet blir mest mulig lettforståelig for flest mulig.

Behovene kan ses som en glidende skala fra helt nødvendige krav som *enkelt og tilgjengelig* til «ja, takk, hvis vi kan få det også så er det veldig fint»-ønsker. Informantene har også andre typer krav som det skal godt gjøres å fylle, for eksempel: Må verktøyet kunne fungere like godt ved forvirring og medisinerer? Må det kunne brukes av intuberte pasienter? Slike ønsker sier noe om de ulike situasjonene som verktøyet også skal fungere i, og om de ulike pasientene som skal bruke det sammen med personalet.

Flere informanter påpeker det absurde i å bli spurt om hva de ønsker seg av et digitalt verktøy, når det ikke er nettilgang på avdelingen, og sykehuset ikke har smarttelefoner eller nettbrett til de ansatte. Flere synes det er pinlig at de må bruke sin private mobil for å vise pasienten noe på nett. Det synes urealistisk at alle helseforetakene skal komme på samme ikt-nivå samtidig. Derfor må verktøyet kunne brukes uten nettilgang og kunne brukes på ikke-oppdateret utstyr. Antakelig vil innføring av et digitalt kommunikasjonsverktøy innebære innkjøp av nettbrett eller smarttelefoner til helsepersonellet de fleste steder.

Pasientstyring?

Det er motstridende ønsker om pasientkontroll. De fleste er tydelige på at helsepersonell skal styre dette verktøyet, eie det og holde det. Dette er kanskje fordi man tenker på det som en fysisk ting, et nettbrett som avdelingen får og som skal brukes til å kommunisere med pasienter når tolken ikke er der. Men hvis dette er en app, kan hvem som helst gis tilgang. Fordelen er at verktøyet blir så mobilt - på nettbrett eller smarttelefon - at det kommer helt opp i senga og under nesa på den som ser dårlig. Den som ikke forstår, må jo se på bildene, og få valgene: melk eller juice? Ja eller nei? Vondt 4 eller 9 på smerteskalaen? Med mindre verktøyet baseres utelukkende på bruk av lyd³⁸, må nok pasienten holde det selv for å kunne velge eller svare.

«Verktøyet skal være til beskjeder»

På den andre siden er det også stort behov for å kunne informere om rutiner; viktig, generell informasjon som

³⁸

En løsning som er lite egnet, siden det vil utestenge hørselshemmede brukere.

vil trygge pasienten og gi henne en bedre hverdag på posten, og om behandlingsforløp eller generelle forløp som kan standardiseres. Det å standardisere all informasjonen som helseforetakene gir pasientene så den blir mest mulig enhetlig og i større grad følger klarspråknormer, er et stort og uoversiktlig arbeid som helseforetakene prioriterer i ulik grad. Dette kan være kostnadskrevende og omfattende prosjekter fordi de berører overordnede rutiner³⁹. Neste ledd blir å velge ut hvilke deler av dette som bør oversettes, og så til hvilke språk.

Men også hvis et utvalg av informasjon var gjort - la oss si man var enige om at et knippe brosjyrer, nettsteder og innkallingsbrev var viktigst å få over i forståelig form for pasientene - og så fikk disse oversatt til 10 språk, og la dem inn på et nettbrett, så understreker informantene at de fortsatt er avhengige av muligheten for å få bekreftelse på at informasjonen er forstått. Dette gjelder selvfølgelig også når begge parter snakker norsk og helsepersonell informerer ved hjelp av tunge brosjyrer med mye vanskelig tekst. Da kan man imidlertid stille kontrollspørsmål, spørre direkte om pasienten forstår, avlese kroppsspråk, og man kan tolke pasientens andre signaler med høyere grad av treffsikkerhet enn når man ikke deler språk.

Det kan hende at ønsket om at pasienten skal kunne svare, er utopisk. Men det er antakelig mulig å gi pasienten mulighet til å svare i form av å klikke og velge mellom alternativer, for eksempel:

Smerte på en skala fra 1 til 10
Kjøtt eller vegetar
Redd, sint, lei seg eller usikker
Jeg forstår ikke / jeg forstår
Basale behov som toalett, telefon, familiemedlemmer
Symptomer etter lister gruppert etter diagnosetype / avdeling

Undersøkelsen viser at et slikt verktøy ville være til stor hjelp for de aller fleste informantene.

Språkvalgsfunksjonen må være forståelig uten felles språk. De fleste appene prosjektet har vurdert, bruker flagg. Dette er ikke uproblematisk; for eksempel snakkes arabisk i flere land. Det er heller ikke sikkert pasienten kjenner aktuelle flagg, selv om hun behersker språkene. Valg av flagg kan også være politisk betent.

Forslaget om å velge innhold basert på kroniske sykdommer og/eller «diagnoser som er overrepresentert i innvandrerbefolkningen» passer godt overens med tankegangen til Charles Lee, legen som står bak Meducation-programmene. Hans produkt tar utgangspunkt i at det er i *overgangene* at behandlingsforløpet er særlig sårbart for misforståelser, feil og svak oppfølging, og søker å motvirke dårlige behandlingsresultater ved å sikre at pasienten forstår⁴⁰.

³⁹ Et eksempel er at OUS i sin *Pilot pasientinformasjon* arbeider med å gjøre diagnoser, sykdommer og behandlingsforløp tilgjengelige på nett, men prosjektet omfatter kun norsk.

⁴⁰ Charles Lee, grunnlegger og leder, Polyglot Systems, nettmøte og produktdemonstrasjon, 09.10.2015.

Forutsetter tilgjengelig tolk

Prosjektgruppa understreker at det er en helt nødvendig forutsetning at verktøyet utvikles i parallell med tolketjenestene. Det må ikke skapes noen tvil om at tolk er førstevalget. «Kvalifisert, profesjonell tolk må være tilgjengelig, og tolketjenestene skal være kvalitetssikret». Disse kravene er ikke tilfredsstilt i dag, og flere informanter peker på den betydelige risikoen ved å tilby et kommunikasjonsverktøy i en slik situasjon. Verktøyet vil kunne bli foretrukket framfor tolk av økonomiske grunner.

De foreslåtte løsningene med alarm eller varsel om at tolk må tilkalles for å kunne gå videre, forutsetter noe som ikke eksisterer i dag: en alltid tilgjengelig, kvalitetssikret, akutt tolkevaktjeneste⁴¹. Dette illustrerer godt paradokset som går som en rød tråd gjennom hele prosjektet: Verktøyet etterspørres fordi tjenesten man egentlig trenger, ikke er tilgjengelig nok. Samtidig forutsetter innføring av verktøyet at tjenesten *blir* tilgjengelig nok.

Språk og «alt det andre»

Som om ikke språklig tilkortkommenhet var urovekkende nok, understreker blant andre Gulbrandsen og Finset (2014) at kulturelle faktorer kompliserer bildet ytterligere og gir grunn til å være varsom. Relevant litteratur finner at «kultursensitivitet» er en sentral faktor for forståelse på tvers av språk og bakgrunn. Reiss-Koncar (2015) advarer mot begrepet *kulturkompetanse* fordi det lett kan forstås som en statisk og tillært ferdighet. Forfatterne mener det er viktigere å være villig til stadig å lære nytt, og framfor alt, ha innsikt i hva man *ikke* behersker kombinert med evnen til å be om hjelp til riktig tid. Det er en utfordring å få helsepersonell til å bli mer bevisste på dette i stedet for å forsyne verktøyet med en statisk kompetanse som leveres fiks ferdig. Det er viktig at verktøyet tydelig viser begrensningene. Samtidig er det enda viktigere at helsepersonellet som skal bruke det, er like bevisste på sine egne begrensninger som på verktøyets.

Mer enn et kommunikasjonsverktøy

Det kommer tydelig fram at helsepersonell ønsker seg og trenger langt mer enn et digitalt kommunikasjonsverktøy. Det samme gjør pasienter, uavhengig av språkbakgrunn. Pasienter som er informert, føler seg styrket.

Pasienter etterspør i stigende grad elektroniske løsninger som både er egnet til å lette kommunikasjonen mellom det helsepersonell som yter tjenester til pasienten og pasienten selv (...) En meldingslignende dialogtjeneste vil ikke fullt ut kunne oppfylle behovene for denne type deling av informasjon. Det kreves en mer dynamisk løsning.⁴²

Ifølge Helse Sør-Øst RHF's strategiske plan har helseforetakene et stort kommunikasjonsansvar:

⁴¹ Det tilbys delvis dekning med vakttelefon ved noen helseforetak og enheter. En fullverdig tjeneste er under utvikling og Tolkesentralen ved OUS vil tilby tolkevaktjeneste til OUS, Ahus og Sunnaas sykehus fra sommeren 2016. En slik tjeneste må ta høyde for mobile løsninger som løser akutt-tjenestenes behov for tilgjengelighet, ifølge Hanne Løfsnes, leder av Tolkesentralen, OUS HF.

⁴² Normann, 2014, s 17.

«Helseforetakene skal sørge for at relevant informasjon når fram til berørte. Skriftlig og muntlig kommunikasjon skal ha et klart og forståelig innhold og språk.»⁴³

Frustrasjonen som kartleggingen avdekket, stammer ikke minst fra følelsen av å svikte sitt ansvar som behandler. Jo bedre sykehusene blir til å lage forståelig, universell informasjon, desto mindre desperat vil behovet oppleves for en kommunikasjonsapp til hverdagssituasjonene, rutinene og beskjedene fra helsepersonell til pasienter som ikke behersker norsk. Som Sarkar og Schillinger påpeker, ville mange forslag for å forbedre helsetjenestene til pasienter med begrensede lese- og skriveferdigheter innebære fordeler for alle pasienter.⁴⁴

Viktig helhetsperspektiv

En viktig innsikt er behovet for standardisert, forståelig, grunnleggende informasjon om rutiner, pasientsikkerhet og prosedyrer til alle pasienter. Den kan enten gjøres språkuavhengig eller lages etter klarspråksnorm på norsk og så gjøres tilgjengelig på flere språk, ved dubbing hvis det er en film eller med tilvalg av lydfiler hvis det er tekst. Det at et slikt arbeid gjøres, er en viktig ramme for veien videre med utvikling og utprøving av kommunikasjonsverktøy. Ved å inkludere et slikt helhetsperspektiv, er det også effektiviseringsgevinster å hente. For eksempel innebærer standardisering av informasjon både på norsk og andre språk terminologiutvikling som kan hentes direkte inn i et kommunikasjonsverktøy.

«Velkommen til sykehuset. Utgangene befinner seg her og her...»

Ved University of New Mexico Health Sciences Centers i Albuquerque, USA snakker den nest største ikke-engelsktalende befolkningsgruppa navajo, men uten å være lesekyndige. En informasjonsvideo på navajo med velkomsthilsen, praktisk informasjon og pasientrettigheter, herunder rett til tolk, går i loop på skjermene i venterommene⁴⁵.

Mange informanter ønsker seg nettopp noe slikt, «pasientinformasjonsfilm på ulike språk». En generell introduksjonsfilm for alle pasienter, språkuavhengig etter modell av flysikkerhetsinformasjonsfilmene, er en god idé som har kommet fram, og som bør ivaretas på overordnet nivå, regionalt eller nasjonalt.

⁴³ Plan for strategisk utvikling 2013-2020, Helse Sør-Øst RHF, 2012, s 9.

⁴⁴ Sarkar og Schillinger, 2015.

⁴⁵ Roat, 2015.

KAPITTEL 9. EKSISTERENDE VERKTØY

Kapittelsammendrag:

De fleste eksisterende verktøy er basert på maskinoversetting, noe som ikke er tilfredsstillende. Ifølge undersøkelsene fyller ingen verktøy per i dag nødvendige krav til kvalitetssikring og dekker samtidig behovet for et enkelt hverdagsverktøy. Enkelte helsekommunikasjonsverktøy tar utgangspunkt i behandlingssituasjonen. Dette, samt brukervennlighet og dokumentasjon av kvalitetssikring, er identifisert som problemområder.

Teknologioptimismen råder i helsesektoren, i hvert fall hvis man skal dømme etter norske medier⁴⁶. Andreas Moan, spesialrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet, viser til allerede eksisterende løsninger der maskiner tar over deler av diagnostiseringen og behandlingen flyttes med pasienten. Han har store forventninger til hva teknologien i nær framtid vil kunne gjøre for folkehelsen.⁴⁷ Grunnlegger av iMedicalApps-bloggen, Iltifat Husain, er sikker på at Apple Watch i løpet av noe tid vil tilby oversettelse fra stemme til tekst på ulike språk, og at legene med denne vil kunne få svar fra ikke-engelsktalende pasienter på enkle ja/nei-spørsmål mens de venter på tolken (Husain, 2015).

Utviklingen går fort. Hver dag kommer det så mange nye apper at det finnes egne apper for å søke etter bestemte typer, for eksempel helsefaglige. Et eksempel er AAC Ferret til 49 kroner i App Store som tråler nettet etter nye kommunikasjonsstøtte-apper.

Selv om det er stor tro på teknologiske nyvinninger til kommunikasjonsformål, er ikke litteraturen om faktiske flerspråklige digitale verktøy omfattende⁴⁸. Det er vanskelig å finne systematisk testing etter vitenskapelig standard. «Videre studier anbefales» er gjerne konklusjonen.

Drømmen om maskinoversetteren – tolkens mareritt

Enkelte små studier har sett på hvordan leger og pasienter subjektivt oppfatter bruken av maskinoversetting sammenliknet med profesjonell tolk. Kaliyadan (2010) fant liten forskjell i hvor fornøyd fransktalende pasienter var etter konsultasjoner der det ble brukt Google translate og der det ble brukt profesjonell tolk. Grunnlaget var svært lite. I en forskningsgjennomgang fra 2013 slår Randhawa *et al* fast at maskinoversetting «remains imperfect» og advarer mot bruk av maskinoversetting hvis legen har begrensede tverrkulturelle kommunikasjonsferdigheter, ved psykisk sykdom og ved lav helsekyndighet. Det er vanskelig å forestille seg den legepraksis som har bruk for oversettelsesverktøy, men likevel skulle klare å unngå å støte på disse hindringene.

I mai 2014 innførte Skype sanntidsoversetting og verktøyet ble lansert med en film⁴⁹. Metoden består av stemmegjenkjennings-software som oppfanger talen, sender den til et maskinoversettelsesverktøy som

⁴⁶ Se for eksempel Anda, 2015; Moe (1), 2015; Moen, 2015; Peter, 2015; Stendal, 2015.

⁴⁷ Presentasjon ved OUS Stab samhandling og internasjonalt samarbeids fagdag, 20.08.2015.

⁴⁸ Se Balk, 2012; Costa-jussà, 2012; CSW, 2012; Heifferon, 2015; Kaliyadan, 2010; Koskimies, 2014; Maurer, 2015; Olson, 2011; Pereltsvaig, 2011; Randhawa, 2013; Reiss-Koncar, 2011; Sharif, 2010; Sieber, 2015; Soller, 2012; Turner, 2014; Turner, 2015.

⁴⁹ Microsoft står bak teknologien. Den «levende» oversettingen fungerte ikke helt som den reklamen bedriften kunne ha ønsket seg. Filmen finnes på bloggen Microsoft Corporate Blogs: Microsoft demos breakthrough in real-time translated conversations, 27.05.2014 <http://blogs.microsoft.com/blog/2014/05/27/microsoft-demos-breakthrough-in-real-time-translated-conversations/> (Lastet ned 16.11.2015).

konverterer den til et annet språk, som vises i form av tekst på skjermen i den andre enden og samtidig blir lest opp av talesyntese. Dette er maskinoversetting av talt innhold, uten menneskelig nærvær i språkoverføringsprosessen.

9.1. Helsekommunikasjonsverktøy

I USA tilbys helsevesenet en rekke «snakkende» enheter med teknologisk avansert innhold. Phrazer er en håndholdt enhet som koster 13 000 dollar. Den har touch-skjerm med velkomstvideo og veileder pasienten gjennom en registrerings- og prioriteringsprosess der svarene tastes inn og overføres direkte til helseforetakets elektroniske journalsystem. Phrazer har flerspråklige moduler så den kan brukes av pasienter på en rekke språk. Ifølge Roat (2015) markedsføres den som sparetiltak for å erstatte inntakssamtalen og ta opp pasientens medisinske historie. Produsenten hevder at den kan brukes som plattform for å formidle skjerm- eller telefontolk⁵⁰.

Andre eksempler er S-Minds⁵¹, et toveis syntetisk taleoversettingssystem som bruker flere oversettingsmotorer, ble utprøvd ved Kaiser Permanente sykehus i California og oppnådde 98 prosent treffsikkerhet i oversettelsene av sykepleierinteraksjoner mellom engelsk og spansk⁵²; Phraselator, utviklet av det amerikanske militæret til bruk i Irak; Ectato Speechguard, en Android-mobiltelefon laget for røffe reiser som «leser» og oversetter skilt og tilbyr stemmeaktivert reiseparlør i lyd- og bildeform med 14 000 fraser på henholdsvis 2, 39 eller 183 språk alt ettersom hvilke pakker man kjøper; og Converser for Healthcare 3.0 som lar brukeren skrive, klikk-velge eller tale inn budskapet og oversetter det til språk nummer to ved hjelp av blant annet Dragon-taleteknologi, men bare finnes på spansk og engelsk.

QuickSpeak er del av en app-pakke for mobil helseadministrasjon innen akutte helsetjenester, med pek-og-klikk og 400 ja/nei-spørsmål i 20 diagnostiske kategorier. Slike, hevder Roat (2015), markedsføres ofte som totalløsning på helsekommunikasjon.

Hovedproblemet med disse dyre enhetene er nøyaktigheten i oversettelsene. Helse Sør-Øst RHF's utgangspunkt for forprosjektet er at presisjonsnivået i Google Translate er så lavt at bruken utgjør en fare for pasientsikkerheten. Små stikkprøver av oversettelsene i de 23 undersøkte hjelpemidlene som var basert på maskinoversetting, viste at oversettelsene falt helt gjennom selv denne enkle kvalitetskontrollen. Av 23 undersøkte oversettingsprogrammer, var kun MediBabble, Meducation og Universal Doctor Speaker-programmene oversatt av mennesker.

MediBabble og Universal Doctor Speaker er like på mange punkter. Programmene er mindre avansert teknologisk enn de som bruker maskinoversetting. De er låst til faste spørsmål med ja-/nei-svar (eller tall eller navn) fra pasienten, og styrt av behandler, som velger fraser eller spørsmål fra nedtrekksmenyer. Begge tar utgangspunkt i lege-pasient-dialog og serier med lukkede spørsmål.

⁵⁰ Verken dette eller stemmegjenkjenning kombinert med maskinoversetting ser ut til å være implementert. Phrazer lages av GeaCom.

⁵¹ Speaking Multilingual Interactive Natural Dialog System.

⁵² Ehsani, 2008.

MediBabble er gratis, og lastet ned av mange tusen, ifølge produsenten⁵³. Den markedsføres som «lommetolk til leger» av to medisinere fra University of California San Fransisco. Alt innholdet skal være oversatt av kvalifiserte oversettere.

Universal Doctor Speaker Ahus

Universal Doctor Speaker er et internasjonalt produkt som i Norge distribueres av Instant Language Aid AS. Det finnes på norsk og alt innholdet er oversatt av mennesker. Delvis parallelt med dette forprosjektet ble programmet prøvd ut for første gang i norsk helsevesen, i et pilotprosjekt ved Akershus universitetssykehus (Ahus)⁵⁴.

Universal Doctor Speaker er utviklet av en spansk lege og har legekonsultasjonen som utgangspunkt. I produktfamilien finnes appene Universal Doctor Speaker⁵⁵, Universal Refugee Speaker⁵⁶, Universal Nurse Speaker⁵⁷, Universal Women Speaker⁵⁸, og fullversjonen Universal Doctor Speaker, som ikke er en app. Ifølge Instant Language Aid inneholder programmets database over 5000 setninger og 17 språk⁵⁹.

Universal Doctor Speaker Ahus er et selvstendig produkt og består av alt innhold i den internasjonale databasen som så langt er koblet mot norsk, i et mest mulig relevant utvalg setninger på 12 språk⁶⁰ fra databasen. Utvalget ble gjort i samarbeid med Ahus i forarbeidene til pilotprosjektet. Illustrasjon 5 viser det faste oppsettet på et nettbrett: Forsidebildet i *Universal Doctor Speaker Ahus*. Menyvalg som *sykehistorie*, *symptomgrupper*, *fysisk undersøkelse* og *tilleggstester* viser at programmet har sitt utspring i legekonsultasjonen.

Programmet består av serier med lukkede instruksjoner eller spørsmål med ja-/nei-svar. Det er behandler som velger mellom fraser eller spørsmål fra nedtrekksmenyer. Pasienten får lese eller høre beskjeden på sitt språk.

⁵³ Reiss-Koncar, 2011, s 16.

⁵⁴ Prosjektperiode: 01.04.- 30.09.2015. Støttet av VRI-midler (Virkemidler for regional FoU og innovasjon) fra Forskningsrådet gjennom Oslo Medtech. Prosjektleder: Cathrine Rysst, daglig leder, Instant Language Aid AS.

⁵⁵ Universal Doctor Speaker-appen er en «light»-utgave av programmet, med omkring 500 fraser. Appen kostet 59 kroner i App Store, men ble i løpet av prosjektperioden gjort gratis.

⁵⁶ Universal Refugee Speaker er Universal Doctor Speaker-appen, nå gratis for alle, som også tilbys gratis til helsepersonell som behandler flyktninger, i forbindelse med flyktningssituasjonen i Europa høsten 2015.

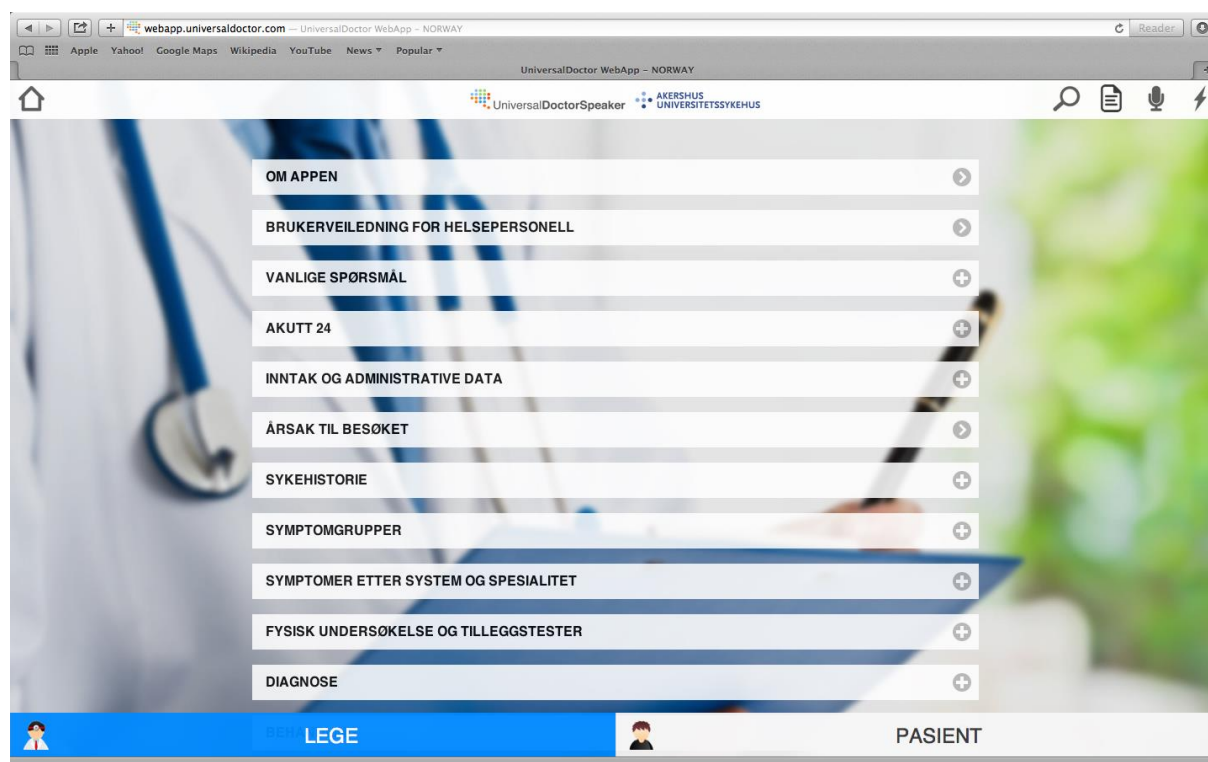
⁵⁷ Universal Nurse Speaker er laget spesielt for kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter. Den inneholder et utvalg setninger og spørsmål på seks språk: Arabisk, engelsk, fransk, rumensk, russisk og spansk. Appen koster 19 kroner i App Store og finnes for nettbrett (september 2015). Se www.u-nurses.com/

⁵⁸ Universal Women Speaker inneholder et utvalg setninger og spørsmål innen graviditet, fødsel og mødrehelse på de samme seks språkene. Appen er gratis i App Store. Finnes for nettbrett (september 2015). Se www.u-women.com/

⁵⁹ Alle frasene foreligger ikke i alle språkkombinasjoner. Prosjektleder har ikke klart å frambringe dokumentasjon over anslagsvis hvor mange setninger som finnes mellom norsk og ulike språk eller hvilke språk som er minst komplette. Lyd er ikke tilgjengelig på alle setninger og alle språk. Det lyktes ikke prosjektet å få en oversikt over antall ferdige setninger med lyd per dato på ulike språk (med forbehold om fortløpende tillegg).

⁶⁰ Arabisk (Kairo), arabisk (Marokko), engelsk, fransk, kinesisk (mandarin), polsk, portugisisk, rumensk, russisk, somali, spansk, tysk og urdu. I dokumentasjon og omtale av pilotprosjektet oppgis 17 språk, det totale antallet språk i den internasjonale databasen. Bare 12 var koblet til norsk og tilgjengelige i Ahus-versjonen.

Hvis det er et spørsmål, kan pasienten velge et svar på sitt språk– nesten alltid ja eller nei. I noen tilfeller er svaralternativene i stedet valg i en rullegardinmeny. Mange av frasene er også rene instruksjoner som ikke krever svar.



Illustrasjon 5: Forsidebildet i Universal Doctor Speaker Ahus på nettbrett, etter at Ahus fikk sin egen bruksanvisning og et forsideovalg for akutte problemstillinger («Akutt 24»). Fire menyvalg faller utenfor skjermvisningen. Bruker må rulle ned for å få se blant annet «Behandling» og «Velkommen til barselavdelingene».

Prosjektleder prøvde Universal Doctor Speaker Ahus i 14 dager, og erfarte at det er lite å utsette på teknikken. Programmet har et stort utvalg spørsmål og svar spesifikt for helsevesenet, men er lite brukervennlig. Det var vanskelig å finne fram i den komplekse strukturen og det krever litt trening å forstå logikken i det faste oppsettet. Bruken ble også forstyrret av en del uventet oppførsel. Utførelsen ble skjemma av små korrekturfel og ledetekster på spansk i stedet for norsk, selv om den norske versjonen har vært på markedet i flere år.

Også brukere i andre land har erfart at Universal Doctor er vanskelig å bruke uten grundig innføring⁶¹. Programmet er ikke intuitivt. Fordi det er laget for legekonsultasjoner, krever det ekstra tilpasninger og bedre forståelse av helsepersonell som skal bruke det i andre situasjoner. Dette erfarte pilotprosjektet på Ahus, og er en vesentlig ulempe (Se *Suksessfaktorer*, side 41).

I løpet av prosjektperioden ble søkefunksjonen vesentlig forbedret. Dette er positivt og bekrefter at programmet er i utvikling.

⁶¹ Enkelte sykehus har gitt opp etter prøveprosjekter på grunn av manglende tid til opplæring og oppfølging. De var fornøyde med programmet, men klarte likevel ikke å opprettholde bruken (Samtaler med tidligere brukere i Spania og Belgia, epost og telefon, oktober 2015).

Universal Doctor Speakers viktigste salgsargument er trygghet: At oversettelsene gjøres av kvalifiserte mennesker og er kvalitetssikret. Det var vanskelig å få dokumentert den språkfaglige prosessen når nye setninger og språk legges til⁶².

Fordi helsekommunikasjonsverktøy er laget til bruk i behandlingsøyemed, er selve utgangspunktet problematisk. Det innebærer betydelig risiko for helseforetakene at ikke begrensningene for bruk av verktøyet opp mot tolk kommer tydelig fram. Selv om oversettelsene er kvalitetssikret, bruker Roat (2015) en fellesnevner for slike programmer og maskinoversetting: «teknologi som forsøker å erstatte tolken». Hun mener programmene passer til situasjoner der kommunikasjonen uansett er hovedsakelig enveis med et begrenset antall standardspørsmål og svar, slik som innskriving, eller apotekbesøk.

Markedsføringen i USA er med på å øke bekymringen på tolkefeltet for at slike programmer skal bli brukt til mer enn støtte i enkle enveiskommunikasjonssituasjoner. Fagfolk frykter at skjematiske programmer skal erstatte tolk i den toveiskommunikasjonen som trengs for å ta medisinsk historie, forklare diagnoser, bli enige om behandlingsplan og få informert samtykke. Informantene og prosjektgruppa i forprosjektet var enige om at det alltid må finnes en levende tolk tilgjengelig - på telefon, video eller frammøte - til enhver situasjon der pasienten har spørsmål eller begynner å fortelle en historie som ikke passer inn i verktøyet. Problemet er at man ikke kan vite når dette vil skje.

Programmene utfordrer idéen om likeverdige helsetjenester, hevder Roat. - Ville *du* ønsket å få helsetjenestene dine levert på denne måten, uten dialogmulighet? spør hun⁶³.

Reiss-Koncar (2011) påpeker at MediBabble reproducerer den risikofylte oppfatningen at pasienten selv kan vurdere egne språk- og kommunikasjonsferdigheter og dermed selv avgjøre når tolk er nødvendig. Derfor er slike hjelpemidler høyrisikoverktøy, eller blir det i hendene på ikke-bevisste brukere. Denne bekymringen for bruken deles av helsepersonell i kartleggingen og prosjektgruppa.

9.2. Prosedyreverktøy

Verktøyet kan også være knyttet til prosedyrer, slik som Meducation RS fra USA, et ambisiøst produkt utviklet av Polyglot Systems. Utgangspunktet er rutinene rundt medisinerings for å sikre god nok oppfølging av pasientens legemiddelregime i overgangene fra fastlege til spesialist til sykehjem til utskrivning hjem. Den bruker de eksisterende digitale informasjonssystemene i helsevesenet i USA som utgangspunkt, og kobler sammen informasjonen fra legemiddelkatalogen, epikrisen, eresept- og andre systemer.

Meducation RS har 5000 fraser på over 20 språk, og tar helsekyndighet på alvor. Det løser i like stor grad behovet for forståelig informasjon for eldre pasienter, pasienter med kognitiv svikt som de med lav utdanning og lese- og skrivevansker. Samtidig er alt parallelt på 20 språk. Meducation bruker blant annet universelle symboler for tid og intervaller, videodemonstrasjon av medisinbruk (på alle språkene), og har automatisert

⁶² Ifølge grunnlegger og leder av Universal Doctor Speaker internasjonalt, Jordi Serrano Pons, er hver frase oversatt til målspråket av en av deres over 60 kvalifiserte oversettere. Oversetterne er basert i ulike land, og alle har «de nødvendige kvalifikasjoner og minst 3 til 5 års oversettererfaring til målspråket». Ifølge daglig leder av Instant Language Aid AS, er det daglig leder selv som står for kvalitetskontroll av hver enkelt setning mot norsk. I Norge gjøres den helsefaglige kontrollen av innholdet av en lege tilknyttet firmaet. I tillegg kommer at representanter for det konkrete prosjektet (I dette tilfellet deltakende helsepersonell på Ahus) går gjennom utvidelser og tillegg.

⁶³ Cindy Roat, epost, 05.10.2015.

legemiddelregimet for pasienten som utskrivbar, illustrert, enkel plansje - enten bare på engelsk, bare på polsk, eller parallelt på både polsk og engelsk ved siden av hverandre så apoteket også selv kan se hva pasienten får med seg⁶⁴.

Snakkende kort

Et amerikansk firma har utviklet «Talking Health Cards» som kan brukes ved utskrivning for å hjelpe pasienter med lav lese- og skriveferdighet, engelsk- eller tekstforståelse. Det ser ut som et «syngende bursdagskort», et dobbelt papirkort som spiller en melodi eller en gratulasjon man har spilt inn, når det åpnes. På disse kortene kan utskrivende sykepleier lese inn instruksjoner, fulgt av tolkens oversetting. Ferdig innspilt kort låses med en knapp, pasienten får det med hjem og kan høre på beskjedene så ofte det er behov for. Kortet kan gjenbrukes med nye innspillinger opptil 60-70 ganger, ifølge Roat (2015).

9.3. Digital ordbok/pekebok

Et tredje alternativ er en ren frase- eller ordliste, som med universell utforming, lyd og bilde blir en digital pekebok. Selv om språkpermene fra Sykehuset Østfold og Sykehuset Innlandet delvis er tilgjengelige på Internett, er ikke hele innholdet digitalisert⁶⁵. Også internasjonalt finnes det en rekke slike ikke-digitale pekebøker, som for eksempel australske OYO Communication Kit⁶⁶ og danske Billedtolk⁶⁷. Flere slike tilbyr å legge norsk til sitt allerede ferdige sett med språk. Det kan by på problemer å ha utgangspunkt i et annet språk, for eksempel med engelsk lydskrift.

Lexin og Bildetema

Lexin ordbok på nett finnes på bokmål, nynorsk og 15 språk⁶⁸. Norsk-engelsk-ordbøkene inneholder rundt 36 000 ord og de øvrige rundt 11 000 ord⁶⁹. Lexin-databasen er basert på det svenske Skolverkets prosjekt og kan dokumentere sin kvalitetssikring av oversettelsene. Databasen er i offentlig eie. Det er Utdanningsdirektoratet som styrer utvalg og prosess.

Den beslektede *Bildetema* er en interaktiv bildeordbok med rundt 1 900 ord på bokmål, nynorsk samt 32 språk⁷⁰. Alle unntatt de samiske språkene har tilhørende lydfiler. Termene er fordelt på 31 ulike temaer; av disse er ikke alle aktuelle for prosjektet⁷¹.

⁶⁴ Charles Lee, grunnlegger og leder, Polyglot Systems, nettmøte og demonstrasjon, 09.10.2015.

⁶⁵ Sykehuset Østfolds kommunikasjonsperm har 40 fraser på 17 språk (16 av dem med audio; dari mangler). Lydfiler og pdf-er er tilgjengelige på sykehusets nettsider. Innlandets språkperm har 132 fraser på 6 språk, og noe færre på 4 språk til, som så vidt kjent heller ikke er digitalisert.

⁶⁶ <http://www.oyo.net.au/>

⁶⁷ <http://billedtolken.dk/> Billedtolk markedsføres til privatpersoner som «kommunikasjonsverktøy til deg som lider av afasi eller talevansker (...) daglig hjelpemiddel til både pårørende og pasient». Til det offentlige og bedrifter er budskapet derimot: «Reduser behovet for bruk av tolk i hverdagen. Bryt ned følelsen av isolasjon for pasienter og innbyggere som ikke snakker dansk. Spar ressurser i hverdagen ved å strømlinjeforme kommunikasjonen.»

⁶⁸ Arabisk, dari, kurdisk (kurmanji), kurdisk (sorani), persisk, polsk, russisk, somali, tagalog, tamil, thai, tigrinja, tyrkisk, urdu og vietnamesisk.

⁶⁹ Med unntak av norsk-tamilsk ordbok, som inneholder 7 500 ord.

⁷⁰ Albansk, amharisk, arabisk, bosnisk, dansk, dari, engelsk, estisk, finsk, færøysk, gresk, grønlandsk, jiddisk, kinesisk, kurdisk (kurmanji), kurdisk (sorani), lulesamisk, nordsamisk, persisk, polsk, romani (lovvari), russisk, somali, spansk, svensk, sørsamisk, tagalog, tamil, thai, tigrinja, tornedalsfinsk, tyrkisk, urdu og vietnamesisk.

⁷¹ Termene i følgende tema synes relevante: Familie og slekt, Kroppen vår utvendig, Kroppen vår innvendig, Ulykker og sykdom, Matvarer, Kjøkkenutstyr, Matlaging og måltider, Klær og smykker, Hus og bolig, Skole og utdanning, Post og bank, By og trafikk, Skole og utdanning; Massemedia, kontor og farger; Tid – klokke og kalender; Vær; Datamaskiner.

9.4. Kommunikasjonsstøtteverktøy

Det finnes store mengder apper, programmer og verktøy til alternativ og supplerende kommunikasjon. Disse er bilde- og symbolbasert. Utvalget er enormt, og fagmiljøene har sine egne fora for å anbefale aktuelle verktøy⁷². Mange av disse hjelpemidlene har tilpasninger for flerspråklig bruk, men siden de er utviklet for andre formål, representerer de en omvei til målet. De beste er svært dyre. De har store muligheter som går langt utover behovene til dette prosjektet. Derfor er disse verktøyene generelt også for kompliserte og lite treffsikre til å være en god løsning på det spesifikke språkproblemet.

⁷² Se for eksempel, på norsk: <http://www.isaac.no/>; på svensk: <http://www.appstod.se/> og på engelsk: <http://www.janefarrall.com/aac-apps-lists/> .

KAPITTEL 10. KVALITETSSIKRING

Kapittelsammendrag:

Følgende krav stilles til et egnet verktøy:

- **Brukervennlig og robust**
- **Lett tilgjengelig, vedlikeholdsfritt og pålitelig**
- **Treffsikkerhet i oversettelser: nær 100 prosent**
 - **Konkrete krav til kvalitetssikring:**
 - **Dokumentert kvalifiserte oversettere**
 - **Norsk- og helsefaglig validering**
- **Databasen må fylle minimumskrav til antall termer og språk**
- **Leverandøren må dokumentere rutiner, rask responstid, bedriftsøkonomi og fleksibilitet for endringer**

Før produktet er klart for implementering, må det gjennom metodisk utprøving i flere faser:

- **Kontortesting**
- **Klinikktesting**
- **Pilotdrift**

Suksessfaktorer for en vellykket innføring:

- **Tilstrekkelig opplæring**
- **Nøkkelpersoner med ansvar for å følge opp**

10.1. Konkrete krav til et effektivt verktøy til formålet

For at et verktøy skal være effektivt, må det fylle to overordnede krav:

For det første må teknologien være egnet til behovet⁷³. Verktøyet må både passe overens med den enkelte pasients behov og situasjon, og med helsepersonellens informasjonsbehov og plassering i organisasjonen.

For det andre må det være sikkert, det vil si presis og nøyaktig. Treffsikkerheten i oversettelsene må være tett opptil 100 prosent. Derfor stilles konkrete krav til kvalitetssikring av verktøyet. Disse kravene gjelder alt innhold, også tillegg som utvikles i prosjektperioden:

Godkjent oversetting

Oversettelsene må være gjort av dokumentert kvalifiserte oversettere. «Kvalifisert oversetter» defineres som a) statsautorisert translatør eller statsautorisert tolk på de språkene der autorisasjon finnes; eller b) oversetter med fagoversetterkompetanse eller tolk med tolkeutdanning på de språkene som har hatt fagoversetter-/tolkeutdanningstilbud, men ikke autorisasjonsprøve. Hvis ikke det kan dokumenteres at oversettelsene er gjort av en kvalifisert oversetter, må de gås gjennom og godkjennes av en kvalifisert oversetter i etterkant.

For enkelte språk vil ikke kvalifikasjonskravene være mulig å tilfredsstille. I disse tilfellene må det gå klart fram hvilken kvalitetssikring som er gjort og prosessen må dokumenteres. Materiellet må merkes med informasjon om avviket.

⁷³ Ikke unøddig komplisert eller omfattende, jfr. Occams barberkniv - eller slagordet «Det enkleste er ofte det beste».

Validering

De norske termene må i tillegg være validert av minst én person med morsmålskompetanse og relevant høyere utdanning.

I tillegg må innholdet (den norske delen) være kontrollert og godkjent av minst én person med relevant helsefaglig utdanning på minimum bachelornivå og sykehuserfaring.

Gjennomføring

Verktøyet må være dokumentert pålitelig, det vil si at det virker hver gang⁷⁴. Det må være robust nok til et høyt antall brukere i framtida dersom verktøyet rulles ut i fullskala i hele Helse Sør-Øst. Det må være rigget for gradvis oppskalering og tåle at det stadig kommer nye brukere til.

Grensesnittet må være brukervennlig. Utformingen må være testet på begge brukergruppene (pasienter som ikke behersker norsk og helsepersonell), og testingen må dokumenteres.

Teknologien som ligger bak, må også være funksjonell, effektiv og robust. Dette gjelder særlig databasen. Den må fylle minimumskrav til språk og termantall⁷⁵. Det administrative grensesnittet må være brukervennlig.

Krav om dokumentasjon

Det må foreligge en oversikt over antall termer/fraser og lydspor per språk per dato. Om ikke Helse Sør-Øst RHF/helseforetakets representant selv skal ha tilgang til databasen, må et minimumskrav være å få se den.

Programmet må kunne utvikles i takt med demografiske endringer i framtida. Leverandøren må derfor kunne estimere prisantydning og tidsramme for å inkludere nye språk.

Krav om rask responstid

Det må foreligge dokumenterte rutiner for feilmelding og oppfølging av tekniske problemer. Hvis ikke et dokumentasjonssystem finnes, må konkrete rutiner avtales:

- Hvem er kontaktpunkt?
- Hvilket feilmeldingssystem skal brukes?
- Frist for oppfølging, tilbakemelding og feilretting
- Spesifisert konsekvens ved oppfølging, tilbakemelding og feilretting etter fristen
- Spesifisert konsekvens ved manglende oppfølging, tilbakemelding og feilretting
- Frist for oppfølging, tilbakemelding og gjennomføring av service og vedlikehold

⁷⁴ «Da vi innførte skjermtolking erfarte vi at hvis en skjerm ikke kobler seg opp kjapt første gang, skur de ansatte den av. Hvis den ikke kobler seg opp andre gang de prøver, prøver de ikke igjen.» Roat, 2015.

⁷⁵ Ønsket om «alle språk» er ikke realistisk verken nå eller i framtida, men for at verktøyet skal være nyttig må det inneholde minst 500 termer/fraser på norsk og minimum 10 språk, av hvilke minst 3 må være ikke-europeiske. Språkutvalget må være definert som nyttig av det aktuelle helseforetaket. Det må være mulig, relativt raskt og kostnadssvarende å utvide med flere språk. Til sammenlikning har Universal Doctor Speaker 500 fraser på 17 språk i sin gratisversjon for turister, og Meducation 5000 spesialiserte termer om 2000 legemidler på over 20 språk.

- Spesifisert konsekvens ved oppfølging, tilbakemelding og gjennomføring etter fristen
- Spesifisert konsekvens ved manglende oppfølging, tilbakemelding og gjennomføring

Likeens må prosedyre for innspill om nye funksjoner, tilleggsfunksjoner, endringer og nye fraser som ønskes inn i programmet, legges fram:

- Hvem er kontaktpunkt og hvilket meldingssystem skal brukes?
- Hvor mange termer/setninger/fraser kan legges til per uke/måned uten ekstra kostnad?
- Hva er prisen etter at kvoten er brukt opp?

Krav til kostnadseffektivitet

Verktøyet må ikke være uforholdsmessig dyrt. Prisen skal for det første vurderes opp mot antatt økonomisk nytteverdi. Dette er ikke ukomplisert. Verktøyet skal løse et kommunikasjonsproblem i enkelte, avgrensede situasjoner, men er samtidig del av en helhet der flere hjelpemidler, først og fremst tolketjenester, inngår. For det andre bør prisene på flere enn ett alternativt verktøy ideelt sett kunne sammenliknes.

Krav til avtaleinngåelse

Det må inngås avtale som sikrer Helse Sør-Øst RHF/helseforetaket opphavsretten til egne bilder, dokumenter eller annet materiell som legges inn i programmet.

Leverandøren må dokumentere firmaets økonomi, slik at Helse Sør-Øst RHF/helseforetaket kan gjøre nødvendige bedriftsøkonomiske vurderinger før inngåelse av samarbeid.

Selskapet må være robust nok for et høyt antall brukere i framtida dersom verktøyet rulles ut i fullskala i hele Helse Sør-Øst, og kunne dokumentere sine planer for nødvendig oppbemanning. Det bør foreligge beredskapsplaner for demografiske endringer som endrer betingelsene for prioriteringer og språkvalg i verktøyet.

Alle avtaler må inngås i tråd med anskaffelsesregelverket.

10.2. Suksessfaktorer for implementering

For at innføringen av verktøyet skal bli vellykket, må følgende forutsetninger være til stede:

Som vist i kapittel 7, må verktøyet være del av en helhetlig og integrert kommunikasjonsløsning.

Helseforetakene må drive et kontinuerlig holdningsarbeid for å

- 1) øke bevisstheten om kommunikasjonsutfordringer, kultursensitivitet og tolkebruk; og
- 2) øke kunnskapen om at ikke noe enkelthjelpemiddel kan dekke alle behov.

Som omtalt forskning viser, er tillit og pasientmedvirkning svært viktig for behandlingsetterlevelse. Sentrale effektmål for verktøyet er bedre behandlingsresultater, pasientsikkerhet og tilfredshet. Altså må pasientene være mottakelige for den nye teknologien.

I tillegg til disse grunnforutsetningene, må en rekke suksessfaktorer være til stede ved innføring av nye hjelpemidler. For at ansatte skal ta det i bruk, må programmet være:

- **Lett å bruke**

Helsepersonell må stadig sette seg inn i nytt utstyr og opplever at dette forsinker arbeidet. Hvis noe er vanskelig å lære, blir de ansatte frustrert og lar være å bruke utstyret. Derfor bør verktøyet være intuitivt.

- **Gjenstand for tilstrekkelig opplæring**

Helsepersonell har mye å huske på og det er ofte gjennomtrekk. Derfor må de ansatte ha god brukeropplæring. Opplæringen må komme tidsnok og ha en form de ansatte er mottakelige for og forstår.⁷⁶ Det må også tilrettelegges og planlegges for kontinuerlig brukeropplæring. I startfasen kan det gjøres i grupper, og etter hvert trenges bare én til én med nyansatte og personer som ikke får det til. Denne kursingen bør innføres i helseforetakenes eksisterende løsninger for opplæring av ansatte⁷⁷.

- **Fulgt opp av nøkkelperson(er)**

Minst én person på hvert sykehus må vært tildelt et særlig ansvar for å spre den nye praksisen, følge opp bruken og videreutviklingen av programmet til sykehusets behov.

- **Pålitelig og vedlikeholdsfritt**

Verktøyet kan ikke ha forventet nedetid eller daglig ladetid/batteribytte. Det må gå an å sikre det mot smittefare, enten ved at det enkelt lar seg desinfisere eller for eksempel kan brukes i plastfilm eller pose som er lett å skifte ut.

- **Lett tilgjengelig**

Travelt helsepersonell må rekke å bruke det.

10.3. Krav til utprøving og utvikling av verktøy

Metodisk utprøving er en forutsetning. Ofte blir språkstøttetiltak evaluert av brukerne selv i stedet for av fagfolk. Som kvalitetskontroll av for eksempel tolking har det liten verdi at helsepersonalet og/eller pasienten synes det fungerte godt. I virkeligheten kan dårlige hjelpemidler oppfattes som gode, fordi misforståelser ikke avdekkes i det hele tatt. Gode verktøy får derimot fram disse utfordringene. Derfor skaper enkle verktøy som MediBabble risiko, påpeker Reiss-Koncar. Helsepersonalet føler seg bedre fordi de har gode intensjoner om kommunikasjon, uten at programmet nødvendigvis har noen reell innvirkning på de faktiske resultatene⁷⁸. For å redusere denne risikoen må det settes opp så konkrete, målbare evalueringsparametre som mulig - i tillegg til at man spør begge brukerparter om erfaringer.

Før produktet er klart for implementering, må det gjennom en utprøving i flere faser: Kontortesting, klinikktesting og pilotdrift⁷⁹. Følgende forutsetninger ligger til grunn for utprøvingen:

- Fagmiljøet ved Tolkesentralen, Seksjon for likeverdig helsetjeneste, OUS involveres i kvalitetssikring og gjennomføring.

⁷⁶ Hvis ikke sykehuspersonalet får den nødvendige opplæringen i rett bruk av et verktøy, forblir verktøyet ineffektivt eller ubrukt. Startfasen av pilotprosjektet med Universal Doctor Speaker på Åhus ble forsinket og forlenget.

⁷⁷ Ulike løsninger i helseforetakene omfatter eLæringsprogram, fagdag for nyansatte med mer.

⁷⁸ Reiss-Koncar, 2011, s 4.

⁷⁹ Et konkret forslag om utprøving i tre faser finnes i anbefalingen. Se side 44.

- Sykehuspartner HF og det enkelte helseforetaks IKT-avdeling involveres på den tekniske siden. Fordi flere ulike teknologiske systemer er operative samtidig, er det viktig at sammenhenger identifiseres.
- Et sentralt «hjelpespunkt» opprettes, så det bare er ett sted folk skal kontakte ved problemer. Brukerne må vite hvor de skal henvende seg.
- Arbeidet med å utarbeide langsiktige rutiner for fullskala implementering settes i gang parallelt med utprøvingsfasen. Det trengs blant annet rutiner for problemløsning, smittevern og utskifting av utstyr.

Det er viktig at selve pilotperioden går over en viss tid. Det tar tid å innføre noe nytt. Før teknologien er prøvd i virkelige situasjoner er det umulig å vite hvilke problemer som vil dukke opp. Det er uheldig hvis pilotprosjektet slutter i det utfordringene er identifisert.

KAPITTEL 11. ANBEFALING

Kapittelsammendrag:

Helse Sør-Øst RHF anbefales å fortsette prosjektet for å kvalitetssikre potensielle digitale kommunikasjonsverktøy, under eksplisitt forutsetning av at verktøyet ikke skal erstatte tolk i kommunikasjon i behandlingsøyemed. Verktøyet ses i sammenheng med behovet for stadig bedre, stadig mer tilgjengelige tolketjenester og samtidig med behovet for bedre kommunikasjon med alle pasienter. Parallelt med prosjektet bør Helse Sør-Øst RHF legge til rette for at helseforetakene kvalitetssikrer de skriftlige støtteverktøyene som er i bruk i dag.

Det foreslås et pilotprosjekt der Helse Sør-Øst RHF prøver ut et digitalt kommunikasjonsverktøy i to ulike helseforetak. Fagmiljøet ved Tolkesentralen, Seksjon for likeverdig helsetjeneste, OUS involveres i kvalitetssikring og gjennomføring.

- **Det anbefales at det utarbeides et konkurransegrunnlag for en anbudskonkurranse mellom leverandører av et digitalt kommunikasjonsverktøy, ved å legge behovsanalysen i kapittel 8 og kravene til kvalitetssikring i kapittel 10 til grunn.**
- **Det anbefales at eventuelle avtaler som skal inngås i forbindelse med utvikling eller kjøp av digitale kommunikasjonsverktøy håndteres i tråd med anskaffelsesregelverket.**

På bakgrunn av behovsavklaringen og kvalitetssikringen som er lagt fram i denne foranalysen, anbefales det at prosjektet fortsetter og at planleggingsfasen for gjennomføring av pilot settes i gang uten unødig opphold.

Det anbefales at det utarbeides et konkurransegrunnlag som grunnlag for en anbudskonkurranse mellom leverandører av et digitalt kommunikasjonsverktøy, i samarbeid med tolkefaglig og teknisk relevant ekspertise. Det er laget en skisse (Vedlegg 9). De samme betingelsene – behovsanalysen i rapportens kapittel 8 og kravene til kvalitetssikring i kapittel 10 – ligger til grunn for eksisterende verktøy og prototype som eventuelt skal utvikles.

Det foreslås et prosjekt der verktøyet prøves ut parallelt ved flere avdelinger i to ulike helseforetak for å gi Helse Sør-Øst RHF grunnlag for å avgjøre om verktøyet er trygt og kostnadssvarende å ta i bruk i helseforetakene. Kvaliteten vurderes i løpet av pilotperioden, og utprøvingen inkluderer mulighet til å gjøre forbedringer underveis.

Det bør etterstrebes å velge to helseforetak som har mulighet for utprøving på mest mulig daglig basis, altså to helseforetak med mer enn én avdeling/klinikk som mottar minoritetsspråklige pasienter som ikke snakker norsk (men ikke bare fra ett språkområde) hver uke, helst daglig. Verktøyet skal ikke brukes i akuttsammenheng.

Første ledd i prosessen er at leverandøren dokumenterer at kvalitetskravene spesifisert i kapittel 10 Kvalitetssikring er oppfylt. Fagmiljøet ved Tolkesentralen OUS involveres i kvalitetssikring og gjennomføring.

Som en sikring anbefales likevel Helse Sør-Øst RHF/helseforetaket å inkludere en *force majeure*-seksjon i avtalen med leverandøren⁸⁰.

Det tilrettelegges for systematisk testing i klinisk miljø under planlagte forutsetninger. Det stilles konkrete, sammenliknbare, tallfestede krav til utprøvingen, kvalitetssikringen og tilbakemeldingene. Det anbefales at utprøvingen består av følgende trinn:

Fase 1: Kontortesting (se side 14) av minst 2 personer.

Fase 2: Kontrollert systematisk testing i klinikk av a) forståelse og b) funksjon/brukervennlighet

Fase 3: Pilotdrift i minst seks måneder.

Den første fasen er enkel og rask. Fase 2 krever avtaleinngåelse, prosjektdrift og involvering av brukere – helsepersonell og pasienter. Det gjennomføres eksperimentell testing av forståelse med potensielle brukere fra begge grupper. Testene med ikke-norskspråklige brukere trenger brukere fra minst tre ulike aktuelle minoritetsspråkgrupper. Testbrukergruppa må inkludere ulikt utdannings- og helsekyndighetsnivå, kjønn, alder og ulik botid i Norge, der noen må være nyankomne. Testbrukergruppa for helsefaglige brukere trenger representanter fra minst to ulike aktuelle yrkesgrupper og minst tre klinikktyper, begge kjønn og ulik mengde erfaring med kommunikasjon med minoritetsspråklige.

Testing av brukervennlighet av funksjonaliteten i verktøyet gjennomføres også med begge brukergruppene.

11.1. Forslag: Pilotprosjekt

Det anbefales at prosjektet i pilotfasen prøver ut et kommunikasjonsverktøy som fyller betingelsene beskrevet i kapittel 8 Behovsanalyse. Leverandøren og programmet må fylle kravene til kvalitetssikring som er beskrevet i kapittel 10 og forutsetningene beskrevet i kapittel 11 Anbefaling. Et nøkkelspørsmål for Helse Sør-Øst RHF er om programmet er tilpasningsdyktig nok til de ulike behovene i det regionale helseforetaket. En annen forutsetning for leverandøravtale, er erkjennelsen av at prosjektet skal styrke tolkesektoren, ikke erstatte tolken.

Verktøyet skal minimum fylle kravene til en digital «pekebok» for hverdagslige tema. Det foreslås derfor å utvikle en prototype for et enkelt flerspråklig pekeverktøy. Det foreslås en ren frase-/ordliste som med universell utforming, lyd og bilde blir en digital pekebok for hverdagslig lavterskelinformasjon. Den kan bestå av to deler: termer og illustrasjoner.

Termene

Noen av termene finnes allerede i språkpermene fra Sykehuset Østfold og Sykehuset Innlandet. Det kan være klokt å søke å avtale bruk av termdatabasen til begge disse samlingene; gjøre et utvalg og kvalitetssikre innholdet (se Kapittel 10). Men behovet for termer er langt større⁸¹.

⁸⁰ Klausul som definerer i hvilke situasjoner avtalen blir erklært ugyldig, for eksempel hvis alvorlige feil ikke er rettet innen avtalt frist mer enn 2 ganger, eller hvis dokumentasjon viser seg å være ugyldig.

⁸¹ 500 termer/fraser, se Kapittel 10.

Det bør videre vurderes om det bør lages en avtale med Utdanningsdirektoratet (Udir) om bruk av Lexin-databasen (se side 38) på alle tilgjengelige språk, og opprette et samarbeid som samtidig kan gi mulighet for å påvirke språkutvalget i framtidige utvidelser. Udir forvalter også Bildetema etter avtale med Skolverket i Sverige. Skolverket er positive til gjenbruk. Creative Commons-lisensvilkårene tillater andre å dele (kopiere, distribuere og spre verket i hvilket som helst medium eller format) og bearbeide (remikse, endre og bygge videre på) materialet⁸². Det kan vurderes å støtte det pågående prosjektet som gjør Bildetema mobil- og nettbrettvennlig.

Illustrasjonene

Det bør lages en database av bilder/symboler/ikoner som tilsvarer termene i termbasen. Som utgangspunkt for å velge bildemateriale anbefales Picto-Selector⁸³ eller et tilsvarende program. DART kan også kontaktes for å undersøke muligheten for å bruke hele bildetilfanget i Bildstöd-samlingen, som er underlagt ulike lisensvilkår, men kanskje kan avtales samlet⁸⁴.

Det anbefales at tolkningen av utvalget bilder/symboler/ikoner testes på brukere fra fem ulike aktuelle minoritetsspråkgrupper samt norsk. Gruppen testbrukere må inkludere ulikt utdannings- og helsekyndighetsnivå, kjønn, alder og ulik botid i Norge, inkludert noen nyankomne. Dette kan gjøres i form av fokusgruppe med tolk.

En prototype

En alternativ mulighet er å bruke symbol- og bildemateriellet fra et verktøy til alternativ og supplerende kommunikasjon som utgangspunkt. Eksisterende programmer er ikke aktuelle (Se Kapittel 9), men det kan ligge en mulighet i en prototype som er utviklet i samarbeid med Idépoliklinikken ved OUS. Det anbefales å knytte kontakt med PlaNet-prosjektet⁸⁵. Her lages en allment tilgjengelig, universelt utformet og individuelt tilpasset applikasjonsløsning basert på habiliteringsfaglige prinsipper til personer med sammensatte bistandsbehov. Fordi det er basert på visuelle prosedyrer, antar prosjektlederne at verktøyet vil kunne brukes til å formidle språkuavhengig informasjon til pasienter. Det vil også være mulig å legge inn flere språkmoduler, mener de. Hvis prototypen fyller kravene i Kapittel 10 og kan kombineres med termbasen som er frambrakt, kan dette være en aktuell løsning.

11.2. Risikoanalyse

For å beregne økonomisk nytte/risiko ved innføring av et kommunikasjonsverktøy, må det ses i sammenheng med rammen for verktøyet: Når tolken ikke er til stede. Forutsetningen er at tolk er førstevalget, men ikke mulig. Verktøyet innføres for å avhjelpe situasjonen.

⁸² Attribution-NonCommercial-ShareAlike 2.5 Generic (CC BY-NC-SA 2.5), se <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/>. Utdanningsdirektoratet forvalter den norske versjonen og forholder seg til samme vilkår, ifølge Danuta Ciemka, Utdanningsdirektoratet, epost 01.12.2015

⁸³ Et gratis, åpent program for å produsere enkle illustrasjoner, symboler og bilder (Se <http://www.pictoselector.eu/>). Picto-Selector er brukt av det svenske KomHIT-prosjektet til å lage Bildstöd (<http://bildstod.se/#>).

⁸⁴ DART kommunikasjons- og dataresurscenter, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen. http://www.dart-gbg.org/sv/tips_material/tm_bild_symbolmaterial/tm_bild_symbolmaterial_komhit

⁸⁵ PlaNet-prosjektet, ved Vidar Antonsen og Morten Berger, Avdeling for nevrohabilitering, Ullevål, OUS. Se Øye (2015).

For å kunne gjøre en kost-nyttevurdering, måtte man kunne slå fast hvilken økonomisk verdi nytten av forståelse har. Dette ville være en relativt teoretisk øvelse. Likevel er det gjort studier som antyder tallfesting, men ved å beregne negativt, altså hva *misforståelser* eller *manglende* forståelse koster. Det kan med andre ord kanskje være mulig å vurdere økonomisk risiko ved *ikke* å innføre verktøyet.

Forskning slår fast at leger henviser oftere og gjør flere undersøkelser når tolk ikke brukes⁸⁶. Amerikanske studier viser at liggetid på sykehus forlenges og at risikoen for negativt behandlingsutfall og feilbehandling øker⁸⁷. NOU-en *Talking i offentlig sektor* viser til døgnprisen ved norske sykehus, cirka 13 000 kroner, for å antyde stor samfunnsøkonomisk gevinst ved bedre tolketjenester:

*I tillegg til å redusere liggetiden og få færre gjeninnleggelser, viser forskning at ved å bruke kvalifisert tolk blir pasientene tryggere, man forebygger faren for alvorlig sykdom, reduserer faren for komplikasjoner og helse- og omsorgssektoren leverer en bedre tjeneste når den kommuniserer direkte med pasienten.*⁸⁸

Denne foranalysen styrker disse antakelsene.

For å gjøre en økonomisk risikovurdering, kreves tallfesting av hva en feilbehandling, en ekstra konsultasjon, et ekstra liggedøgn, en ekstra undersøkelse, en ekstra henvisning og en ekstra telefonsamtale koster. Det må estimeres hvor ofte dette antas å skje hvis ikke helsepersonell og pasient klarer å kommunisere, som et forholdstall (prosent) av total behandlingskontakt. Antatt hyppighet i forekomsten ganges med forventet samlet antall pasienter som ikke behersker norsk i Helse Sør-Øst per dag.

Den økonomiske gevinsten ved å innføre verktøyet er å redusere denne kostnaden, og vil variere etter bruksgraden. Ved riktig bruk antas gevinsten å kunne være betydelig.

Den økonomiske risikoen er også betydelig. Risikoen er at denne kostnaden øker fordi verktøyet brukes utover hensikten, i behandlingsøyemed i stedet for tolk.

Imidlertid er helseforetakene pålagt av myndighetene å yte likeverdige helsetjenester⁸⁹, som også er en lovpålagt rettighet⁹⁰, slik at en slik praksis er lovstridig. Derfor bør prissettingen antakelig forbli teoretisk.

11.3. Forutsetninger og avhengigheter

11.3.1. Ønsket om et kommunikasjonsverktøy må for det første ses i helhetlig sammenheng med behovet for bedre kommunikasjon med alle pasienter, og for det andre med behovet for stadig bedre, stadig mer tilgjengelige tolketjenester til stadig flere av døgnets tider og steder. Derfor er det viktig at fagmiljøet ved

⁸⁶ Sagli, 2015, s 9.

⁸⁷ Hanssen og Alpers, 2010, s 13-14. Dette er dokumentert i fagfellevurderte gjennomganger. Se Karliner 2007; Flores 2005; Schenker, 2008; Sharif, 2010; Whitman, 2008; APIAHF, 2008.

⁸⁸ Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014, s 56.

⁸⁹ Blant annet gjennom Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, se side 8.

⁹⁰ Plikten til å yte likeverdige helsetjenester er hjemlet i både helselovgivningen og diskrimineringslovverket, som begge i tillegg bygger på Norges internasjonale forpliktelser gjennom menneskerettighetskonvensjoner.

Tolkesentralen, Seksjon for likeverdig helsetjeneste, OUS involveres i prosjektet. Ethvert arbeid for å utvikle eller utprøve kommunikasjonsverktøy må skje i tospann med bevisstgjøring, holdningsendring og faktisk bruk av tolk. En slik kontinuerlig bevisstgjøring må inkludere hvorfor ikke «kjappe» løsninger som Google translate og andre enkle, men ikke kvalitetssikrede hjelpemidler, er akseptable å bruke.

Reiss-Koncar (2015) advarer mot å tenke at nød lærer naken kvinne å spinne når det gjelder utsatte grupper. De maner til å huske den medisinske historiens lærepenger om utprøving og bruk av mindreverdige, upålitelig teknologi på sårbare grupper, og stiller spørsmål ved om oversettingsduppeditter er etisk forsvarlige eller passende i for eksempel en flyktningleir eller konfliktsone, hvis påliteligheten ikke er god nok for bruk i sykehuset hjemme. Det er en betimelig advarsel i konteksten denne rapporten skrives, der norske myndigheter og opinion er overveldet av en kraftig økt tilstrømming av flyktninger.

11.3.2. En forutsetning for det videre prosjektarbeidet er at Helse Sør-Øst RHF legger til rette for at helseforetakene kvalitetssikrer de skriftlige hjelpemidlene som er i bruk lokalt i dag. De ordlistene/permene/plansjene som ikke tilfredsstiller RHF-ets krav til nøyaktighet i oversettelsen og korrekt informasjon, bør fjernes fra avdelingene. Prosessen bør skje parallelt med utprøving og utvikling av flerspråklig digitalt verktøy, slik at brukerne kan holdes orientert om begge deler. God informasjon om begrunnelsen er en forutsetning. Denne opplæringen av helsepersonell bør gjøres i samarbeid med fagmiljøet ved Seksjon for likeverdig helsetjeneste/Tolkesentralen, OUS.

Kommunikasjonspermen fra Sykehuset Østfold er i utbredt bruk, og derfor et aktuelt eksempel. Den er klokt tenkt og laget, og kan bygges videre på. Men stikkprøver har vist at kvaliteten på oversettelsene varierer. Hvis permene fortsatt skal være i bruk i regionen, bør derfor Helse Sør-Øst RHF i tett samarbeid med Sykehuset Østfold legge til rette for at hver enkelt ordliste i permene kvalitetskontrolleres av kvalifisert oversetter på gjeldende språk⁹¹. Materiell som ikke tilfredsstiller RHF-ets krav til kvalitet og pasientsikkerhet, trekkes tilbake og nødvendige tiltak gjøres for enten oppdatering eller makulering av eksemplarer i alle ledd.

Effekten vil være at de som bruker skriftlige hjelpemidler blir oppmerksomme på at kvalitetssikring er en problemstilling. Interessen for prosjektet vil øke, og samtidig forståelsen for bruk av tolk. En økning i antall bestillinger av tolketjenester kan forventes.

11.4. Alternative løsninger

Som vist, er kravene som skal fylles for å få implementert et verktøy i helsesektoren, harde, selv med relativt intuitive hjelpemidler. Hvis det er vanskelig å bruke verktøyet, kommer ikke innføringen til å bli vellykket. Det bør ikke investeres tid og ressurser i å lære opp helsepersonell til å bruke et vanskelig verktøy. For helseforetaket vil det være mer kostnadseffektiv ressursbruk å sørge for at stadig bedre tolketjenester blir stadig mer tilgjengelige. Opplæringsressursene bør da heller gå til bevisstgjøring, holdningsendring og faktisk bruk av tolk.

⁹¹ Se Kapittel 10. Overlates oppdragene samlet til en formidler, må denne dokumentere den enkelte oversetters kvalifikasjoner.

Bringe tolken til pasientene

Ressursene kan brukes på teknologi som gjør tolk tilgjengelige i større deler av sykehushverdagen. En rekke slike tiltak er allerede i bruk, og kan forbedres:

- Strekkode på pasientarmbåndet sporer bruk av tolk⁹²
- Avanserte databaser følger tolkebruk og -behov og koordinerer bestillinger
- Smarttelefoner brukes av frilanstolker for å finne og ta oppdrag
- Nettbaserte pasienttilfredshetsundersøkelser
- eLæringsprogrammer for opplæring i likeverdige helsetjenester og bruk av tolk

Og sist, men ikke minst: oppbygging av mobil skjermtolkeløsning med vaktordning.

⁹²

I bruk i det amerikanske helsevesenet ifølge Roat (2015).

VEDLEGG:

1. Litteraturliste	51
2. Søkedokumentasjon	62
3. Nettsteder	67
4. Oversikt over helsefaglige informanter	69
5. Intervjuguide for helsepersonell	73
6. Spørreskjema til pasienter	76
7. Apper og programmer prøvd ut i prosjektperioden	78
8. Regnskap	79
9. Skisse til konkurransegrunnlag	80

VEDLEGG 1. LITTERATUR OG REFERANSER

Aambö, Arild; Valen-Sendstad, Arnhild: Demens hos innvandrere - noen utfordringer i praksis. Utposten 2014;43(1)10-5

Aggarwala, Matthew C. Pieh, Lisa Dixon, Peter Guarnaccia, Margarita Alegría, Roberto Lewis-Fernández (2015): Clinician descriptions of communication strategies to improve treatment engagement by racial/ethnic minorities in mental health services: A systematic review. Patient Education and Counseling, Available online 3 September 2015 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399115300719> Lastet ned 02.11.15

Akershus universitetssykehus: Vellykket forsøk med medisinsk tolkesystem, Akershus universitetssykehus nettsider, 07.10.2015 http://www.ahus.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/Vellykket-forsok-med-medisinsk-tolkesystem-.aspx

Al-Amer R, Ramjan L, Glew P, Darwish M, Salamonson Y. Translation of interviews from a source language to a target language: examining issues in cross-cultural health care research. Journal of Clinical Nursing. 2015 May;24(9-10):1151-62.

Alvero, Ruben: Para mejor informar: using technology for medical education in the Latino community. Fertility and Sterility Volume 102, Issue 5, November 2014, Pages 1256–1257

Ammertorp J; Rasmussen AM; Kofoed PK: Telefontolkning forbedrer vilkårene for pasienter og personale. Sygeplejersken 2006;106(2)52-5

Anda, Marte Frimand: IT-systemer gir bedre pasientsikkerhet (sic), eHelse, MediaPlanet, august 2015. <http://www.pasientsikkerhetnorge.no/e-helse/selvrappoterit-systemer-for-pasientmedvirkning> Lastet ned 09.11.2015

Andenæs, Ellen: Helsekommunikasjon på tvers av språk: Forståelse, strategier og utfordringer. Presentasjon på forprosjektets arbeidsseminar 25.09.2015

Anderson, Laurie M; Adeney, Kathryn L et al: Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations (Intervention Review). The Cochrane Library, 15 Jun, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD009905.pub2 Lastet ned 10.11.2015

Angelshaug, Hanne Kristine: Fra hjelper til profesjonsutøver - profesjonalisering av tolkeyrket i Norge. FLEKS Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice Vol 2, No 1 (2015): Talking i offentlig sektor

Asian & Pacific Islander American Health Forum: Cost-Saving Benefits of Language Assistance Services in Healthcare Settings – A Compilation of Selected Abstracts. APIAHF, 2008. Lastet ned fra <http://www.apiahf.org> 29.10.2015

Askvik, Kristine: Kroppskart skal gjøre det lettere å kartlegge smerte, Dagens Medisin, 20.07.2015 <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/07/20/klikkbart-kart-skal-gjore-det-enklere-a-kartlegge-smerte>

Azarmina, Pejman and Wallace, Paul: Remote interpretation in medical encounters: a systematic review. Journal of Telemedicine and Telecare 2005; 11: 140–145. Lastet ned fra jtt.sagepub.com 26.10.2015

Balk EM, Chung M, Hadar N, Patel K, Yu WW, Trikalinos TA, Chang L. Accuracy of Data Extraction of Non-English Language Trials With Google Translate. AHRQ Publication No. 12-EHC056-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2012. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm. Lastet ned 02.11.2015

Barbour, Kelli: SafeDose Multilingual app provides medication dosing and tracking guidance in multiple languages. iMedicalApps, 07.05.2013 www.imedicalapps.com/2013/05/safedose-multilingual-app-medication-dosing-guidance/

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet: Tolking i offentlig sektor- et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd (NOU 2014: 8). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. 2014

Beach, Mary Catherine, Tiffany L Gary, Eboni G Price, Karen Robinson, Aysegul Gozu, Ana Palacio, Carole Smarth, Mollie Jenckes, Carolyn Feuerstein, Eric B Bass, Neil R Powe and Lisa A Cooper: Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. BMC Public Health 2006, 6:104 doi:10.1186/1471-2458-6-104 Lastet ned 02.11.2015

Berezkina, Maimu: Language Management Online - A diachronic case study of state websites in Norway. Presentation at the University of Limerick, 22.10.2015

Berkman, Nancy D.; Sheridan, Stacey L.; Donahue, Katrina E.; Halpern, David J.; and Crotty, Karen: Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review, Annals of Internal Medicine 2011;155(2):97-107.

Bertelsen, Pernille og Petersen, Tone Stub: Danish Citizens and General Practicioners' use of ICT for their Mutual Communication. MEDINFO 2015: eHealth-enabled Health I.N. Sarkar et al. (Eds.) doi:10.3233/978-1-61499-564-7-979

Betancourt, Joseph R; Green, Alexander R; Carrillo, J Emilio: Cross-cultural care and communication. Literature review. UpToDate, Oct 2015. <http://www.uptodate.com/contents/2753#H25> Lastet ned 10.11.2015

Bhui K, et al: Interventions designed to improve therapeutic communications between black and minority ethnic people and professionals working in psychiatric services: a systematic review of the evidence for their effectiveness (Structured abstract). Health Technology Assessment Database, 2015 NO 3. <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clhta/articles/HTA-32012000379/frame.html> Lastet ned 13.11.2015

Bäärnhielm, Sofie; Hussein, Haibe; Baker, Ulrika; Allebeck, Peter: Hälsokommunikatörer kan bidra till bättre hälsa hos utlandsfödda. Läkartidningen 2013;110(29-31)1343-5

Capurro, Daniel; Chaudhuri, Shomil; Turner, Anne M: The online availability of multilingual health promotion materials produced by local health departments. An information assessment. MEDINFO 2015: eHealth-enabled Health I.N. Sarkar et al. (Eds.) doi:10.3233/978-1-61499-564-7-979

Chan, Brittany: Vox Spanish English Medical Dictionary iOS app seeks to improve care by reducing language barrier. iMedicalApps, 02.02.2012 www.imedicalapps.com/2012/02/vox-spanish-english-medical-dictionary-reduce-language-barrier/

Chau, Brian: PreRound Translator: Short Phrases to Cross Language Barriers. iMedicalApps, 19.10.2011 www.imedicalapps.com/2011/10/preround-translator-short-phrases-cross-language-barriers/

Clark S, Mangram A, Ernest D, Lebron R, Peralta L: The informed consent: a study of the efficacy of informed consents and the associated role of language barriers. Journal of Surgical Education. 2011 Mar-Apr;68(2):143-7.

Costa-jussà, Marta R.; Farrús, Mireia; Serrano Pons, Jordi: Machine Translation in Medicine: A quality analysis of statistical machine translation in the medical domain. Advanced Research in Scientific Areas 2012, December, 3. - 7. 2012

Cowgill, Jamie and Bolek, Jim: Symbol Usage In Health Care Settings for People with Limited English Proficiency. JRC Design In Association with Hablamos Juntos. A Program of The Robert Wood Johnson Foundation. April, 2003

CSW: Machine translation - Babel or babble? The Economist, 11.06.2012 lastet ned 09.11.2015

Den Norske Legeforening: Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. En statusrapport. Den Norske Legeforening, Oslo, 2008. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/likeverdig-helsetjeneste-om-helsetjenester-til-ikke-vestlige-innvandrere/> Lastet ned 10.11.2015

DeRosa, Antonio: Emergency Medical Spanish Guide gives emergency healthcare professionals a Spanish "voice". iMedicalApps, 01.04.2014 www.imedicalapps.com/2013/04/emergency-medical-spanish-guide-healthcare-professionals/

Djuve, Anne Britt og Kavli, Hanne Cecilie: Syk og misforstått? En kartlegging av erfaringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål sykehus. Fafo-notat 1998:12. FAFO, Oslo, 1998.

Dolan, Brian: Types of medical apps the FDA will regulate, MobiHealthNews, 19.07.2011 <http://mobihealthnews.com/11980/types-of-medical-apps-the-fda-will-regulate/>

Dubus, N. (2015), Interpreters' subjective experiences of interpreting for refugees in person and via telephone in health and behavioural health settings in the United States. Health & Social Care in the Community. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.12270/abstract;jsessionid=0E4F2DB5D15DD868034CE32AB8A69907.f01t02> Lastet ned 02.11.15

Dukhovny, Elena and Kelly, E. Betsy: Practical Resources for Provision of Services to Culturally and Linguistically Diverse Users of AAC. SIG 14 Perspectives: Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistically Diverse Populations Volume 22, April 2015. American Speech-Language-Hearing Association.

Eastern Health: Cue Cards in Community Languages. <http://www.easternhealth.org.au/services/language-services/cue-cards/cue-cards-in-community-languages> Lastet ned 05.11.2015

Ehsani, Farzad et al: S-MINDS 2-way speech-to-speech translation system. Proc. of the Medical Speech Translation Workshop, Conference of the North American Chapter of the Association for Computational Linguistics on Human Language Technology (NAACL-HLT), New York, NY, USA. 2006. <http://www.aclweb.org/anthology/W06-3708> Lastet ned 12.11.2015

Ehsani, Farzad et al: Speech to Speech translation for Nurse Patient Interaction. In Coling: Proceedings of the workshop on Speech Processing for Safety Critical Translation and Pervasive Applications, Manchester, August 2008, pages 54–59 <http://www.aclweb.org/anthology/W08-1510> Lastet ned 11.11.2015

Eike MC, Forsetlund L, Kirkehei I, Vist GE: Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24 – 2010. Oslo, 2010 (se også Forsetlund et al: Effect of interventions to improve health care services for ethnic minority populations. Norsk Epidemiologi 2010; 20 (1): 41-52 41).

Einrem, Børge: Hjelper pasienter med å gjøre seg forstått, Oslo universitetssykehus intranett, 31.07.2015. Lastet ned 09.11.2015

Fatahi N; Mattsson B; Hasanpoor J; Skott C: Interpreters' experiences of general practitioner-patient encounters. Scandinavian Journal of Primary Health Care 2005; 23(3)159-63

Flores, G: The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. Medical Care Research and Review. 2005; 62 (3), 255-299

Gabrielsen, Egil og Lundetræ, Kjersti: Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? Sykepleien forskning nr 1, 2014; 9: 26-34

Gerwing, J., & Indseth, T: Kommunikasjon med fremmedspråklige innringere i medisinske nødhjelpssentraler. Anbefalinger til AMKs operatører og ledelse (Rapport). Oslo: NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, 2010

Gjørsvad, Per: Helping refugees and solving sticky issues in health sector, Oslo MedTech, 09.10.2015
<http://www.oslomedtech.no/helping-refugees-and-solving-illegal-issues-in-health-sector/>

Glassman, Penny: Health Literacy. National Network of Libraries of Medicine.
<http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html> Lastet ned 09.11.2015

God kommunikasjon via tolk. Veileder IS-0338. Helsedirektoratet, 2011.

Google: Erik Schmidt speaks at IFA on September 7, 2010 in Berlin (Demonstrasjon av oversetting).
<http://www.youtube.com/watch?v=DtMfdNeGXgM#t=26m24s> Lastet ned 12.11.2015

Google: Slik virker Google-oversetteren. <http://www.youtube.com/watch?v=GdSC1Z1Kzs&feature=relmfu>
Lastet ned 12.11.2015

Goth, Ursula G S: Informasjon om fastlegeordningen til flerkulturelle befolkningsgrupper – en utfordring for helsevesenet. Utposten 2010; 39(5)20-3

Goudsmit, Miriam; Parlevliet, Juliette; van Campen, Jos en Schmand, Ben: Cross-culturele Dementiescreening (CCD), TestWeb, 2015. <http://www.testweb.bsl.nl/tests/ccd/> Lastet ned 09.11.2015

Granja, Conceicao, Kari Dyb, Stein Roald Bolle, Gunnar Hartvigsen: On the development of a hospital-patient web-based communication tool. A case study from Norway. MEDINFO 2015: eHealth-enabled Health I.N. Sarkar et al. (Eds.). doi:10.3233/978-1-61499-564-7-438 Lastet ned 02.11.2015

Gulbrandsen, Pål og Finset, Arnstein: Skreddersydde samtaler – en veileder i medisinsk kommunikasjon. Oslo, Gyldendal Akademisk. 2014.

Hanssen., Ingrid & Alpers, Lise-Merete: Interpreters in Intercultural Health Care Settings: Health professionals' and professional interpreters' cultural knowledge, and their reciprocal perception . MEDINFO 2015: eHealth-enabled Health I.N. Sarkar et al. (Eds.). doi:10.3233/978-1-61499-564-7-438 Lastet ned 02.11.2015

Harpelund, Lars; Nielsen, Signe Smith; Krasnik, Allan: Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark. Scandinavian Journal of Public Health 2012; 40(5)457-65

Hasegawa, S. ; Hasegawa, A. ; Takasu, K. ; Kojima, T.: Multilingual medical dialog system developed as smartphone/tablet application ; Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 2013 35th Annual International Conference of the IEEE. Lastet ned 02.11.15 fra [//ieeexplore.ieee.org/](http://ieeexplore.ieee.org/)

Heifferon, B.A. : Bilingual triage (Is there an APP for that?), Professional Communication Conference (IPCC), 2015 IEEE International. Lastet ned 02.11.15 fra [//ieeexplore.ieee.org/](http://ieeexplore.ieee.org/)

Helsebiblioteket.no: Verktøy for fremmedspråklige pasienter og helsepersonell

<http://www.helsebiblioteket.no/verkt%C3%B8y/spr%C3%A5kverkt%C3%B8y> Lastet ned 09.11.2015

Helse- og omsorgsdepartementet: God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Stortingsmelding 10 (2012-13). Oslo, Departementenes servicesenter, 2013

Helse- og omsorgsdepartementet: Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013 – 2017. Oslo, 2013.

Helse Sør-Øst RHF: Plan for strategisk utvikling 2013-2020. Helse Sør-Øst RHF, 2012

Helse Sør-Øst RHF: Regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016. Helse Sør-Øst RHF, 2013

Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Veileder IS-1022. Helsedirektoratet, 2010 (oppdatert oktober 2015).

Holen, Gordana Ilić: Muligheter og begrensninger i maskinoversetting. Presentasjon på forprosjektets arbeidsseminar 25.09.2015

Hulbæk L, Noesgaard S, Lou S et al. Evaluering af ABT-projekt: pilotafprøvnig af videotolkning i almen praksis. MedCom. 2011

Husain, Iltifat: 10 Apple Watch medical apps physicians want to use. iMedicalApps, 31.03.2015

www.imedicalapps.com/2015/03/apple-watch-medical-apps/2/

Hübner, Ursula and Ferrante Simona: Usage of Multilingual Mobile Translation Applications in Clinical Settings; JMIR Mhealth Uhealth. 2013 Jan-Jun; 1(1): e4. Published online 2013 Apr 23.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4114476/> Lastet ned 02.11.15

Höium, Kari; Jensen, Renate: Livsstilsendring - hvordan kan vi tilrettelegge for kostholdsveiledning ved hjelp av bilder for ikke etnisk norske analfabeter? Nordisk Tidsskrift for Helseforskning 2013; 9(2)79-91

Illiger K, Hupka M, von Jan U, Wichelhaus D, Albrecht UV: Mobile technologies: expectancy, usage, and acceptance of clinical staff and patients at a university medical center. JMIR Mhealth Uhealth. 2014 Oct 21;2(4):e42. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25338094> Lastet ned 02.11.15

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi): Fastleger og tolketjenester, IMDI rapport 6-2007.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi): Retningslinjer for god tolkeskikk.

<http://www.tolkeportalen.no/no/Artikler/Retningslinjer-for-god-tolkeskikk/> 10.11.2015

Jenum, Anne Karen og Pettersen, Kjell Sverre: Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? Sykepleien forskning 2014 9 (3):272-280

Jirwe, Maria; Gerrish, Kate; Emami, Azita: Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2010;24(3)436-44

Johnsen, A. Stella Kyed: Studerer nettbasert verktøy for unge berørt av kreft, Forskningssykehuset, forskning.no 24.08.2015 <http://forskning.no/blogg/forskningssykehuset/studerer-nettbasert-verktoy-unge-berort-av-kreft>

Johnsen, Åse: Rettstolking og rettssikkerhet i et norsk perspektiv. FLEKS Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice Vol 2, No 1 (2015): Talking i offentlig sektor

Kale, Emine: «Vi tar det vi har» Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo, en spørreskjemaundersøkelse. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/2006.

Kaliyadan, Feroze and Gopinathan Pillai, Sreekanth: The use of Google language tools as an interpretation aid in cross-cultural doctor-patient interaction: a pilot study. Informatics in Primary Care 2010; 18: 141-3.

Karliner LS, Jabobs EA, Chen AH, Mutha S: Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health Services Research and Educational Trust. 2007; 42 (2), 727 - 754. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x Lastet ned 02.11.2015

Keysor, Angela Miller: Lost in Translation: A Review of Hold Your Breath (Produced by Maren Grainger-Monsen, MD and Julia Haslett. Icarus Films, 2006). Cambridge Journal of Medical History. 2014 Apr; 58(2): 308–310

Kickbush, I, Pelikan, JM, Apfel, F & Tsouros, A: Health literacy – the solid facts. WHO Europe, 2013.
Kogstad, Else Karin: Universal Doctor Speaker på Åhus. Et VRI- prosjekt (Virkemidler for Regional FoU og Innovasjon), støttet av Forskningsrådet og Oslo Medtech, levert av Instant Language Aid. Presentasjon på forprosjektets arbeidsseminar 25.09.2015

Koskimies, Iiris: Bing Translator vs. Google Translate – the Right Text for the Right Tool, bab.la Blog, 26.03.2014, <http://blog.bab.la/sprache/bing-translator-vs-google-translate-the-right-text-for-the-right-tool/> Lastet ned 17.11.2015

Kæseler Andersen, Søren; Noesgaard, Susanne B; Lou, Stina: Når tolken ikke er tilstede i lokalet. Erfaringer fra pilotafprøvning af videotolkning i almen praksis. Månedsskrift for Almen Praksis 2012;90(5)393-400

Landmark AMD, Gulbrandsen P, Svennevig J. Whose decision? Negotiating deontic rights and responsibilities in medical treatment decisions. Journal of Pragmatics, Volume 78, March 2015, Pages 54–69

Laws MB, Heckscher R, Mayo SJ, Li W, Wilson IB: A new method for evaluating the quality of medical interpretation. Medical Care 42(1):71-80. Jan, 2004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14713741> Lastet ned 14.12.2015

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

Le, Christopher; Kale, Emine; Jareg, Kirsti; Kumar, Bernadette Nirmal: Når pasienten snakker *litt* norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2013;50(10)999-1005

Linnestad, H. & Buzungu, H. F: «Akkurat slik vi gjør med andre spesialister» Anbefalinger for fremtiden: Tolking som en integrert del av tjenestetilbudet i helsevesenet i hovedstadsområdet. Oslo: Helse Sør-Øst og Oslo kommune, 2012

Linnestad, H. & Buzungu, H. F: Ikke lenger «en tjeneste av ukjent kvalitet». Statusrapport om tolkefeltet i helsevesenet i hovedstadsområdet. Oslo: Helse Sør-Øst og Oslo kommune, 2012

Løfsnes, HM et al: «Det ville vært bedre om vi kunne kvalitetssikre tolketjenesten generelt». Tilfredshetsundersøkelse blant sykehusansatte om tolking før oppstart av Tolkesentralen. Oslo universitetssykehus, 2015

Löthberg, Katarina; Fryklund, Björn; Westerling, Ragnar; Daryani, Achraf; Stafström, Martin: Hälsokommunikation på modersmål - gör den någon skillnad? Etablering, utveckling och utvärdering. Socialmedicinsk Tidskrift 2012; 89(2)131-9

Masland, Mary C. et al: Use of Communication Technologies to Cost-Effectively Increase the Availability of Interpretation Services in Healthcare Settings. Telemedicine and e-health vol. 16 No. 6. July/August 2010. DOI: 10.1089/tmj.2009.0186 Lastet ned 02.11.2015

Maurer, Douglas: Testing how well Google translate works for medical translation. iMedicalApps, 12.08.2015 www.imedicalapps.com/2015/08/google-translate-medical-translation/

Moe, Lasse: Etterlyser mobilsatsing for flyktninger og asylsøkere, Dagens Medisin, 11.11.2015 <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/11/11/etterlyser-mobilsatsing-for-flyktninger-og-asylsokere/>

Moe, Lasse: FDA vurderer digital pille, Dagens Medisin, 09.10.2015 <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/10/09/fda-vurderer-digital-pille/>

Moe, Lasse: Laget ordliste for byråkratspråk, Dagens Medisin, 02.10.2015 <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/10/02/laget-ordliste-mot-forkortelser/>

Moe, Lasse: Mangler digitalt verktøy, Dagens Medisin, 28.09.2015 <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/09/28/mangler-digitalt-verktoy/>

Moe, Lasse: – Skjønner dere alt det som står her? Dagens Medisin, 19.08.2015 <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/08/19/fosse--skjonner-dere-alt-det-som-star-her/>

Moen, Anne: Eldre, teknologi og ressursmobilisering. Presentasjon: Grensesprengende helseforskning i praksis, UiO, 26.09.2015

Moradi, Tahereh; Sidorchuk, Anna; Hallqvist, Johan: Translation of questionnaire increases the response rate in immigrants: Filling the language gap or feeling of inclusion? Scandinavian Journal of Public Health 2010; 38(8)889-92

Moum, Are Vogt: Skal forske på flerspråklige demente. Utrop, 03.03.2015 <http://www.utrop.no/Nyheter/28535>

Nordby, H. og Botten G. (2012). Multikulturell kommunikasjon i helsetjenester. I H. O. Mellberg og L. E. Kjekshus (red.). Fremtidens Helse-Norge. Bergen: Fagbokforlaget.

Normann T, Landström O, Christiansen EK, Skipenes E, Larsen F: Bedre samarbeid og pasientmedvirkning rundt smertebehandling i Helse Nord. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, 2012.

<http://www.telemed.no/bedre-samarbeid-og-pasientmedvirkning-rundt-smertebehandling-i-helse-nord.5561965-247950.html> Lastet ned 11.11.2015

Normann, Tove et al: Pasienten som partner i virtuelle team. NST-rapport: 04-2015. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, 2014.

Nundy S, Dick JJ, Solomon MC, Peek ME: Developing a behavioral model for mobile phone-based diabetes interventions. Patient Education and Counseling. 2013 Jan;90(1):125-32.

Oftedahl, Live: App for å redusere språkbarrierer i akutte situasjoner, Ambulanseforum, 16.01.2015

<http://www.ambulanseforum.no/universalnurse-speaker-vant-app-pris-i-2014/>

Olson, Parmy: Microsoft Unveils Near-Real Time Language Translation For Skype, Forbes, 28.05.2014

<http://www.forbes.com/sites/parmyolson/2014/05/28/microsoft-unveils-near-real-time-language-translation-for-skype/>

Patel, Amit: iPhone Medical App helps with patient communication – Xprompt Multilingual Assistance [App Review], iMedicalApps 10.04.2010 <http://www.imedicalapps.com/2010/04/iphone-medical-app-xprompt-app-review/>

Pereltsvaig, Asya: Will “Google Conversation” really converse? Languages of the World, 08.02.2011

www.languagesoftheworld.info/computational-linguistics/will-google-conversation-really-converse.html

Peter S. Houts, Cecilia C. Doak, Leonard G. Doak, Matthew J. Loscalzo: The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. Patient Education and Counseling 61 (2006) 173–190.

Peter, Matthias: Snart kan pasienter overvåke sin egen helsestatus, Dagens Medisin, 19.10.2015

<http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/10/19/snart-kan-pasienter-overvake-sin-egen-helsestatus/>

Ragnhildsløkken, Gry: ”Abrakadabra - hva var det du sa ?” Utvikling av informasjonsmateriell til fremmedspråklige pasienter som skal til utredning og behandling for hjertesykdom. Sluttrapport. Rehabilitering 2006/3/0177. Stiftelsen for norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner. 2006

Randhawa, Gurdeeshpal; Ferreyra, Mariella; Ahmed, Rukhsana; Ezzat, Omar; Pottie, Kevin: Using machine translation in clinical practice. Canadian Family Physician Vol 59: April 2013. 382-383.

Reiss-Koncar, S. and Milos, E: There is no Babble in Medicine. National Council on Interpreting in Health Care, California, 2011(?), se www.ncihc.org

Roat, Cindy: Technology in Language Access in Healthcare. A review. Presentation, October 2015

Saadati, Monir; Hanssen, Ingrid: «Disse smertene plager min sjel»: En kvalitativ intervjustudie av iranske kvinner i Norge. Nordic Journal of Nursing Research 2015; 35(1)38-44

Sagli, Gry: Når trenger jeg å tilkalle tolk? Forskning om tolking i helsetjenesten. FLEKS Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice Vol 2, No 1 (2015): Talking i offentlig sektor

Saltnes Urdal, Gro Hege: Tillit og kvalitet. FLEKS Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice Vol 2, No 1 (2015): Talking i offentlig sektor

SAM - Suitability Assessment of Materials for evaluation of health-related information for adults. Adapted with permission from Doak, Doak, Root 1996. Practice Development, 2008 (Finnes også i norsk utgave: SAM Suitability Assessment of Materials for vurdering av helseinformasjon til voksne).

Sarkar, Urmimala; Schillinger, Dean: Literacy and patient care. Literature review. UpToDate, Oct 2015.

<http://www.uptodate.com/contents/2766> 10.11.2015

Schenker Y, Lo B, Ettinger KM and Fernandez A: Navigating language barriers under difficult circumstances. Annals of Internal Medicine 2008; 1249 (4): 264-269.

Schouten, Barbara C., Schinkel, Sanne: Turkish migrant GP patients' expression of emotional cues and concerns in encounters with and without informal interpreters. Patient Education and Counseling Volume 97, Issue 1, October 2014, Pages 23–29.

Schulz, Thomas R., Leder, Karin, Akinci, Ismail and Biggs, Beverley-Ann (2015): Improvements in patient care: videoconferencing to improve access to interpreters during clinical consultations for refugee and immigrant patients. Australian Health Review 39(4) 395-399.

Seeland, Lisbeth: Ulike verktøy i hverdagen som spesialpedagog på Rikshospitalet. Presentasjon på forprosjektets arbeidsseminar 25.09.2015

Semantic Compaction Systems: Minspeak with individuals with different cultures & languages.

www.minspeak.com/users/documents/CultureBilingual.pdf Lastet ned 05.11.2015

Sharif I, Tse J.: Accuracy of Computer-Generated, Spanish-Language Medicine Labels. Pediatrics. 2010;125(5):960-965.

Sieber, Tina: Does Skype Translator work? Can Skype Translate really help you converse in any language? We tested it to see. Digital Trends blog, 15.02.2015

<http://www.digitaltrends.com/computing/get-instant-text-voice-translation-skype-translator-preview/> Lastet ned 17.11.2015

Silk KJ, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodyski, MA and Sayir A: Increasing Nutrition Literacy: Testing the Effectiveness of Print, Web site and Game Modalities. Journal of Nutrition Education and Behavior, 40 (1), 3-10.

Skaten, Ingeborg: Tegnspråktolking, profesjon i diskursiv klem. FLEKS Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice Vol 2, No 1 (2015): Talking i offentlig sektor

Skelley, Nathan: SayHi is an impressive language translation app that can come in handy at the bedside.

iMedicalApps, 24.04.2014 www.imedicalapps.com/2014/04/translation-mobile-app

Slaughter, Laura; Øyri, Karl; Fosse, Erik: Evaluation of a Hyperlinked Consumer Health Dictionary for Reading EHR Notes. User Centred Networked Health Care A. Moen et al. (Eds.) IOS Press, 2011

Soller, Chan and Higa: Performance of a New Speech Translation Device in Translating Verbal Recommendations of Medication Action Plans for Patients with Diabetes. Journal of Diabetes Science and Technology. 2012 Jul; 6(4): 927–937.

Stendal Robinson, Hilde: Elektroniske helsedata – fra frykt til nytte. Presentasjon: Grensesprengende helseforskning i praksis, UiO, 26.09.2015

Straumann, Gyri Hval: Søkeresultat for forslag: Effekt av ulike språkverktøy. Nr. 2015_0059. Kunnskapssenteret, 21.11.2014

Sundt, Eilert: Fremtidens tolketjeneste utviklet i Finnmark, pressemelding fra Helse Finnmark og Sametinget, 19.04.2013 <http://www.finnmarkssykehuset.no/sanks/fremtidens-tolketjeneste-utviklet-i-finnmark-article103222-10180.html> Lastet ned 09.11.2015

Sveriges radio P4 Göteborg: Bilder överbrygger språkproblem, 16.09.2015
<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=104&artikel=6257036>

Sverre, Beate Lie; Solbraekke, Kari Nyheim; Eilertsen, Grethe: Stories of pain and health by elderly Pakistani women in Norway. Scandinavian Journal of Public Health 2014; 42(15 suppl)96-7

Sjøberg Finbråten, Hanne og Pettersen, Sverre: Kunnskap er egenmakt, Sykepleien 2009 97 (5):60-63

Søndeland, Geir: AS Norge får tidenes språkregning, Aftenposten, 30.10. 2015
<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/AS-Norge-far-tidenes-sprakregning-8222654.html>

Søndeland, Geir: Mangler tolker, asylkøen vokser, Aftenposten, 29.10.2015, s 4-5.

The eEQUITY Project: Å bruke mobile læringsverktøy i helsetjenesten helsetjenesten - "SOMAH appen"
<http://equitytools.eu/projects/soma/> Lastet ned 26.09.2015

The Harvard T.H. Chan School of Public Health: Health Literacy Studies Web Site:
<http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy> Lastet ned 02.11.2015

Tjømli, G: Kjære doktor, ikke vær en app. Saksynt blogg, 17.09.2015 <http://tjomlid.com/2015/09/17/kjaere-doktor-ikke-vaer-en-app/>

TNS Politikk & samfunn: Kartlegging av tolkebruk i kommunehelsetjenesten - Oppdrag for Helsedirektoratet. Helsedirektoratet, 07.10.2013

Try, Nina E.Gausdal: Når tolken mangler, Oslo universitetssykehus' intranett 03.09.2015. Lastet ned 09.11.2015

Tsuruta H, Karim D, Sawada T, Mori R: Trained medical interpreters in a face-to-face clinical setting for patients with low proficiency in the local language. Protocol. The Cochrane Library 2013, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD010421. Lastet ned 10.11.2015

Turner, Ann M; Desai, Loma; Dew, Kristin; Martin, Nathalie; Katrin Kirchhoff: Machine assisted translation of health materials into Chinese. An initial evaluation. MEDINFO 2015: eHealth-enabled Health I.N. Sarkar et al. (Eds.) doi:10.3233/978-1-61499-564-7-979 Lastet ned 09.11.2015

Turner, Anne M.; Bergman, Margo; Brownstein, Megumu; Cole, Kate; Kirchhoff, Katrin: A Comparison of Human and Machine Translation of Health Promotion Materials for Public Health Practice: Time, Costs, and Quality. Journal of Public Health Management & Practice: September/October 2014 - Volume 20 - Issue 5 - p 523–529.

Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Veileder IS-1924. Helsedirektoratet, 2011.

Wallbrecht J, Hodes-Villamar L, Weiss SJ, Ernst AA: No difference in emergency department length of stay for patients with limited proficiency in English. Southern Medical Journal. 2014 Jan;107 (1):1-5.

Whitman, Marilyn et al: Cultural and Linguistic Competence in Healthcare: The Case of Alabama General Hospitals. Journal of Healthcare Management; Jan/Feb 2008; 53, 1; ProQuest pg. 26

Wiking E, Sundquist J, Saleh-Stattin N: Consultations between Immigrant Patients, Their Interpreters, and Their General Practitioners: Are They Real Meetings or Just Encounters? A Qualitative Study in Primary Health Care. International Journal of Family Medicine. Epub 2013 Feb 5. doi: 10.1155/2013/794937. Lastet ned 02.11.2015

Wizowski, Lindsay; Harper, Theresa; Hutchings, Tracy: Writing health information for patients and families. Fourth edition, 2014. 2014, Hamilton Health Sciences

Wollscheid, S; Munthe-Kaas HM; Hammerstrøm, KT; Noonan, E.: Effekt av tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom minoritetsspråklige barnefamilier eller enslige unge og offentlig tjenesteapparat. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

Wooten, Adam: International Business: Google Translate has great uses, disastrous misuses. The Deseret News. 22.04.2011 <http://www.deseretnews.com/article/705371107/Google-Translate-has-great-uses-disastrous-misuses.html?pg=all> Lastet ned 09.11.2015

Yu B, Willis M, Sun P, Wang J: Crowdsourcing Participatory Evaluation of Medical Pictograms Using Amazon Mechanical Turk. Journal of Medical Internet Research 2013; Vol 15 (6):e108

Østby, Sigrid og Wallander Karlsen, Marte-Marie: Eksisterende applikasjoner for kommunikasjon, søkeresultat. Generell intensiv avdeling, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus. Revidert september 2015.

Øye, Olav Johan: En lettere hverdag, Høgskolen i Oslo og Akershus, 25.06.2015. <http://www.hioa.no/Aktuelle-saker/En-lettere-hverdag>

VEDLEGG 2. SØKEDOKUMENTASJON

Innvandrere kommunikasjon med helsevesenet⁹³

Nettsteder med lenker videre til diverse publikasjoner:

mighealth.net

NAKMI publikasjoner:

<http://nakmi.no/List.asp?cname=NAKMI-publikasjoner&cid=5>

<http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/rapporter-for-deg-som-jobber-med-flyktninger-og-innvandrere>

Verktøy for fremmedspråklige pasienter og helsepersonell

<http://www.helsebiblioteket.no/verkt%C3%B8y/spr%C3%A5kverkt%C3%B8y>

Nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet

God kommunikasjon via tolk

Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>

Veileder om helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tiltak-for-a-bedre-kommunikasjonen-mellom-minoritetsspråklige-barnefamilier-eller-enslige-unge-og-offentlig-tjenesteapparat>

<http://www.kunnskapssenteret.no/prosjekter/effekt-av-massemediekommunikasjon-om-helsefremmende-levevaner-til-innvandrere>

⁹³ Søkedokumentasjon utarbeidet for forprosjektet av Marie Isachsen og Terese Dalsnes, Medisinsk bibliotek OUS, Ullevål sykehus, 29.10.2015

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/tiltak-for-a-oke-sosial-integrering-av-innvandrere-og-deres-familier>

UpToDate

Cross-cultural care and communication

<http://www.uptodate.com/contents/2753>

Literacy and patient care

<http://www.uptodate.com/contents/2766>

Cochrane Library (delbasene Cochrane Reviews, Technology Assessment)

Cochrane Reviews

Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009905.pub2/abstract>

Protokoll:

Trained medical interpreters in a face-to-face clinical setting
for patients with low proficiency in the local language

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010421/pdf>

Technology Assessments:

TI: Interventions designed to improve therapeutic communications between black and minority ethnic people and professionals working in psychiatric services: a systematic review of the evidence for their effectiveness (Structured abstract)

SO: Health Technology Assessment Database

YR: 2015

NO: 3

PB: Health Technology Assessment

<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clhta/articles/HTA-32012000379/frame.html>

TI: Adapting health promotion interventions to meet the needs of ethnic minority groups: mixed-methods evidence synthesis (Structured abstract)

SO: Health Technology Assessment Database

YR: 2012

NO: 3

PG: 1

PB: Health Technology Assessment

<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clhta/articles/HTA-32010000323/frame.html>

AU: Eike MC

AU: Forsetlund L

AU: Kirkehei I

AU: Vist GE

TI: Effect of interventions to improve the quality of health services for ethnic minorities (Structured abstract)

SO: Health Technology Assessment Database

YR: 2010

NO: 3

PB: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC)

<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clhta/articles/HTA-32014001230/frame.html>

TI: Addressing ethnic diversity in health care outcome measurement (Structured abstract)

SO: Health Technology Assessment Database

YR: 2010

NO: 3

PB: Health Technology Assessment

<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clhta/articles/HTA-32010000433/frame.html>

TI: Strategies for improving minority healthcare quality (Structured abstract)

SO: Health Technology Assessment Database

YR: 2004

NO: 3

PB: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clhta/articles/HTA-32004000659/frame.html>

SveMed+

- 1 exp:"Minority Groups"
- 2 exp:"Minority Health"
- 3 exp:"Emigrants and Immigrants"
- 4 exp:"Emigration and Immigration"
- 5 exp:"Transients and Migrants"
- 6 exp:"Ethnic Groups"
- 7 exp:"Refugees"
- 8 Or/1-7
- 9 exp:"Communication"
- 10 exp Cognition
- 11 exp Comprehension
- 12 exp:"Professional-Family Relations"
- 13 exp:"Professional-Patient Relations"
- 14 exp:"Health Personnel"
- 15 interpret*
- 16 Or/9-15
- 17 8 and 16
- 18 8 and (9 oor 10 or 11) (communication, cognition, comprehension...)

Blant treffene:

Når tolken ikke er tilstede i lokalet. Erfaringer fra pilotafprøvning af videotolkning i almen praksis Kaeseler Andersen, Sören; Noesgaard, Susanne B; Lou, Stina Månedsskrift for Almen Praksis 2012;90(5)393-400

Som henviser til denne:

Hulbæk L, Noesgaard S, Lou S et al.

Evaluering af ABT-projekt: pilotafprøvning af videotolkning i almen praksis.
2011

Oria, Avansert søk

Tittel:

(immigrant* OR ethnic* OR etnisk* OR multietnisk* OR migrant* OR refuge* OR minorit* OR transcult* OR crosscult* OR cross-cult* OR innvandr* OR indvandr* OR flyktning* OR asylsøker* OR ikkevest* OR ikke-vest* OR fremmedkult*) AND (patient* OR pasient* OR inpatient* OR helse* OR häls* OR syk* OR lege* OR fastlege* OR health OR hospital* OR physician* OR nurs* OR syg* OR sjuk* OR medic* OR medis*)

AND

Alle felt

kommuniser* OR kommunik* OR communicat* OR language* OR lingu* OR conversat* OR språk* OR multiling* OR proficiency OR speak* OR speech* OR snakke* OR samtal* OR verbal* OR møte* OR meet* OR encounter* OR morsmål* OR interact* OR literacy OR tolk OR tolketjeneste* OR interpreter* OR translat*

Avgrense til f.eks Materialtype: dissertations, masteroppgaver, bøker osv.

PubMed

Foreslår å søke vidt på innvandrere OG språk/kommunikasjon, evt artikler om slike språkverktøy bør gjenfinnes blant treffallene.

Her er en søkestreng i PubMed på innvandrere, fokus:

("Transients and Migrants"[majr] OR Ethnic Groups[majr] OR refugees[majr] OR "Emigration and Immigration"[majr] OR "Emigrants and Immigrants"[majr] OR Minority Groups[majr] OR minority health[majr])

I tillegg søke spisset på emneordet Language, eller det mer utvidede Communication + Cognition, Comprehension, her siste 10 år + engelsk:

("Transients and Migrants"[majr] OR Ethnic Groups[majr] OR refugees[majr] OR "Emigration and Immigration"[majr] OR "Emigrants and Immigrants"[majr] OR Minority Groups[majr] OR minority health[majr]) AND ("Communication"[Majr] OR "Cognition"[Majr:NoExp] OR "Comprehension"[Majr]) AND ("last 10 years"[PDat] AND English[lang])

Kan spisse søket ytterligere ved å legge på AND ("Professional-Patient Relations"[Mesh] OR "Professional-Family Relations"[Mesh] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR Health Personnel[mesh]), dvs slik:

("Transients and Migrants"[majr] OR Ethnic Groups[majr] OR refugees[majr] OR "Emigration and Immigration"[majr] OR "Emigrants and Immigrants"[majr] OR Minority Groups[majr] OR minority health[majr]) AND ("Communication"[Majr] OR "Cognition"[Majr:NoExp] OR "Comprehension"[Majr]) AND ("Professional-Patient Relations"[Mesh] OR "Professional-Family Relations"[Mesh] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR Health Personnel[mesh]) AND ("last 10 years"[PDat] AND English[lang])

Uansett store trefftall, mye "støy" som nesten er uunngåelig.

Her er 6 artikler som ikke kommer med på søkene over, har ikke blitt ferdig registrert i PubMed ennå.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26423673,26365436,25796404,25181257,25107514,23476769>

VEDLEGG 3. NETTSTEDER⁹⁴

FLERSPRÅKLIGE RESSURSER:

<http://apps.husbanken.no/migra/index.html>

<http://bildstod.se/#>

<http://classic.healthinmylanguage.com/home.aspx>

<http://clu.uni.no/bildetema/>

<http://hepscreen.eu/what-can-we-do-about-it/pre-test-information/multi-language-builder/>

<http://lexin.udir.no/?mode=main-page&ui-lang=nbo>

http://mighealth.net/no/index.php/Brosjyrer_p%C3%A5_ulike_spr%C3%A5k

<http://nnlm.gov/outreach/consumer/multi.html#A14>

http://spiral.tufts.edu/topic_list.shtml

<http://users.ugent.be/~rvdstich/eugloss/welcome.html>

http://www.aclweb.org/aclwiki/index.php?title=Resources_for_Norwegian

<http://www.detdanske sundhedssystem.dk/>

http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/Innvandrere_og_diabetes/

<http://www.hablamosjuntos.org/resources/default.asp>

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasientbrosjyre-pa-10-sprak>

<http://www.lep.gov/resources/resources.html#FAW>

<http://www.refugeephasebook.de>

<http://www.refugeespeaker.org/>

<http://www.takkforspraket.se/sv/>

<http://www.talkinghealthcards.com/>

http://www.vestreviken.no/omoss_/avdelinger_/tuberkulosekoordinator-i-vestre-viken_/Sider/Tuberculosis---Trust-and-knowledge.aspx

http://www.wascla.org/library/folder.518551-ISpeak_Cards

⁹⁴

Ikke alle er omtalt i teksten. Sist besøkt november 2015.

<https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/bestill-brosjyrer/#samisk>

<https://www.lhl.no/klinikkene/feiring/om-lhl-klinikkene-feiring/fremmedspraklig-informasjon/>

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/languages/languages.html>

ALTERNATIV OG SUPPLERENDE KOMMUNIKASJON (ASK):

<http://bildstod.se/#>

<http://www.appstod.se/>

<http://www.isaac.no/s%C3%B8keord/kommunikasjonsbok/>

<http://www.janefarrall.com/aac-apps-lists/>

<http://www.minspeak.com/>

<https://thinksmartbox.com/products/>

www.dynavoxtech.com/tobii-dynavox

www.mayer-johnson.com/boardmaker-software

www.prentrom.com

www.spectronics.com/au/ferret

TALESYNTSE, STEMMEGJENKJENNING:

www.acapela-group.com

<http://htk.eng.cam.ac.uk/>

ANDRE VERKTØY:

<http://www.ascommyco.com/no/>

<http://www.ectaco.com/info/tlx-series/>

<http://www.esolutions.com/our-products/epcr-suite/quickspeak/#1>

<http://www.myphrazer.com/>

<http://www.spokentranslation.com/demo.swf>

http://www.voxtec.com/?page_id=26

VEDLEGG 4. HELSEFAGLIGE INFORMANTER

TOTALT 68 PERSONER, 52 KVINNER OG 16 MENN

Følgende yrkesgrupper er representert:

Enhetsleder
Ergoterapeut (inkludert spesial-)
Helsefagarbeider
Helsesekretær
Jordmor
Laborant
Lege
Paramedic
Portør
Postsekretær
Psykolog
Professor
Rådgiver
Sosionom
Spesialpedagog
Sykehusprest
Sykepleier
Vernepleier

Følgende helseforetak, sykehus, klinikker og avdelinger er representert i utvalget:

Oslo universitetssykehus (OUS):

- Ullevål
- Rikshospitalet
- Radiumhospitalet
- Akuttklinikken
 - AKU avdeling for anestesisykepleie
 - Akuttmottaket
 - Prehospitale tjenester
 - Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral

- Generell intensiv avdeling
- Hjerte-, lunge- og karklinikken
 - Thoraxkirurgisk postoperativ avdeling
- Klinikk for kirurgi og nevrofag
 - Ortopedisk avdeling
 - Gastrokirurgisk sengepost
 - Avdeling for kompleks epilepsi
 - Avdeling for nevrohabilitering
 - Kirurgisk avdeling for barn
- Klinikk psykisk helse og avhengighet
 - Alderspsykiatrisk seksjon
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
 - Sengepost for blodsykdommer
 - Strålepoliklinikken
- Kvinne- og barneklinikken
 - Barsel
 - Senter for sjeldne diagnoser (kompetansesenter)
 - Seksjon for nevrohabilitering
- Medisinsk klinikk
 - Diagnosestasjonen
 - Hukommelsespoliklinikken
 - Seksjon for sosionomer

Akershus universitetssykehus:

- Akutt 24
- Avdeling for helsefremmende arbeid
- Barsel

LHL-klinikkene Feiring:

- Kardiologisk overvåkningsavdeling

Innlandet sykehus:

- Divisjon Lillehammer
 - Barne- og ungdomsavdelingen
- Stabsområde helse

Sunnaas sykehus:

- Avdeling for oppfølging
- Avdeling for vurdering

Sykehuset i Vestfold:

- Fagavdelingen
- Kirurgisk klinikk:
 - Onkologiseksjon
 - Urologi-gynekologi-mammae

Sykehuset Telemark:

- Psykiatrisk klinikk
- Føde- og barselavdelingen, Kirurgisk klinikk

Sykehuset Østfold:

- Barnehabilitering
- Fag- og pasientsikkerhet
- Intensivpost for nyfødte, Barneavdelingen
- Intensiv og postoperativ
- Prestetjenesten

Sørlandet sykehus:

- Poliklinikk for psykosomatikk og traumer, Klinikk for psykisk helse

Vestre Viken:

- Lærings- og mestringssenteret
- Praksiskonsulentordningen
- Drammen sykehus
 - Medisinsk poliklinikk

Primærhelsetjenesten i følgende kommuner:

- Oslo kommune - Bydel Alna
- Drammen kommune

VEDLEGG 5. INTERVJUGUIDE

6 spørsmål. Oppfølgingsspørsmål, kategorier og eksempler ble bare brukt hvis intervjuet stod fast.

Introduksjon

Oslo universitetssykehus har fått i oppdrag fra Helse Sør-Øst å lage en foranalyse til et digitalt verktøy som kan bidra til tryggere kommunikasjon mellom helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter som ikke kan norsk. Et slikt verktøy skal ikke erstatte bruk av tolk, men brukes i situasjoner der pasient eller helsepersonell har behov for å kommunisere når ikke det er tolk til stede. Det brukes en rekke verktøy rundt i sykehusene allerede, og vi skal kartlegge disse og hvilke erfaringer de ansatte og pasientene har med dem, for å komme med en anbefaling om eventuell utvikling av et slikt kommunikasjonsverktøy.

Det som fungerer godt, kan bygges videre på. Derfor ønsker jeg å snakke med helsepersonell som har opplevd slike situasjoner i praksis for å få vite hvordan dere løser dem i hverdagen, hvordan det fungerer, hva du synes, og hvilke behov du har for et eventuelt ønske-hjelpemiddel.

Har dere hjelpemidler i bruk (ordlister, apper, peketavler, permer, ...) ber jeg om å få se på disse og få en kopi hvis mulig.

1. Har du kommunisert med pasient ved hjelp av profesjonell tolk?

2. Hvordan kommuniserer du med pasienter som ikke kan norsk når ikke tolken er der?

Følgende kategorier kom fram, og ble etter hvert brukt til suffli:

Postitlapper (med hva?)

Finger- og kroppsspråk, tegnspråk

Gjettekonkurranse

Pårørende eller venn tolker

Pårørende eller venn oversetter og skriver ned ord / fraser

Tegner (penn og papir)

Henter en annen ansatt som kan språket

Bruker engelsk (eller andre)

Google translate

Oversettingsprogram på mobil eller nettbrett

Ordbok

Språkperm

Pekebok

Plansje med oversetting og bilder

Ordliste

Smertelinjal

Flerspråklig smerteskala

Skriver på ipad / mobil selv

Tolker signaler fra pasienter vi har ansvar for

3. Hvordan fungerer det?

Hva er vanskelig? Hva er utfordringene?

Tar det lang tid?

Hva kreves av deg? Fantasi, innlevelse, tid

Hvordan vet du om pasienten forstår?

Hvordan sikrer dere dere mot misforståelser?

Føler du deg trygg?

Eksempler?

4. Hvilke behov har du? Hva trenger du?

Hvilke språk?

Gjentakende informasjon

Enkeltord

Spørsmål og svar

5. Hva ønsker du deg, hvis det hadde gått an?

Følgende kategorier kom fram, og ble etter hvert brukt til suffli:

Alltid tolk

En digital pekebok

Laminert

Smittevern

Enkelt

Universelle symboler

Alltid tilgjengelig

Må kunne gjenta informasjon

Pasienten selv må kunne bekrefte

Toveis

Intuitivt (ikke krever opplæring)

Filmsnutter

Universell utforming

Basissymboler

Mulighet for å skrive sjøl / trykke på knapp

Digital språkperm

6. Har du andre tanker eller idéer om dette?

Vedlegg 6. Spørreskjema til pasient (norsk utgave)

Har du fem minutter til oss?

Vi undersøker språk og kommunikasjon på sykehuset og vil gjerne ha din hjelp.
Du kan svare på somali / polsk / tigrinja. Du kan sette flere kryss på hvert spørsmål.
Undersøkelsen er anonym; ikke skriv navnet ditt på arket.

Dette er frivillig. Hvis ikke du vil svare, er det helt i orden.

1. Hvilket språk snakker du?

- ☐ Somali ☐ Polsk ☐ Tigrinja
- ☐ Engelsk
- ☐ Andre språk:

2. Kan du norsk?

- ☐ Ja, veldig godt
- ☐ Ja, en del
- ☐ Ja, litt
- ☐ Nei, ingenting

3. Hvordan kommuniserer du med de som jobber her på sykehuset?

- ☐ Finger- og kroppsspråk
- ☐ Slekting eller venn hjelper meg
- ☐ En ansatt som snakker somali / polsk / tigrinja hjelper meg
- ☐ Vi bruker engelsk (eller et annet språk)
- ☐ Google translate
- ☐ Oversettingsprogram på mobil eller nettbrett

- ☐ Ordbok
- ☐ Språkperm
- ☐ Pekebok/plansje
- ☐ Ordliste
- ☐ Vi bruker profesjonell sykehustolk

- ☐ Annet, hva:

4. Når dere snakker sammen uten å bruke profesjonell tolk, hvordan går det?

- ☐ Det går greit
- ☐ Vi klarer å forstå hverandre
- ☐ Det tar lang tid å forstå hverandre
- ☐ Vi klarer ikke å forstå hverandre
- ☐ Det blir misforståelser
- ☐ Det er vanskelig
- ☐ Det går ikke bra
- ☐ Jeg vet ikke

5. Hvis det er vanskelig å kommunisere, hva tenker du om det?

.....

.....

.....

Tusen takk for hjelpen!

Vedlegg 7.

Apper og programmer prøvd ut i prosjektperioden

ACA-TW-Emergency
ClaroCom
Diabetesdagboka
Google oversetter
GravidPluss
Grid Player
Groupboard
Helseinnovasjon (OUS)
MediBabble
Meducation
My Symptoms
Nurse LITE
Oversetteren (gratisversjon) fra Tensift
Pain Relief
SayHi Translate
Show Me
Show Me FAC
SOMAH
Speak&Translate (gratisversjon) fra Apalon
Tap & Say
Tap-Translate-Talk
Tap & Talk
Translate
TransZilla
Universal Doctor Speaker (gratis-app)
Universal Doctor Speaker Ahus (Fullversjon brukt i pilotprosjekt)
Universal Nurse Speaker
Universal Women Speaker
Voice4u TTS
Xprompt multilingual assistance

I tillegg er det referert til:

Østby, Sigrid og Wallander Karlsen, Marte-Marie: Eksisterende applikasjoner for kommunikasjon, søkeresultat. Generell intensiv avdeling, Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus. Revidert sept 2015.

Samt følgende oversikter:

<http://www.appstod.se/> <http://www.isaac.no/> <http://www.janefarrall.com/aac-apps-lists/>

Vedlegg 8.

Regnskap forprosjekt «digitalt kommunikasjonsverktøy» januar - desember 2015

Prosjekt: 30545 HSØ 14/01552-4 Kommunikasjonsverktøy for helsepersonell og minoritetsspråklige pasienter - foranalyse

Totale kostnader/inntekter:

Sum inntekter: prosjektmidler	500 000
Utgifter: personalkostnader	-304 995
Utgifter: driftskostnader (møtekostnader)	-9 898
Utgifter: reisekostnader	-3 900
Utgifter: interne poster (DB og pensjon)	-34 490
Sum	146 717

Vedlegg 9. Skisse: Konkurransesgrunnlag

Helse Sør-Øst RHF anbefales å fortsette prosjektet som kvalitetssikrer potensielle digitale kommunikasjonsverktøy til bruk som støtte i sykehuskommunikasjon med ikke-norskspråklige pasienter, men under eksplisitt forutsetning av at verktøyet ikke skal erstatte tolk i kommunikasjon i behandlingsøyemed.

Det foreslås et pilotprosjekt der Helse Sør-Øst RHF prøver ut et digitalt kommunikasjonsverktøy i to ulike helseforetak. Det anbefales at det eventuelt utvikles, og utprøves, en prototype for minimum en digital flerspråklig pekebok (se kapittel 11).

Anbudskonkurranse

Denne skissen brukes som utgangspunkt for et konkurransesgrunnlag til en anbudskonkurranse på et digitalt kommunikasjonsverktøy, i samarbeid med tolkefaglig og teknisk relevant ekspertise.

Følgende betingelser skal ligge til grunn for verktøyet:

- Behovsanalyse, se kapittel 8
- Krav til kvalitetssikring, se kapittel 10
- Forutsetninger, se kapittel 11

Konkurransesgrunnlaget skal brukes til å innhente anbud fra leverandører. Kravspesifisering utføres i planleggingsfasen. Grunnlaget skal inneholde:

1. Løsningsbeskrivelse:

- a. Virksomhetsarkitektur
- b. Informasjonsarkitektur
- c. Teknologiarkitektur
- d. Integrasjonsarkitektur
- e. Sikkerhetsarkitektur

2. Risikovurdering:

- a. Tilgjengelighet
- b. Integritet og konfidensialitet
- c. Datakvalitet
- d. Samhandling

3. Vurdering av økonomi og endringsbehov:

- a. Estimerte projektkostnader
- b. Prisoverslag
- c. Forpliktelser for ibrukstakelse
- d. Anskaffelse og utfasing

4. Vurdering av investeringsbehovet

- a. Projektkostnader
- b. Driftskostnader
- c. Investeringsvurderinger av de finansielle gevinstene

5. Risikoanalyse:

- a. Projektrisiko (teknisk, finansiell og virksomhetsmessig)
- b. Gevinstrisiko

