

Likeverdige helsetjenester



Oslo kommune

HELSE  SØR-ØST

”Akkurat slik vi gjør med andre spesialister”

Anbefalinger for fremtiden: Tolking som en integrert del av tjenestetilbudet i helsevesenet i hovedstadsområdet

Oslo 1. oktober 2012

Oslo kommune
Bydeler i Oslo



Sunnaas sykehus HF



Lovisenberg Diakonale Sykehus
Pionér i kompetanse og omsorg



Diakonhjemmet
Sykehus



Oslo
universitetssykehus



Vestre Viken HF



Akershus
universitetssykehus

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
1. Innledning	4
DEL 1: DAGENS SITUASJON OG UTFORDRINGER FOR FREMTIDEN	
2. Problemet: Hvorfor ikke bare fortsette som i dag?	6
3. utfordringer og suksesskriterier	11
DEL 2: DRØFTING AV LØSNINGER FOR FREMTIDEN	
4. ”Tolkesentralen” – tolkebestilling i egen regi	14
5. Tolkebestilling via formidlingsbyrå (anbud)	25
6. Fjerntolking	30
7. Øvrige tiltak	36
8. Konklusjoner og anbefalinger	38
9. Referanser	41
VEDLEGG	
Anbefalinger til enkelte strakstiltak	43

Sammendrag

Samhandlingsprosjektet ”Styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet” gjennomførte våren 2012 en kartlegging av kvaliteten i tolkingen i helsevesenet i hovedstadsområdet. Basert på funnene i den kartleggingen, besluttet prosjekteierne, Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF, at det var nødvendig med en utredning av mulige løsninger for fremtiden. I denne rapporten drøftes to ulike modeller for å sikre helsevesenet tilgang til god tolking utført av godt kvalifiserte tolker. Kostnadsanalyse og juridiske vurderinger er utført av andre, og vurderinger og konklusjoner derfra er ikke innarbeidet i denne rapporten. Enkelte erfaringer fra helsevesenet i andre land er også kartlagt i en egen rapport.

Hovedkonklusjonen i rapporten er at vi anbefaler å finne en løsning som på best mulig måte ivaretar hensyn til verdien av samarbeid mellom institusjonene, muligheten til å kontrollere og sikre tolkenes kvalifikasjoner samt best mulig ressursutnyttelse og ivaretagelse av samfunnsøkonomiske hensyn. Analysene viser at dette best kan ivaretas ved at det offentlige selv har såkalt ”egenregi” på koordineringsarbeidet med å finne tolker til tolkeoppdragene. Dette kan man gjøre ved å opprette en enhet med ansvar for dette, i denne rapporten kalt ”Tolkesentralen”. Analysene viser også at man bør endre hvordan man forholder seg til behovet for tolk, og i den grad det er mulig, legge til rette for at man planlegger tolkeoppdrag ut i fra kapasitet og tilgjengelighet hos tolkene, ”*akkurat som man gjør med andre spesialister*”, derav rapportens tittel.

Analysene viser at anbudsavtaler om bestilling av tolk med private formidlingsbyråer også kan sikre kvalitativt bedre tolketjenester enn i dag, dersom betingelsene og mekanismene i avtalene legger til rette for det. Samtidig viser de økonomiske analysene at dette er en kostbar løsning, at det vil gå store ressurser til administrasjon og kontrolltiltak, og at man ikke vil få utnyttet de best kvalifiserte tolkenes arbeidskapasitet optimalt. Det er også en løsning som vil medføre en del ustabilitet i tjenestetilbudet, som særlig vil merkes i forbindelse med nye anbudskonkurranser og eventuelle påfølgende leverandørbytter. Det er av disse årsakene en løsning vi i utgangspunktet ikke anbefaler.

1. Innledning

Å tilby kvalitativt gode tolketjenester er en forutsetning for at pasienter og pårørende med begrensede norskkunnskaper får et likeverdig helsetilbud. Mangelfull kommunikasjon er en fare for pasientens helse, samt et brudd på pasientens informasjonsrett og medbestemmelsesrett. Forskning viser at god tilgang på tolking fører til kortere liggetid (jf. Indseth 2012). Helsepersonell er helt avhengig av tolk i kommunikasjon med pasienter som ikke behersker tilstrekkelig norsk, for å kunne gjøre jobben sin på en faglig forsvarlig måte.

I regi av samhandlingsprosjektet ”Styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet” (heretter kalt ”Likeverdsprosjektet”) har det blitt gjennomført en komparativ analyse av kvaliteten i tolkingen hos samarbeidspartene i prosjektet: *Ikke lenger en tjeneste av ukjent kvalitet* (Linnestad og Buzungu 2012). Det var funn og analyser der som medførte at Helse Sør-Øst RHF (HSØ) og Oslo kommune bestilte utredning av anbefalinger til tiltak som bør iverksettes for å bedre situasjonen (jf. *Planskisse* 10.7.12). Disse presenteres i denne rapporten.

Partene i Likeverdsprosjektet er Oslo universitetssykehus HF (OUS), Akershus universitetssykehus HF (Ahus), Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, og Oslo kommune med bydelene i Oslo. Nylig innlemmet i prosjektet er Sunnaas sykehus. Vestre Viken HF er med som observatør. Prosjektets eiere er Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune. Prosjektets hovedmål er å styrke sykehusenes og bydelenes evne til å tilby pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn et likeverdig helsetilbud. Dette søkes oppnådd blant annet gjennom delmålet om å øke pasientens forståelse og medbestemmelse i behandlingsforløp. Fokuset på tolking er forankret i styret i Helse Sør-Øst RHF og i byrådet i Oslo kommune¹.

Målet er å ha god tolking i helsesektoren, utført av høyt kvalifiserte og kompetente tolker. For å få det til, ser det ut til å være nødvendig med omgripende strukturelle endringer. En av de ansatte ved Oslo Universitetssykehus tydeliggjorde dette, da hun sa at dette fordrer at vi endrer hele vår måte å tenke rundt tolking og tolker på (OUS 2012). Vi må vurdere behov for tolking med en gang, og sørge for at vi har tolk når vi trenger det, samt at vi, der det er mulig, tilpasser konsultasjoner til tolkenes arbeidstider. Akkurat slik vi gjør med andre spesialister.

Tolking krever høy og spesialisert kompetanse. Nasjonal fagmyndighet for tolking i offentlig sektor, ved Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) skriver at ”å tolke krever imidlertid at utøveren behersker en rekke ferdigheter. I tillegg til særdeles gode ferdigheter i to språk, må tolken mestre tidspress som tolkens hukommelse arbeider under. Det stilles store krav til tolkens nøyaktighet. Tolkenes konsentrasjonsevne, stresstoleranse og utholdenhet er avgjørende for resultatet” (2008: 3).

Vi vil i denne rapporten først drøfte bakgrunnen for nødvendigheten av endringer i dagens modell for kjøp av tolketjenester i helsevesenet i hovedstadsområdet. Hovedutfordringene og de kritiske suksessfaktorene drøftes kort, før to mulige løsninger beskrives: Et samarbeid om opprettelse av en ”Tolkesentral” med egenregi på tolkebestilling er den løsningen vi i utgangspunktet anbefaler. Som et

¹ HSØ sak 044-2009 og sak 106-2009, og Oslo kommune sak 291/10 og sak 141/12

alternativ drøftes også en mulig modell for felles eller separate anbudsavtaler med formidlingsbyråer, med andre mekanismer enn dagens anbudsavtaler. Etter at rapporten *Ikke lenger en tjeneste av ukjent kvalitet* ble publisert, ble det en konstruktiv og saklig debatt i mediene (Dagsavisen og Aftenposten) om tolking i helsevesenet i hovedstadsområdet. Enkelte forslag og innspill fra denne debatten nevnes og drøftes også i denne rapporten.

Statsautoriser tolk Jan Wesenberg skrev i Dagsavisen 30. juni 2012: ”Forhåpentligvis vil denne ekstremt viktige rapporten danne utgangspunkt for en totalgjennomgang av måten bruk av tolk i helsesektoren er organisert. Forhåpentligvis velger sektoren en modell som gjør at den faktisk kommer til å bruke kvalifiserte tolker i framtida. Det ville være fornuftig bruk av de investeringene det offentlige har gjort i kvalifiseringstiltak for tolker. Vi ønsker Helse Sør-Øst og Oslo kommune hell og lykke i dette nybrottsarbeidet!” Det er hyggelig med positiv omtale og at flere instanser uttaler seg om innsatsen som er nedlagt i Likeverdsprosjektets regi. Denne rapporten legger et godt grunnlag for veien videre og vi ser frem til fortsatt viktig arbeid for å sikre god tolking i helsevesenet.

Oslo 1. oktober 2012

Hege Linnestad
Prosjektleder

Hilde Fiva Buzungu
Rådgiver

2. Problemet: Hvorfor ikke bare fortsette som i dag?

For at det skal være noen vits i å endre på noe eller skape noe nytt, er det to forutsetninger som må være på plass. For det første må det være noe i veien med det man har. For det andre må det dokumenteres at en eventuell endring vil gjøre at det faktisk blir bedre. La oss derfor først se kort på status i dag²:

Helseinstitusjoner har behov for to typer tjenester i forbindelse med tolking:

1. Rekruttering/bestilling av tolker til oppdrag
2. Tolking i samtaler mellom behandlere og pasienter/brukere som ikke har felles språk

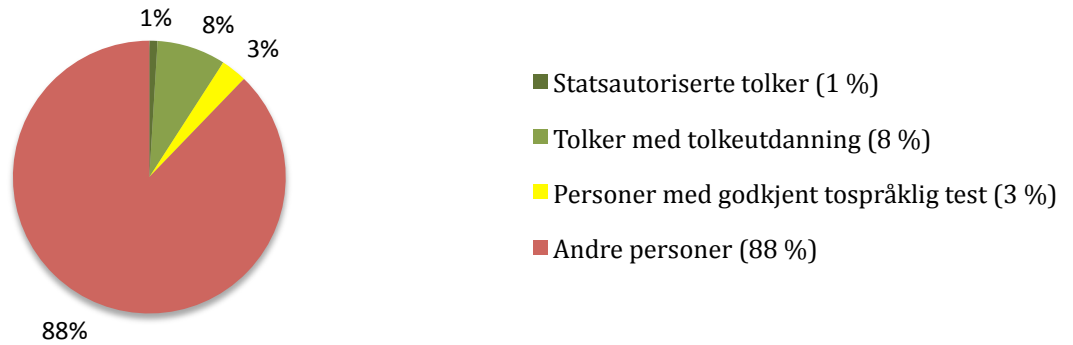
Det man ofte kaller ”bestilling” av tolk, som gjerne kan kalles rekruttering av tolker til oppdrag, er en tjeneste man enten kan kjøpe fra andre eller institusjonen kan gjøre selv. I Norge i dag er det institusjoner som velger å sette ut bestillingen til ulike private og offentlige formidlingsbyråer. Andre (som Lovisenberg sykehus, Utlendingsdirektoratet og mange domstoler) velger å ha egenregi på bestilling av tolk.

Den andre tjenesten helseinstitusjonene har behov for er selve tolkingen. Tolkingen må utføres av personer med nødvendig kompetanse og kvalifikasjoner, og det er avgjørende for kvaliteten på helsetjenestene og pasientbehandlingen at tolkingen er av god nok kvalitet. Man kan også her tenke seg ulike løsninger, at helseinstitusjonene har egne ansatte tolker, eller at de kjøper denne tjenesten direkte fra tolker, eller fra private eller offentlige tolkeformidlingsbyråer (som igjen kjøper tjenesten fra sine underleverandører: selvstendig næringsdrivende tolker og frilanstolker). Det avgjørende her er at det kreves høy kompetanse for å tolke, og helsevesenet må være en attraktiv arbeidsplass for tolker hvis de tolkene som har gode kvalifikasjoner skal ønske å ha dette som sin arbeidsplass.

Status ved OUS, Ahus og Sunnaas sykehus

Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Sunnaas sykehus har p.t. en felles anbudsavtale med formidlingsbyrået Noricom AS om formidling av sykehusenes tolkeoppdrag til aktuelle tolker. I henhold til avtalen skal oppdragene formidles til tolker oppført i Nasjonalt tolkeregister (www.tolkeportalen.no) Kategori 1-4 og/eller til andre personer som kvalifiserer til oppføring i registeret. I 2011 ble 91 % av tolkeoppdragene *ikke* utført i tråd med disse kvalitetskravene. I 2011 var det totalt 20 702 tolkeoppdrag på 85 språk ved disse institusjonene, og oppdragene ble utført av personer med følgende kvalifikasjoner:

² Data om tolking og tolkenes kvalifikasjoner ved de ulike institusjonene, som drøftes i dette kapitlet, er i sin helhet hentet fra rapporten *Ikke lenger en tjeneste av ukjent kvalitet* (Linnestad og Buzungu 2012).

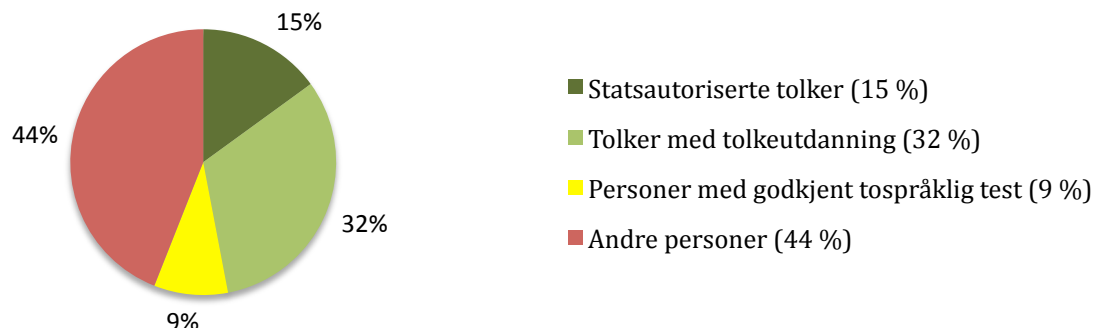


I forbindelse med disse funnene ble det avholdt et møte med noen ansatte ved OUS om deres erfaringer med tolketjenestene ved sykehuset. De fleste møtedeltakerne beskrev positive erfaringer med prosedyrer og rutiner for bestilling av tolk. De sa at bestillersystemet fungerer bra, og at formidlingsbyrået Noricom har veldig god service.

Om tolkenes kvalifikasjoner sa enkelte at det var bra på en del språk, mens flertallet var kritiske. Flere nevnte at tolkenes kvalifikasjoner og kvaliteten på tolkingen varierte mellom ulike språk. Det ble blant annet sagt at det er ”veldig sjelden at vi får en tolk som oversetter alt” og at de ”sliter med at noen tolker er fryktelig dårlige”. Konkret dreier det seg om feil i oversettelse, at tolkene ikke orienterer om tolkens rolle, ansvar og taushetsplikt, og at den medisinske kunnskapen hos tolkene ikke er god nok. En møtedeltaker uttrykte sin opplevelse av kvaliteten slik: ”Av og til når man sier veldig lite, så prater de uendelig, og hva de prater om er ikke lett å vite” (jf. OUS 2012).

Status i Oslo kommune

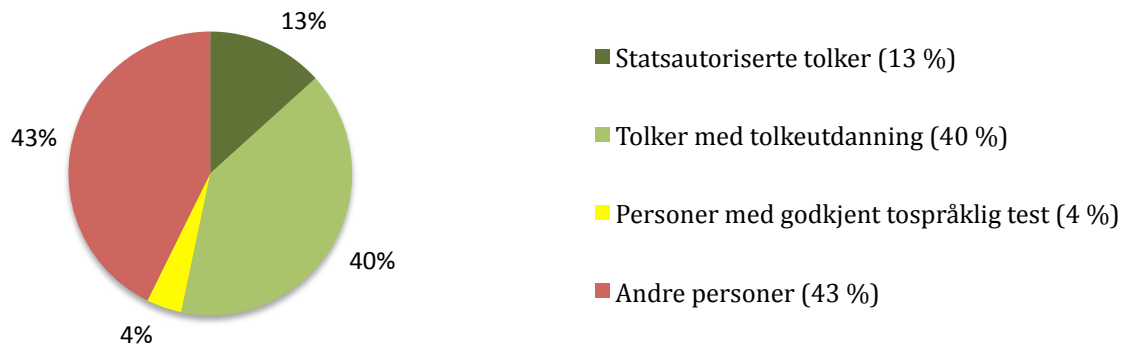
Oslo kommune har en egen kommunal tolketjeneste, som i all hovedsak formidler tolker til kommunale brukersteder. I 2011 hadde tolketjenesten totalt 19 210 tolkeoppdrag på 42 språk, og oppdragene ble utført av personer med følgende kvalifikasjoner:



Status ved Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet sykehus

Lovisenberg diakonale sykehus har bygget opp en intern oppdragsformidling av tolkeoppdrag, hvor de kjøper tolketjenester direkte fra tolker på oppdragsbasis. Lovisenberg formidler gjennom sitt system også tolker til oppdrag ved Diakonhjemmet. I 2011 formidlet denne interne

oppdragsformidlingen totalt 3 600 tolkeoppdrag på 54 språk, og oppdragene ble utført av personer med følgende kvalifikasjoner:



Innspill fra tolker om tolking i helsesektoren i dag

I forbindelse med Likeverdsprosjektets kartleggingsarbeid ble et antall tolker invitert til et møte for å drøfte aktuelle tema. Om tolking i helsesektoren i dag, står følgende i møtereferatet:

”Generelt oppfattet tolkene helsevesenet som en lite konkurransedyktig arbeidsplass i dag. Årsaken ligger i lave timesatser og kort varighet på oppdragene. Avlysningsreglene er urimelige. Det er mye avlysninger og mye administrativt rot. Dårlig informasjon om oppdragets tema i forkant, dårlig grunnlag for faglige/språklige forberedelser. Mange kommunikasjonsledd mellom tolkebrukeren (legen for eksempel) og tolken vanskeliggjør forberedelser og forringer kvaliteten på tolkingen: Lege sier fra til bestiller, som sender bestilling, som mottas av formidlingsbyrå, som gis videre til Booker, som forespør tolker – og et så stort antall ledd er utfordrende for informasjonsutvekslingen. Hvis tolken spør hva oppdraget går ut på, må Booker kontakte bestiller på sykehuset, som igjen må få klarhet i dette og formidle svar til Booker, som igjen må gi beskjed til tolken, som deretter tar stilling til forespørselen. Tolkebrukere i helsevesenet har for dårlig opplæring, og det er for lite bevissthet om tolkens ansvarsområde og yrkesetikk. Kvalifiserte tolker brukes i liten grad, og dette vanskeliggjør samarbeidsforholdene mellom tolker og helsepersonell på grunn av mangel på tillitt til tolkenes profesjonalitet. Det er for lite tilbud om kontekstspesifikke kurs og seminarer for tolker” (Likeverdsprosjektet 2012: 2).

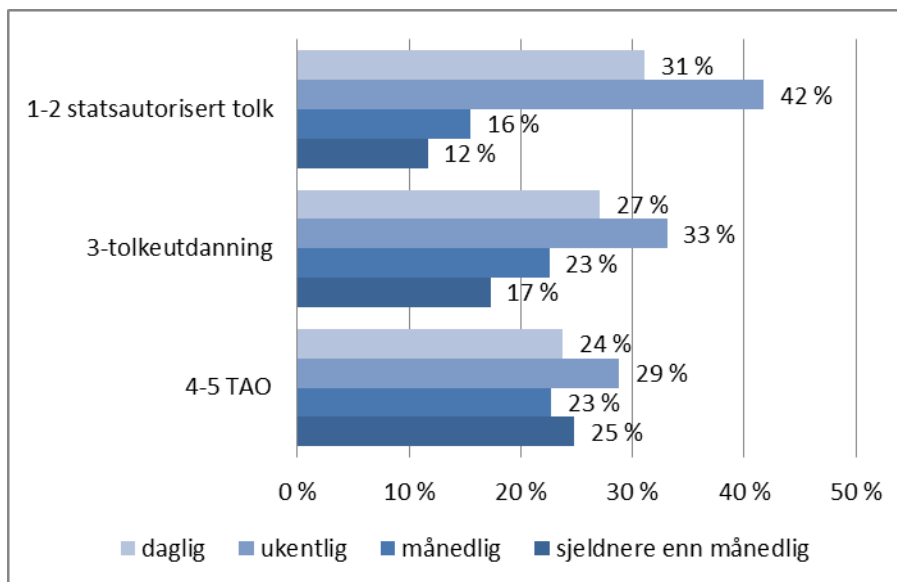
Er det grunn til bekymring?

Når det gjelder OUS, Ahus og Sunnaas er det ikke samsvar mellom avtalt kvalitet og den kvaliteten som faktisk leveres av formidlingsbyrået, og det hører til sjeldenhetene at tolkeoppdrag utføres av tolker kvalifisert til oppføring i Nasjonalt tolkeregister. Ved Lovisenberg og Diakonhjemmet og i Oslo kommune er kvaliteten betraktelig bedre. Samtidig utføres også her over 40% av tolkeoppdragene av personer som ikke har statsautorisasjon, tolkeutdanning eller godkjent tospråklig test. Det vil si at disse også har et betydelig forbedringspotensial.

Kan det bli bedre?

Det neste spørsmålet blir da om det er mulig å få noe bedre enn dette. Når det gjelder OUS, Ahus og Sunnaas må svaret utvilsomt være ja, ettersom kvaliteten ved Lovisenberg og i Oslo kommune er relativt mye høyere uten at organiseringen og betingelsene er radikalt annerledes. Helseøkonom og lege Tommy Valio skriver i sin rapport om tolking i helsetjenesten at Lovisenberg er en av få aktører som har satt rekruttering av tolker og kvalitetssikring av tolketjenester i system (2009: 31). Samtidig viser tall fra Utlendingsdirektoratet (Linnestad og Buzungu 2012: 13-15) at enda bedre kvalitet er mulig. Analysene av kvaliteten i tolkingen ved Lovisenberg og Oslo kommune viser videre at de to modellene har hver sine styrker og svakheter, som gir seg ulike utslag på ulike språk (2012: 16-19). Dette er også et nyttig funn i forbindelse med videre arbeid med forbedringer.

Som et utgangspunkt er det også viktig å vite om det virkelig finnes kvalifiserte tolker som ønsker arbeid i helsevesenet. Det hjelper ikke med endret organisering og økte honorarsatser om ikke dette er på plass. IMDi gjorde i mai/juni 2012 en undersøkelse blant de registrerte i Nasjonalt tolkeregister (jf. Lunner 2012). Innen 4. juni 2012 hadde 582 personer besvart undersøkelsen³. Av disse svarte 74,4 % at de ønsker flere oppdrag, mens 25,6 % oppga at ikke ønsker flere oppdrag. Dette kan tolkes som at flesteparten har kapasitet til å påta seg flere oppdrag enn de har i dag. Vi kan også få et bilde av hvor mye ”ledig kapasitet” som finnes ved å se på hva respondentene sier om hvor mye de tolker nå:



Av dette søylediagrammet⁴ leser vi at kun 31 % av de statsautoriserte tolkene og 27 % av tolkene med tolkeutdanning i dag tolker daglig. Over to tredjedeler av dem ser dermed ut til å ha ledig kapasitet til å tolke mer enn de gjør i dag.

Av respondentene svarte videre 56,1 % at de har 'ingen' (23 %) eller 'få' (33,1 %) oppdrag i helsesektoren. På spørsmål om dette er fordi de selv ikke ønsker oppdrag der, eller fordi de ikke får tilbud om oppdrag, svarte

flesteparten (73,5 %) at de ikke får tilbud om oppdrag der. Blant dem som ikke ønsker oppdrag i helsesektoren, var grunnen som ble oppgitt flest ganger 'dårlig betalt' (82,3 %). Derav er det grunn til å anta at det finnes mange godt kvalifiserte tolker som ønsker å arbeide i helsesektoren dersom rammebetingelsene er hensiktsmessige.

³ 1071 personer som hadde fått tilsendt undersøkelsen.

⁴ Gjengitt med tillatelse fra IMDi. Prosentene avrundet, avviker av den grunn noe fra sum 100% i hver kvalifikasjonskategori. Nederste søyler, "4-5 TAO", er respondenter registrert i kategori 4 og 5 i Nasjonalt tolkeregister, personer med dokumentert tospråklig kompetanse og gjennomført kurs i tolkens ansvarsområde (TAO).

Vi vil nå først se nærmere på fire hovedutfordringer for store offentlige tolkebrukere (som helseforetak, andre helseinstitusjoner samt kommuner) samt hvilke kritiske suksessfaktorer som er knyttet til hver av disse utfordringene.

3. utfordringer og suksesskriterier

Opp gjennom årene har det blitt skrevet mye om tolking i Norge generelt, og tolking i helsevesenet spesielt. I de fleste avisartikler, rapporter, utredninger og studier har det blitt gitt uttrykk for bekymring knyttet til kvalitet i tolkingen. Når man ser på dette i et tjueårsperspektiv, fra 1990 til i dag, kan man noen ganger få inntrykk av at lite har blitt bedre. Det stemmer ikke. Tolkefeltet i Norge står i en helt annen og mye sterkere stilling i dag enn for tjue år siden:

1. Institusjoner som trenger tolk, trenger ikke lenger drive språktesting av potensielle tolker selv.
2. Institusjoner som trenger tolk, trenger ikke drive tolkeutdanning selv.
3. Det er nok tolker på de aller fleste språk – utfordringen for institusjoner ligger i rekrutteringen.

Testing og utdanning av tolker er svært krevende, og det medfører store besparelser for offentlige tolkebrukere, for eksempel i helsevesenet, at andre nå tar ansvar for dette. Ansvar for utdanning og autorisasjon ligger hos utdanningsinstitusjonene, og helseinstitusjoner kan melde eventuelle behov til disse. Tolkeutdanningen dekker alle språk med stor oppdragsmengde (jf. Linnestad og Buzungu 2012: 11).

God tolking lønner seg

God kommunikasjon lønner seg. For å få til god kommunikasjon med minoritetsspråklige pasienter/pårørende/brukere er det helt nødvendig med god tolking. Den beste sikkerheten for at man får god tolking er at det er godt kvalifiserte tolker som utfører tolkingen. God tolking fører (jf. Indseth 2012) til kortere sykehusopphold og færre reinnleggelser. Forskning har også dokumentert at bruk av godt kvalifiserte tolker med minimum 100 timer tolkeutdanning fører til færre feil i pasientbehandlingen (jf. Flores et al 2012). Helsepersonell kommuniserer mer effektivt med pasienter med begrensede norskkunnskaper ved tilgang til god tolk, og kan således bruke mer av sin arbeidstid på andre oppgaver. Tilgang til god tolking har også flere andre konsekvenser som er gunstige både med henblikk på økonomi og pasientsikkerhet (jf. bl.a. Flores et al 2012 og Karliner 2007). Bruk av tolk er ikke bare bra for pasientsikkerheten, det kan også være en god investering for helsetjenestene (jf. Lindholm et al 2012 i Indseth 2012). IMDi skriver om dette: ”Økte krav til kvalifikasjoner hos tolkene, vil også føre til høyere utgifter til tolking (...) I tilfeller hvor satser for avlønningen av tolker [i dag] er såpass lave at det er vanskelig å skaffe tolk med dokumenterte kvalifikasjoner, vil en økning av budsjett til tolkeutgifter være nødvendig for å øke tilgangen til kvalifisert tolk” (IMDi 2009: 38).

Mange fagpersoner som bruker tolk i sitt arbeid sier at det tar mye ekstra tid med tolk (jf. bla. OUS 2012). Egentlig er dette å snu situasjonen på hodet. Det som tar tid er å ha en samtale med noen man ikke har et felles språk med. Kommunikasjon med pasienter, klienter, brukere og pårørende som ikke snakker norsk, tar det tid. Men det som virkelig tar tid, og er frustrerende og utilfredsstillende for fagpersoner, er å prøve sitt beste, med armer og bein, og enkeltord på norsk og ulike andre språk, for å forklare noe til et menneske som de ikke har et felles språk med. Sammenlignet med dette er god tolking svært tidsbesparende, kvalitetshevende og frustrasjonsreducerende. IMDi skriver om dette:

”I forlengelsen av dette er det viktig å understreke at dårlig kommunikasjon grunnet manglende tolkebruk eller tolkens manglende kvalifikasjoner, ofte fører til misforståelser og utgjør en fare for rettssikkerheten – som igjen kan medføre økt ressursforbruk (...) En positiv

tilleggseffekt av bedre kommunikasjon med bruk av kvalifisert tolk – kan derfor være innsparte ressurser – både hos tjenesteyter og hos tjenestemottaker” (IMDi 2009: 38).

Vi vil i det følgende skissere fire av hovedutfordringene man likevel fremdeles står overfor som store offentlige tolkebrukere i Norge i dag, samt kritiske suksessfaktorer som er knyttet til disse utfordringene.

Kvalitet i tolking

Det viktigste for institusjoner, helsepersonell, pasienter og pårørende er at tolkingen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har god nok kvalitet. Som viseadministrerende direktør ved OUS Tove Strand uttalte i Dagsavisen 29. juni 2012, ”vårt mål er å være en god arbeidsplass for godt kvalifiserte og kompetente tolker, fordi dette er en kompetanse sykehuset er avhengig av, for å kunne tilby våre pasienter gode og likeverdige helsetjenester.”

Når det kommer til kvalitet er det nærliggende å tenke at dette er en avveining som må gjøres opp mot hensynet til kostnader. På spørsmål om dette svarte 65% av de spurte blant helsepersonell i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst RHF i 2009, at det de legger mest vekt på når de bestiller tolk, er tolkens formelle kvalifikasjoner. Kun 6 % svarte at de legger mest vekt på pris, mens 29 % svarte ”vet ikke” (Valio 2009: 11). Med tanke på det vi nå vet (jf. Linnestad og Buzungu 2012: 20-23) var trolig disse svarene heller et uttrykk for hvordan de ansatte mente det burde være, snarere enn hvordan det faktisk er. Få av de som tolker i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst har noen som helst formelle tolkefaglige kvalifikasjoner. Det kan dermed ikke ha blitt lagt mest vekt på tolkens kvalifikasjoner. 54 % av respondentene i undersøkelsen svarte videre at de kun benyttet statsautoriserte tolker (2009: 13), mens det i virkeligheten trolig var omkring samme nivå som i 2011, nemlig at 1 % av oppdragene ble utført av statsautoriserte tolker. Dette er signaler fra de ansatte som det er viktig å ta på alvor; helsepersonell i hovedstadsområdet forutsetter at de som utfører tolkeoppdragene har formelle kvalifikasjoner.

Den kritiske suksessfaktoren for å oppnå god kvalitet i tolking, er å ha godt kvalifiserte tolker som utfører tolkeoppdragene. I tillegg er det viktig med en god infrastruktur og organisering, rekrutteringsrutiner, veiledningssystemer og evalueringssystemer over tid.

Organisering av tolking

For å være en attraktiv arbeidsplass for kvalifiserte tolker er det nødvendig å tilby arbeidsbetingelser som er av interesse for disse. Helsevesenet konkurrerer her mot blant annet utlendingsforvaltningen og justissektoren, som har betydelig høyere timesatser. Et alternativ til å tilby samme timesatser, er å sikre et større volum og mer forutsigbar oppdragsmengde enn disse sektorene kan tilby.

De kritiske suksessfaktorene for å oppnå god organisering av tolking, er å finne mekanismer som sikrer at man kan utnytte tolkenes tid godt. Slik vil man kunne tilby konkurransedyktige betingelser uten at det medfører store kostnader for helsevesenet.

Underforbruk av tolking

Det brukes for lite tolk i helsevesenet i dag (jf. bl.a. Le 2011). Dette skyldes trolig delvis dårlige erfaringer med tolker (jf. Valio 2009: 37), samt hensyn til de enkelte enheter/avdelingers økonomi (jf. Le 2011). I tillegg er helsepersonells kunnskap om viktigheten av bruk av tolk et viktig moment.

De kritiske suksessfaktorene for å få bukt med underforbruket av tolking er å sikre helsepersonell tolking av god kvalitet, og at helsepersonell opplever tolking som noe som forbedrer og forenkler deres arbeidshverdag heller enn det motsatte. I tillegg er det ønskelig at tolking ikke belastes de enkelte enheter/avdelingers budsjetter. Det er videre nødvendig med hensiktsmessige løsninger slik at helsepersonell raskt identifiserer/avklarer behov for tolk, og på en enkel og god måte får bestilt tolk ved behov.

Kontinuitet i tjenestetilbudet

Kontinuitet i tjenestetilbudet er en nøkkelforutsetning for å få god tolking i helsevesenet. Det er ønskelig at helsepersonell ikke stadig må forholde seg til nye måter å bestille tolk. Det er ønskelig at det er de samme tolkene som arbeider i helsevesenet over tid, og således opparbeider seg spisskompetanse i medisinsk terminologi og kontekstkunnskap. Hensynet til smittevern er også viktig (jf. Lingaas 2012) og gjør at det er en fordel om hovedmengden av tolkeoppdragene kan dekkes av et ikke for stort antall tolker. Det er videre ønskelig at teknisk utstyr som anskaffes (for eksempel utstyr til fjerntolking) ikke blir gjenstand for unødvendige utskiftninger.

De kritiske suksessfaktorene for å få en kontinuitet i tjenestetilbudet er at helseinstitusjonene selv i størst mulig grad kontrollerer infrastruktur (program for bestilling av tolk, utstyr for skjermtolking/telefontolking, m.v.) samt at helseinstitusjonene opparbeider seg en lojalitet hos tolkene slik at disse ser på helsevesenet som en attraktiv arbeidsplass og strekker seg langt for å stille opp ved behov.

Nærmere drøfting av to modeller

Vi vil i det følgende drøfte hvordan et system for tolkebestilling i egenregi kan se ut, (kapittel 4). Deretter vil vi gjøre rede for hvordan anbudsavtaler eventuelt bør utformes dersom helseinstitusjoner skulle ha ønske om å inngå slike fremfor å ha egenregi på tolkebestilling (kapittel 5).

Mens man leser om de to modellene, er det nødvendig hele tiden å ha i mente at dersom noen institusjoner skulle ta grep i tråd med anbefalingene i denne rapporten, mens andre skulle velge å stå utenfor, vil endringene ha store konsekvenser for de som står utenfor. Man må se helhetlig på hovedstadsområdets behov for tolk når man planlegger for fremtiden. Dersom for eksempel OUS og Ahus skulle velge å ta store grep for å få bedre tilgang til kvalifiserte tolker, vil Oslo kommunes tilgang til kvalifiserte tolker bli dårligere dersom de skulle velge å stå utenfor, med mindre de samtidig bedrer tolkenes arbeidsbetingelser tilsvarende.

4. ”Tolkesentralen” – tolkebestilling i egen regi

Analysene av kvaliteten på tolkingen (jf. Linnestad og Buzungu 2012) viser at man oppnår best kvalitet ved å ha egenregi på ”koblingen” mellom tolker og tolkeoppdrag. Analysene viser også at det er stordriftsfordeler med å ha stor oppdragsmengde. Det er også andre fordeler med at institusjonene selv har kontroll på bestillingen av tolk, blant annet har man da mulighet til å optimalisere organiseringen slik at man kan utnytte tolkenes arbeidskapasitet på en mest mulig ressursøkonomisk gunstig måte. Dette har også vært erfaringen i andre sektorer, blant annet i domstolene: ”Selv om det nok er bekvemt å ringe et byrå som påtar seg jobben med å skaffe tolk, viser erfaring at man da ofte ender med tolker fra laveste kvalifikasjonsgruppe, hvilket er et stort rettssikkerhetsproblem” (Mathisen 2011: 41).

I det følgende beskrives en tenkt modell hvor Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune sammen oppretter en enhet som skal sørge for at helsevesenet i hovedstadsområdet har tolk på de språk hvor det trengs, når det trengs. I denne rapporten har vi kalt enheten ”Tolkesentralen”. Dette fordrer en grunnleggende endring i hvordan man tenker i forhold til tolk, at man som offentlige tolkebrukere selv tar ansvar for å kunne få tak i tolker når man trenger det, og at man lager hensiktsmessige logistikkløsninger. Det er selvsagt også mulig å tenke seg at det enkelte helseforetak, sykehus eller den enkelte kommune oppretter en egen ”Tolkesentral”, naturlig nok da med mindre oppdragsvolum. Juridiske vurderinger av den foreslåtte ”Tolkesentralen” er utført av Helse Sør-Øst RHF (jf. Haugseter 2012). Kostnadsanalyser er utført av Deloitte (jf. Davidsen 2012). Disse er unntatt offentlighet, jf. Offentlighetsloven §§ 14 og 15.

Tolkesentralen

Hva kan ”Tolkesentralen” gjøre for helsevesenet i hovedstadsområdet?

- Utarbeide analyser av oppdragsmengden på ulike tolkespråk
- Rekruttere kvalifiserte tolker
- Ta i mot tolkebestillinger fra avdelinger/enheter som trenger tolk
- Fordele oppdrag til tolker, samt annen personal/administrativ oppfølging av tilknyttede tolker
- Drifte callsenter for fjerntolking via skjerm og telefon
- Kursvirksomhet: opplæring i ”bruk av tolk” for ansatte, tolkeetikk, og terminologikurs for tolker
- Evaluering av tolkeoppdrag: helsepersonell, tolker og minoritetsspråklige blir hørt
- Inngå samarbeidsavtaler med andre helseforetak og kommuner

Det optimale hadde vært om Tolkesentralen kunne ligge sentralt plassert i Oslo, på et sted med praktisk beliggenhet i forhold til de største brukerstedene og tilgjengelig kollektivtransport.

Sentralens lokaler bør inneholde følgende:

- Et callsenter for fjerntolking, med ”stasjoner” hvor tolker kan tolke via skjerm og telefon
- Kontorer til ledelse og ansatte i administrasjonen
- Et terminologisenter/bibliotek hvor tolker kan arbeide med forberedelser til oppdrag
- Kombinert seminar-/møterom og pauserom

Bestilling av tolk fra Tolkesentralen

Tolkesentralen bør avtale arbeidsdager med tolker i god tid på forhånd, på språk hvor det er en stor og stabil mengde tolkeoppdrag. Dette vil sikre at Tolkesentralen kan yte svært god service tilpasset behov i sykehus og kommune, noe som er viktig for å hindre underforbruk av tolk. Når man allerede har bestilt tolker, kan man fritt fylle opp arbeidsdagene til disse tolkene med tolkeoppdrag, ved at Tolkesentralen har en onlinekalender hvor hver enkelt ansatt ved enheter og avdelinger i Oslo kommune og helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst RHF kan søke på språk. Hvis de da søker på ”somal” får de opp en kalender som viser ledige tider på somalitolkene i ukene fremover. De vil da få muligheten til å velge en av disse ledige timene, og legge inn en ”bestilling” hvis det passer enhetens/avdelingens behov. Dersom de ikke finner en time som passer, sender de en ”forespørsel” til Tolkesentralen hvor de angir behovet. Bestilleren skal så snart som mulig få en tilbakemelding, for eksempel på e-post eller sms, fra Tolkesentralen. På språk med lite tolkebehov, vil alle oppdrag løses ved at det sendes ”forespørsel” til Tolkesentralen. Dette er en logistikk-løsning som er tilpasset både institusjonene og etatene i Oslo kommune og helseforetakene/sykehusene i Helse Sør-Øst RHF, og det ivaretar behovene både i planlagte og akutte tilfeller. Det vil alltid være en del avlysninger i siste liten, og et slikt system er optimalt for å kunne fylle avlyste oppdrag med akutte oppdrag på kort varsel som ”erstatningsoppdrag”. La oss se på et eksempel⁵: kalenderen til en kvinnelig tolk på somali med id-nummer 037, som skal tolke for Tolkesentralen tre dager en tenkt uke:

Tolkesentralen SOMALI (037 kvinne)				ma. 17. sep – sø. 23. sep 2012 (Oslo)		
	ma. 17.9	ti. 18.9	on. 19.9	to. 20.9	fr. 21.9	sø. 23.9
06:00						
07:00						
08:00			Lovisenberg DPS terapi (fremmøte) 08:00 - 10:00	ikke tilgjengelig 08:00 - 16:00	ikke tilgjengelig 08:00 - 16:00	
09:00	Geriatrisk poliklinikk Lovisenberg (fremmøte) 08:30 - 10:30					
10:00		NAV Sagene (skjerm) 10:00 - 11:00	Grünerløkka barnevern (skjerm) 10:00 - 11:00			
11:00	NAV Østensjø (skjerm) 11:00 - 12:00					
12:00			Tåsenklinikken (skjerm) 12:00 - 13:00			
13:00	Grünerløkka barnevern (skjerm) 13:00 - 14:00					
14:00	Ortopedisk poliklinikk (skjerm) 14:00 - 15:00	Radiumhospitalet (fremmøte) 14:00 - 16:00	Føde/gyn (fremmøte) 14:00 - 15:00			
15:00			Føde/gyn (fremmøte) 15:00 - 16:00			
16:00						
17:00						

⁵ Konkret utforming av kalender vil naturlig nok komme på et mye senere tidspunkt. Det er ikke sikkert at det skal vises i kalenderen (for helsepersonellet) hvor tolken har oppdrag. Det kan også være fint om tolkens kvalifikasjoner er synlige.

Vi tenker oss at sykepleier Caroline får akutt inn en pasient som snakker somali midt på dagen på mandag denne uka. Hun går inn i Tolkesentralens kalender, og ser på tilgjengeligheten på de ulike somalitolkene denne uka, og får opp vår tolk. Caroline legger inn en bestilling på en kort skjermtolking samme dag, mandag kl 15-1530, til en kort inntakssamtale. I tillegg legger Caroline inn en bestilling på en lengre fremmøtetolking neste dag, tirsdag kl 830-930. 5 minutter etter at hun har lagt inn bestillingen, får Caroline en bekreftelse på e-post og sms, og da er begge oppdragene i boks.

Mandag ettermiddag får Ivan, som er saksbehandler på NAV Østensjø, en somalisk kvinne til sitt kontor. Hun ønsker hjelp i forbindelse med søknad om overgangsstønad. Etter en kort stund tenker Ivan at kommunikasjonen ikke går så greit i forhold til språket, og han bestemmer seg for å sjekke om det kunne vært mulig å få tak i en tolk. Han ser på kalenderen til somalitolkene, og ser at vår tolk har ledig tid midt på dagen neste dag. Han spør klienten om hun kan komme tilbake da, slik at de kan forstå hverandre bedre med tolk. Klienten sier at det går fint. Ivan sender en bestilling, skjermtolking tirsdag kl 11, og 5 minutter senere får han en bekreftelse, og gir klienten beskjed.

La oss nå se på et eksempel på hvordan en ”forespørsel” (på et lite brukt tolkespråk) kan se ut:

Kontaktperson

Kontaktperson	<input type="text" value="Jordmor Annette"/>
Firma	<input type="text" value="Ullevål, føde B"/>
Telefon	<input type="text" value="22669988"/>
E-post	<input type="text" value="Annette@ous.no"/>

Informasjon om tolkeoppdraget

Oppmøtested	<input type="text" value="Ullevål sykehus, føde B"/>
Type oppdrag	<input type="text" value="Oppmøtetolking"/>
Språk / dialekt	<input type="text" value="swahili (Kongo)"/>
Dato	<input type="text" value="uke 39"/>
Fra kl.	<input type="text"/>
Emne for tolking og annen viktig informasjon	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"><p>Tolking i svangerskapskontroll.</p><p>Mandag etter 12, tirsdag før 14 eller torsdag mellom 10 og 18 hadde vært best. Hvis ikke, ring så finner vi annen tid.</p></div>

Jordmor Annette ved fødeavdeling B på Oslo universitetssykehus Ullevål skal ha svangerskapsoppfølging med en kvinne som snakker swahili. Det er et lite brukt tolkespråk, og det er ingen ”åpne” dager på swahili i kalenderen når jordmor Annette sjekker. Hun sender da en ”forespørsel” til Tolkesentralen, hvor hun angir når hun trenger tolk, gjerne med noen alternative tidspunkter.

Swahili er et lite brukt språk. Når Tolkesentralen får inn denne forespørselen, sender de en sms til en av de tre swahilitolkene som er tilknyttet sentralen: ”Hei. Tolke svangerskapskontroll uke 39, mandag etter 12, tirsdag før 14 eller torsdag mellom 10 og 18? Hilsen Tolkesentralen v/Ali”. En halvtime senere kommer svar fra swahilitolken: ”Hei Ali. Det gjør jeg gjerne. Mandag kl 14 passer best”.

Tolkesentralen legger da inn oppdraget i systemet, og det sendes automatisk en bekreftelse på e-post og sms

til jordmor Annette: ”Tolk swahili mandag 24.9 kl 14-15 bekreftet, Ullevål, føde B. Hilsen Tolkesentralen v/Ali”. Annette sender da innkalling til den gravide kvinnen på vanlig måte.

Organisering før, nå og i fremtiden

Man har lenge vært klar over de strukturelle utfordringene som har fulgt av den uhensiktsmessige organiseringen av tolkenes arbeidsforhold i Norge. Det Sturla Falck skrev om dette i 1987 er fremdeles treffende i dag: ”Arbeidsmengden hos politiet og i retten er ikke stor nok på de enkelte

språk til at den kan sysselsette tolkene på fulltid. Enkelte kan få oppdrag hver dag, andre en gang i uken og noen meget sjeldnere. Å sitte hjemme og vente på en timebetalt tolkejobb, er for de fleste en umulig måte å livnære seg på. Som timebetalt deltidsyrke er tolkenes lønn avhengig av flere forhold: Timelønnsatsen, ubetalt ”dødtid”, antall oppdrag og muligheten til å påta seg oppdragene” (1987: 18). En tolk som ble intervjuet av Falck sa følgende om dette: ”Hos politiet og i retten er det godt betalt. Men har du et oppdrag der i 1 time, så er denne dagen ødelagt. Det er ofte så mye reising eller ventetid” (1987: 18). Med dette skulle man kanskje tro at løsningen ville være å kombinere tolkeyrket med annet arbeid, men Sturla Falck fant at dette ofte ikke lot seg gjøre på en hensiktsmessig måte: ”Det er ikke alltid like enkelt å kombinere et annet yrke med å være tolk ... Tidsfristen tolkene får er så kort at de av og til må si nei [til tolkeoppdrag]” (1987: 18).

I dag er det sjelden at en tolk kan ha mer enn 3-4 oppdrag i helsevesenet per dag (jf. Likeverdsprosjektet 2012), selv på de største språkene, og selv med en del telefontolking innimellom, på grunn av manglende overordnet planlegging/koordinering. For å få tilgang til kvalifiserte tolker dersom dagens organisering ble videreført, ville det altså måttet medføre en substansiell økning i honorarsatsene per oppdrag. Ressursutnyttelsen (med tanke på de kvalifiserte tolkenes arbeidstid) vil også bli mye dårligere, ettersom de vil kunne utføre færre oppdrag per dag.

En tolk ved tolketjenesten i Oslo kommune, som i 1984 hadde timebetalt for tolkeoppdrag, men med garantert inntekt tre dager i uken, sa følgende om dette: ”Politiet trenger ikke så ofte tolk. Der er ikke så mange oppdrag. På mange måter er det sikrere å være tolk her i Tolketjenesten. Her har vi en minstebetaling, så vi har på en måte en garanti. Samtidig er det mer jevnt her, så på sikt er det alltid best å være her. Hvis en får fast ansettelse, blir det lavere lønn, men mer sikkert. Derfor er det bedre. Vi kommer bl.a. inn under pensjons- og syketrygdordningen” (Falck 1987: 17). Slik er det nok også mange tolker som vil resonnerer i 2012. Med andre ord, helse- og sosialsektoren kan være *konkurransedyktig på stabilitet og forutsigbarhet*, heller enn å satse alt på å være konkurransedyktige på timesats (slik utlendingsforvaltningen og justissektoren er avhengige av på grunn av at det der er så lite stabilitet og forutsigbarhet i oppdragsmengden).

Med god organisering og gode logistikk-løsninger, som beskrevet her, kan man tenke seg at det blir innarbeidet en praksis hvor oppdrag med fremmøtetolking i kommunen og på sykehusene ble lagt til begynnelsen og/eller slutten av arbeidsdagen, og at tolker oftest mulig kunne ha fjerntolkingsoppdrag fra Tolkesentralens callsenter midt på dagen⁶. På de største språkene kunne man ha flere tolker på jobb hver dag, mens det på mindre språk kan være aktuelt med tolk for eksempel en fast dag i uka og ellers enkeltoppdrag ved behov. Dette forutsette endringer internt i sykehusene og kommunen, slik at oppdrag hvor man kan ta slike hensyn, bookes når tolkene har ledig tid, ”akkurat slik vi gjør med andre spesialister”, som en ansatt ved OUS foreslo (OUS 2011).

Differensiering av honorar etter kvalifikasjoner

Vi anbefaler å differensiere honorarene etter tolkenes kvalifikasjoner, og operere med følgende tre titler (stillingsbetegnelser):

- Statsautorisert tolk (med bevilling)

⁶ For å ivareta kvalitet i tolkingen er det nødvendig at tolkene har en kort pause mellom hvert oppdrag.

- Tolk (med tolkeutdanning fra universitet/høgskole)
- Personer med tospråklig kompetanse (fortrinnsvis med ToSPoT på språk hvor det finnes)

Dersom man velger (som stadig flere offentlige etater gjør) å ha differensierte satser etter tolkenes kvalifikasjoner, har dette særlig to positive følger: For det første blir det lettere å rekruttere statsautoriserte tolker og tolker med tolkeutdanning til tolkeoppdragene, da disse har flest ”konkurrerende tilbud” fra andre sektorer. For det andre motiverer det potensielle tolker til å søke å skaffe seg slike kvalifikasjoner, særlig på de språkene hvor oppdragsmengden i dag er så stor at personer uten slike kvalifikasjoner også får tilbud om tolkeoppdrag⁷.

Frilans oppdragsavtaler og betingelser

Tolkesentralen bør inngå frilans oppdragsavtaler hvor det avtales honorarsatser for *heldagsarbeid* og honorarsatser for *halvdags-/enkeltoppdrag*. Det vil være en fordel om disse honorarene i så stor grad som mulig er standardiserte, slik at man forenkler merkantile rutiner knyttet til utbetaling av honorar. Når det gjelder hvilket nivå honorar bør være på, skrive IMDi: ”Tolker som tar oppdrag for politiet og domstolene avlønnes med 4/5 av advokatsalær” (2008: 7). Dette er 740 kr per time i 2012. ”Offentlig sektor for øvrig er ikke bundet av samme regelverk. For å kunne konkurrere om tolker med autorisasjon og utdanning, kan det imidlertid være hensiktsmessig å basere seg på tilsvarende priser” (IMDi 2008: 7).

Å følge denne anbefalingen ville medført store kostnader for helsevesenet, samtidig som det ikke nødvendigvis ville føre til at man når alle ønskede mål. For eksempel vil det være ønskelig å kunne bruke tolker til akuttoppdrag dersom planlagte oppdrag avlyses. Man bør derfor heller satse på et system hvor timesatsen er noe lavere, men at tolkene får betalt for hele den avtalte tiden mot at de da er disponible for akutte oppdrag. Vårt forslag er altså at man, i stedet for å konkurrere på timesats, legger opp til å bedre de øvrige arbeidsbetingelsene (oppdragenes varighet, honorar ved avlysning, m.v), for således likevel å være konkurransedyktige. Vårt forslag er følgende:

- Hel dag (8 timer): 2400-3600⁸ kr avhengig av tolkens kvalifikasjoner. Tolken får ikke betalt reisetid⁹. Forberedelser til tolkeoppdragene er inkludert i arbeidstiden. I løpet av arbeidsdagen skal det settes av tilstrekkelig tid til forberedelser, pauser og forflytning mellom oppdragssteder ved fremmøtetolking.

⁷ Med denne interne Tolkesentralen har man selv full kontroll med tolkenes kvalifikasjoner, og man kan ha differensierte satser etter tolkenes kvalifikasjoner uten at det vil være nødvendig med nøye kontroll av samsvar mellom tolkens kvalifikasjoner og fakturert beløp, ettersom dette vil reguleres automatisk av det interne lønssystemet. Dette er problematisk ved slik differensiering innenfor en avtale med et eksternt formidlingsbyrå. Dersom man velger dette, er det samtidig nødvendig å sikre at ikke dette fører til en praksis hvor avdelinger kan velge ”billigtolk” for å spare penger. Man kan for eksempel tenke seg at Tolkesentralen har en fast praksis hvor de alltid prioriterer de best kvalifiserte tolkene først ved forespørsler om oppdrag, samt at tolking finansieres av en sentral budsjettpost på hvert sykehus og i hver kommune slik at de enkelte enheter/avdelinger ikke har noe å spare på å ønske seg tolk med lavere honorarsats fremfor de best kvalifiserte.

⁸ Statsautoriserte tolker 3600 kr, tolker med tolkeutdanning 3000 kr, øvrige personer 2400 kr.

⁹ Det kan i tillegg vurderes å honorere særskilt for reisetid dersom det på visse språk ikke finnes tolker med ønskede kvalifikasjoner i nærområdet til Tolkesentralen.

- Halv dag (inntil 4 timer): 1200-1800 kr avhengig av tolkens kvalifikasjoner. Inkludert i denne tiden skal være tolkens reisetid og forberedelsestid i tillegg til selve den tiden som settes av til tolkeoppdraget. Minstetid for et enkelt tolkeoppdrag må derfor utgjøre en halv dag.

Dette systemet vil føre til økte kostnader per oppdrag på små språk med få oppdrag, og reduserte kostnader per oppdrag på store språk med mange oppdrag¹⁰. Basert på det vi vet om honorarnivået i markedet i dag¹¹, vil slike honorarer på de fleste språk være konkurransedyktige nok til at man vil kunne få godt kvalifiserte tolker med statsautorisasjon og/eller tolkeutdanning til de fleste tolkeoppdrag. Våre estimater er at man med disse honorarene vil kunne få statsautoriserte tolker til 20% av tolkeoppdragene, tolker med tolkeutdanning til 60% av tolkeoppdragene, og andre tospråklige personer til 20% av tolkeoppdragene. På sikt vil det også kunne være aktuelt å vurdere andre typer ansettelser av tolker på store språk, for eksempel i faste eller midlertidige heltids- og deltidsstillinger, engasjement, åremål, mv.

Det vil trolig ikke være nødvendig å differensiere honorarene etter arbeidstid, men dette er noe som eventuelt kan vurderes på sikt dersom det viser seg å være vanskelig å få tilgang til kvalifiserte tolker på kveld, helg og natt. I konkurrerende sektorer er det vanligvis ikke slik differensiering.

Antall tolker på ulike språk

Det er viktig å ”holde varme” litt flere tolker enn det man til enhver tid trenger på hvert språk, i tilfelle oppdragsmengden skulle øke i fremtiden. I tillegg er det ønskelig at tolkene får mulighet til å ”holde varme” flere oppdragsgivere (for eksempel politiet, domstolene og UDI), i tilfelle oppdragsmengden i helsevesenet skulle bli mindre. Optimalt er det kanskje om hver tolk på de største språkene har maksimalt 2-3 dager i uka på Tolkesentralen. Slik vil Tolkesentralen bedre sikkerhet i forbindelse med sykdom hos tolkene. Man booker med andre ord inn tolken først, og fyller deretter opp med oppdrag. Dersom tolken avlyser, finner man en annen tolk som overtar hele dagen. Det gjør man lettest dersom det er et visst antall tolker på hvert språk som har et tilknytningsforhold og en lojalitet til Tolkesentralen.

På språk hvor det bare vil være snakk om enkeltoppdrag og sjelden heldagsoppdrag, såkalte ”små språk” vil det være mer krevende å bli en attraktiv arbeidsplass for kvalifiserte tolker. Hvorfor skal noen ville tolke på ”Tolkesentralen” hvis det bare er snakk om en gang i måneden? Spesielt hvis det innebærer å si nei til andre tolkeoppdrag eller å ta seg fri fra en annen fast jobb?

Hvis man definerer ”små språk” som språk med under 300 oppdrag i året¹², var det 61 språk i helsevesenet i hovedstadsområdet i 2011. De 2291 oppdragene på disse 61 språkene utgjorde 5,4 % av tolkeoppdragene dette året (Linnestad og Buzungu 2012: 6). Det sier seg selv at det er krevende å rekruttere kvalifiserte tolker når man har en så liten oppdragsmengde å tilby, med i gjennomsnitt 38 oppdrag i året per språk, som trolig må fordeles på flere tolker på hvert språk for å sikre tilgjengelighet når det trengs. Uansett honorarnivå vil årsinntekten fra tolking på sykehusene på disse språkene dermed bli av marginal betydning for den enkelte tolk. Av denne grunn bør enkeltoppdrag

¹⁰ Dersom man skulle ha tolker ansatt i faste stillinger ville andre betingelser gjøre seg gjeldende.

¹¹ Nærmere redegjort for i et eget dokument.

¹² Med utgangspunkt i en total på 42 000 oppdrag årlig.

honoreres tilsvarende en halv dags arbeid. For selv om man da må ut med et relativt høyt honorar per oppdrag på slike enkeltoppdrag (for eksempel 1200-1800 kr per oppdrag som foreslått her) for å få kvalifiserte tolker til å påta seg disse, utgjør oppdragsmengden på de ”små språkene” en så forsvinnende liten del av den totale oppdragsmengden at dette vil utgjøre en liten del av de totale utgiftene til tolking. Og man vil på denne måten sikre tolking av god kvalitet på et stort antall språk.

Hvordan kunne dette se ut i praksis?

Basert på oppdragsmengden i hovedstadsområdet sett under ett¹³ i 2011 kunne man hatt følgende dekning på ukedagene i begynnelsen av 2012:

- *Somali*: 4 tolker hver dag
- *Arabisk*: 3 tolker hver dag
- *Urdu og polsk*: 2 tolker hver dag
- *Tyrkisk, vietnamesisk, farsi, russisk, sorani og tamil*: 1 tolk hver dag
- *Spansk, tigrinja, dari og bosnisk/kroatisk/serbisk*: 1 tolk tre dager i uka
- *Albansk, thai, pashto og mandarin (kinesisk)*: 1 tolk to dager i uka
- *Burmesisk, amharisk, kurmanji/badini (nordkurdisk), punjabi og fransk*: 1 tolk én dag i uka

Totalt utgjør dette 110 heldagsoppdrag i uka, som kan dekke en stor del av behovet på de 23 største språkene. Og de 23 største språkene utgjorde i 2011 som kjent 94,6 % av tolkeoppdragene ved OUS, Ahus, Sunnaas, Oslo kommunes tolketjeneste og Lovisenberg sykehus tolketjeneste. Anslagsvis kan 80% av tolkeoppdragene dekkes av tolker på disse ”heldagsoppdragene” og at man må ha tolker på ”enkeltoppdrag” i ca 20% av tolkeoppdragene.

Følger av en slik organisering

En fordel med intern regi er at man har bedre kontroll på koordineringen av oppdragene og fordelingen av oppdrag på tolker. Erfaringer fra andre land (jf. Skurtveit 2012) er at det er mange fordeler med en slik organisering. Nå kan en tolkeformidler i motsetning tjene på å spre oppdrag på flere tolker – for eksempel fordi de da kan innkreve en ”oppmøtesats” eller reisetid for hver av tolkene. Ved intern regi vil man kunne fylle opp tolkenes dager, og slik få en effektiv ressursutnyttelse. Man kan også ha systemer for å ivareta behov for kontinuitet i tjenestetilbudet med at en pasient får et begrenset antall tolker å forholde seg til i et behandlingsforløp. Videre kan man ved intern regi omprioritere tolkeressurser, slik at man for eksempel tar en godt kvalifisert tolk fra en planlagt konsultasjon over til en akutt og svært tolkefaglig krevende krisesituasjon, for eksempel en psykiatrisk akuttinnleggelse. Dette fordrer at ”Tolkesentralen” har kontroll over tolkenes oppdrag og prioriteringer i forhold til oppdragene og tolkenes kvalifikasjoner. I dag er det helt ”ferske” tolker eller andre personer som er tilgjengelige for å påta seg tolkeoppdrag på kort varsel, de erfarne og dyktige tolkene blir jo ofte booket først.

En annen fordel med å bestille tolker til hele dager, er at man kan utnytte kapasiteten til tolkene bedre, eksempelvis ved avlysninger. Dersom en pasient avbestiller en legetime på kort varsel, kan den

¹³ OUS, Ahus, Sunnaas, Lovisenberg, Diakonhjemmet og Oslo kommune

”avbestilte” tolken være tilgjengelig på Tolkesentralen¹⁴ for ”akuttoppdrag” (for eksempel skjermtolking og telefontolking) i den tiden og slik vil helsevesenet ikke måtte betale for tolking uten å få noe igjen for det. Dersom tolkenes arbeidsdag ikke blir helt full av oppdrag, kan man også i tillegg til akuttberedskap tenke seg at tolkene utfører andre arbeidsoppgaver (avhengig av den enkelte tolks kompetanse). Det kan dreie seg om terminologiarbeid i Tolkesentralens bibliotek, utarbeide faktaark med kontekstkunnskap til eget og andres bruk, eventuelt skriftlige oversettelser dersom tolken har kompetanse i skriftlig oversettelse. Når man inngår avtaler med tolker kan det være hensiktsmessig å legge vekt på om noen har slik komplementær kompetanse som kan være til nytte for institusjonene.

¹⁴ Det kan gjerne ligge som standard i oppdragsavtalene at tolkene skal være tilgjengelige for tolking på Tolkesentralen hele den avsatte tiden, slik at de er tilgjengelige for akuttoppdrag. Dette skulle ikke medføre noen ulempe for tolkene, og heller ikke noen merkostnader for Tolkesentralen.

4.1 Organisasjonsform og samarbeid

Tolkesentralen kan tenkes opprettet som et selskap eid av Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune i fellesskap. Det vil være hensiktsmessig at Tolkesentralen har et styre bestående av personer med solid tolkefaglig og helsefaglig kompetanse. Det vil være ønskelig at Tolkesentralen finansieres av eierne forholdsmessig etter hvor stor del av oppdragene som utføres for hver eier, fremfor at det faktureres for hvert enkelt oppdrag. Her vil det ligge store besparelser i å finne smidige løsninger. Dette må utredes nøye.

På sikt vil det være hensiktsmessig å tenke nasjonalt og tverrsektorielt i forbindelse med Tolkesentralen, eksempelvis ved at andre kommuner og helseforetak kan kjøpe seg inn som medeiere. I slike tilfeller vil det kunne være aktuelt å opprette ”filialer” av Tolkesentralen andre steder i landet. Det kan også være aktuelt med andre former for samarbeid. For eksempel finnes det i dag to fast ansatte tolker på nordsamisk i Helse Nord, som det vil være gunstig om ”Tolkesentralen” kunne ha en avtale om å få benytte ved behov.

Det vil særlig være hensiktsmessig å inngå slike samarbeidsavtaler i forbindelse med utbygging av tilbudet om fjerntolking via skjerm og telefon. Man kan også tenke seg på sikt at Tolkesentralen kan tilby tolkeberedskap for telefontolking for AMK-sentraler over hele landet. Dette vil da kunne medføre så mange oppdrag at man kan ha økonomi til en døgnkontinuerlig beredskap ved Tolkesentralens callsenter på for eksempel de fem største tolkespråkene. Modeller for bakvaksordninger med hjemnevakt (kveld/natt/helg) på enkelte språk kan også utredes, da med et særlig fokus på trygge telefonlinjer og ivaretagelsen av konfidensialitet og taushetsplikt. Dette er spennende muligheter som bør utredes nærmere.

4.2 Faser i oppbyggingen av Tolkesentralen

Det vil være hensiktsmessig å bygge opp Tolkesentralen gradvis, blant annet for å sikre kontinuitet i tjenestetilbudet. Hvis Tolkesentralen organiseres som et foretak, bør det, som nevnt, være styremedlemmer med tolkefaglig og helsefaglig kompetanse som følger utviklingen svært nøye. Her oppsummeres stikkordsmessig et forslag til fire faser:

Første fase: utrednings- og planleggingsfasen (høst 2012 – vår 2013)

Tolkesentralen etableres med valgt selskapsform. Utarbeide stillingsutlysninger og ansette fagpersoner i ledelse og administrasjon som skal drive Tolkesentralen. Anskaffelse av teknisk utstyr til fjertolkingsentralen (utstyr til telefontolking og skjermtolking), og uttesting av dette. Tilstrekkelig tid og ressurser bør settes av til å anskaffe/utvikle et bestillingssystem som enheter/avdelinger skal bruke for å bestille tolkeoppdrag. Et godt bestillingssystem er en forutsetning for å kunne utnytte tolkenes arbeidskapasitet godt, samt å sikre at helsepersonell og kommunalt ansatte på en sikker og god måte kan skaffe tolk når det trengs. Det vil være nødvendig med pilottesting av bestillersystem og utstyr. Etablere kontakt og inngå avtaler med tolker.

Andre fase: en forsiktig oppstart (fra sen vår/sommer 2013)

Bygge opp et tilbud som i utgangspunktet dekker de største språkene (og utvides gradvis til stadig flere språk). Først på OUS, Ahus og Sunnaas ettersom disse i dag har det mest akutte behovet for forbedring i tjenestetilbudet. Utvide til å tilby tolking også til Oslo kommune, Lovisenberg og Diakonhjemmet så snart det er hensiktsmessig og disse ønsker det, evt begrenset til noen utvalgte brukersteder i kommunen først. Ta i mot bestillinger på oppdrag, og fordele disse på tolkene. Teste ut brukervennligheten på bestillingssystemet i stor skala. Grundig satsning på opplæring av helsepersonell i kommunikasjon via tolk. Jevnlig analysearbeid, planlegging og evalueringer underveis. Evaluering kan gjerne gjennomføres internt ved Tolkesentralen regelmessig, men bør også tidvis gjennomføres av eksterne, og vil kunne gå ut på å måle dekningen av kvalifiserte tolker, bruk av tilbakemeldingsskjema, observasjon og vurdering, og evt. annet. Det skal sendes jevnlig rapporter til eierne, samt Helsedirektoratet og IMDi til orientering og for å få innspill.

Tredje fase: full drift (fra våren 2014)

Tolkesentralen dekker nå det aller meste av behovet for fremmøtetolking, telefontolking og skjermtolking på de fleste språk.

I den tredje fasen vil det kunne være aktuelt å gjennomføre kampanjer; for eksempel:

- Gratis tolking hvis du booker via vår onlinekalender (for å øke bruken av denne bestillingsmåten)
- Gratis skjermtolking (for å oppmuntre til investeringer i utstyr og gjøre brukerne komfortable med bruken av slikt utstyr)
- Gratis tolking til avdelinger som bruker lite tolk (for å få bukt med eventuelt underforbruk)
- ”Døgnvakt på somali”-uke, for å kartlegge hvor stort behovet egentlig er på kveld/natt

Det bør knyttes kontakt med forskningsmiljøer, gjerne med forskning knyttet til sentralen. Det bør forskes på blant annet helseøkonomi ved tolking, tolkefaglige spørsmål knyttet til kvalitet i tolking, tolkens rolle, terminologiutvikling på lite standardiserte språk, og annet. En mulighet er at Tolkesentralen på sikt kan bli et Nasjonalt kompetansesenter for tolking i helsevesenet, som også følger internasjonal forskning og høster læring derfra.

Fjerde fase: utvidelsen (fra våren 2015)

I fjerde fase kan man ta sikte på fullt ut å innlemme samtlige enheter i Oslo kommune og samtlige sykehus i Helse Sør-Øst RHF i Tolkesentralen. Man bør også vurdere å tilby tjenester til andre kommuner og helseforetak/ helseregioner dersom det er ønske om det. Tiltakene og kampanjene fra fase tre kan nå eventuelt gjennomføres på disse nye brukerstedene. Man kan i denne fasen vurdere å utvide virksomheten til også å dekke institusjonenes behov for skriftlige oversettelser.

5. Tolkebestilling via formidlingsbyrå (anbud)

Dersom man ikke ønsker å opprette en egen Tolkesentral, men heller ønsker å anbudsette formidlingen av tolkeoppdrag til et formidlingsbyrå slik som i dag er tilfelle ved OUS/Ahus/Sunnaas, er dette også mulig. Da må man bake inn mekanismer som sikrer at krav til kvalitet etterleves på best mulig måte. I den forbindelse vil vi dog innledningsvis understreke at dersom vi har egenregi på bestilling av tolk, så kan vi legge noen føringer for logistikken/organiseringen av oppdragene og tolkenes tid. Dette ser ikke ut til å være mulig i samme grad dersom man skal ha tolkebestilling via formidlingsbyrå (anbudsavtaler).

Dersom man velger å legge tolketjenester ut på anbud, innebærer dette i korte trekk, følgende: ”Et formidlingsbyrå kan bistå tolkebrukere med den praktiske delen ved kjøp av tolketjenester, finne fram til en tilgjengelig tolk, lage avtale med tolken, administrere lønn osv.” (IMDi 2008: 7). Dersom man velger en slik løsning er det viktig å sikre tolkefaglig kompetanse i utformingen av kunngjøringsteksten med krav og kriterier, samt å sikre tolkefaglig kompetanse i vurderingen av innkomne tilbud fra ulike tilbydere. IMDi skriver videre at: ”Ved kjøp av tolketjenester via en formidler, bør det gå fram av pristilbudet hvor stor andel som tilfaller tolken og hvor stor andel som tilfaller formidlerleddet” (2008: 7).

Å legge tolketjenester ut på anbud har blitt mer og mer vanlig i helsevesenet i Norge de senere år. Dette bringer med seg flere utfordringer. Disse utfordringene drøftes inngående av Tommy Valio i rapporten *Integrering av tolk i helsetjenesten*, hvor han skriver:

”Hovedtyngden av tolketjenester [ved sykehus] kjøpes av private formidlere. Det interessante her er hvordan formidlerne får solgt sine tjenester til brukerne, og hvordan brukerne finner de tolkeformidlerne som klarer å levere en vare av god kvalitet til en rimelig pris? Kvalitetssikring er komplisert og dyrt. Formidlerne må balansere mellom kvalitet og tilgjengelighet, og mellom kvalitet og økonomi” (Valio 2009, s. 11).

I rapporten fra Institutt for helseledelse og helseøkonomi heter det videre om anbudsutsetting at: ”Det er lite trolig at man i en anbudsrunde kan forvente kvalitetskontroll ved kontakt med referanser, kontroll av oppgitt kompetanse eller andre kvalitetssikringstiltak. Slik at anbudsrunder derfor i beste fall vil sikre tilgang til en tjeneste av ukjent kvalitet til en rimelig pris. Det er ikke å forvente at selger (tolkeformidler) fokuserer på kvalitet, så lenge kvalitetssikring kun gir økte kostnader, høyere pris for bruker og kanskje tapte markedsandeler” (Valio 2009: 31).

Anbefalinger

Dersom man ønsker å anbudsette formidling av tolketjenester, er det helt nødvendig å endre mekanismene radikalt fra de som er vanlige i slike anbudskonkurranser i helsesektoren i dag. Det som er viktig er å sikre at man faktisk får det man betaler for, og mekanismer som sikrer at kvalitet lønner seg for den som vinner anbudet. IMDi (2008) og Helsedirektoratet (2011) har drøftet forutsetninger for anbudsavtaler inngående i sine veiledere for kjøp av tolketjenester. De anbefaler følgende:

1. IMDi (2008: 5) og Helsedirektoratet (2011: 8) anbefaler at bestiller har mekanismer for å sikre at man får tolker med dokumenterte kvalifikasjoner. I praksis vil det si at tolker med statsautorisasjon og/eller tolkeutdanning skal foretrekkes på alle språk hvor disse kvalifikasjonene finnes (2008: 5). Erfaring som tolk kan på ingen måte erstatte kravet om dokumenterte kvalifikasjoner (2008: 6).
2. Helsedirektoratet understreker at dagens marked for formidling av tolkeoppdrag er uregulert: ”Det føres i dag ingen offentlig kontroll eller tilsyn med tolketjenester eller tolkebyråer. Markedet for tolketjenester er derfor på mange måter uregulert” (2011: 8).
3. Helsedirektoratet (2011: 8) understreker at det i en avtale med en tolkeformidlingstjeneste må være gode rutiner for evaluering og rapportering. Det er da viktig at det settes av ressurser til en slik oppfølging. Institutt for helseledelse og helseøkonomi skriver: ”Selv om en ved innhenting av tilbud har en rekke krav til kvalitet av tjenesten, har de færreste satt av ressurser til å følge opp dette” (2009: 31) Det er ikke spesifisert hvordan dette bør gjøres, men man kunne for eksempel tenke seg sjekk av tolkenes kvalifikasjoner, tilbakemeldingsskjema, observasjon av tolkede samtaler, lydopptak av tolkede samtaler som sjekkes av kontrollører, med mer.
4. Helsedirektoratet (2011: 8) anbefaler at det skal være mulig å bruke tolker utenom tolkeformidler ved mangel på tilstrekkelig kompetente tolker hos tilbudsvinner.

Utfordringer

Tommy Valio har i sin rapport en grundig gjennomgang av en undersøkelse om tolking i Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune. Han drøfter flere utfordringer knyttet til anbudsavtaler med tolkeformidlingsbyråer. Valio skriver at helseinstitusjonene ”i liten grad har kunnskap om tolkenes formelle kompetanse, de kvalitetssikrer ikke sine tjenester og kjenner heller ikke til om tjenesten kvalitetssikres fra formidlers side” (2009: 9-10). Dersom man skal ha avtaler med private formidlere, skriver Valio at det er nødvendig at man ”pålegger klarere kvalitetskrav for eksempel i forbindelse med utdanning. Det krever en mer aktiv overordnet kontroll av at formidlerne oppfyller de krav som er satt, og vil sannsynligvis gi et mindre oversiktlig tilbud. Kostnadene til kontroll vil ikke være ubetydelige” (2009: 42). Valio påpeker også viktigheten av kontinuerlig oppfølging av slike avtaler: ”Intensjon og praksis viser seg ofte å være sprikende. Mange formidlere kan vise til konkrete velformulerte planer for fremtidige kvalitetssikringsprogram, men har lite å vise til av konkrete datoer og fremmøtetall fra tidligere år (Wattne 2006, side 20-23, i Valio 2009)”. Valios undersøkelser har videre indikert at dette spriket mellom intensjon og praksis i stor grad også gjelder brukersiden: ”I vår undersøkelse hevder majoriteten at tolkens kvalifikasjoner vektlegges fremfor pris ved bestilling av tolk. Mye tyder på at dette gjenspeiler gode intensjoner om hvordan man ønsker at tjenesten skal fungere, men samsvarer dårlig med praksis” (2009: 9-10)

I lys av dette er det altså viktig at helseforetak og kommuner knytter til seg tolkefaglig kompetanse i utforming av anbudstekst, vurdering av tilbud fra ulike tilbydere, og oppfølging av kvalitetssikring hos tolkeformidlingsbyrå underveis i kontraktperioden.

Anbefaling til konkurransegrunnlag ved anbudsutsetting

Det finnes i dag ingen *tolker* som kan tilby tolking på *mange språk*, ettersom tolkene vanligvis bare tolker mellom norsk og ett eller høyst to tolkespråk. Det som finnes, er ulike firmaer som kan tilby formidling av oppdrag på mange språk til mange ulike tolker.

Dersom *formidling* av tolketjenester skal anbudsutsettes, foreslås følgende modell:

1. Det må være en person som er tolkefaglig ansvarlig for anbudsavtalen ved institusjonen(e) som inngår avtalen. Denne håndterer oppfølging av avtalen, etterlevelse og jevnlig evaluering.
2. Det spesifiseres i utlysningen hvor mye honoraret til tolken skal være, og dette må være høyere jo høyere kategori i Nasjonalt tolkeregister tolken har, eksempelvis kunne man tenke seg
 - a. Kategori 1-2: 500 kr per time
 - b. Kategori 3: 400 kr per time
 - c. Kategori 4-5: 300 kr per time
 - d. Øvrige personer: 200 kr per time

Ved fastsettelsen av disse satsene bestemmer institusjonen selv hvor attraktiv arbeidsplass man vil være for tolker, og således hvor godt kvalifiserte tolker man vil få tilgang på

3. Leverandører gir tilbud på ”formidlingsgebyr” per oppdrag. Utbetalingen skal være høyere jo høyere kategori tolken har, med følgende prosent (og prosentene er fastsatt i konkurransegrunnlaget fra institusjonens side):
 - a. Kategori 1-2: 100% formidlingsgebyr
 - b. Kategori 3: 80% formidlingsgebyr
 - c. Kategori 4-5: 60% formidlingsgebyr
 - d. Øvrige personer: 20% formidlingsgebyr
 - e. På språk hvor det ikke finnes tilbud om tolkeutdanning, betales 80% formidlingsgebyr
4. Det utbetales honorar for følgende
 - a. Forberedelser: 0,5 timer per oppdrag
 - b. Tolketid: medgått tid, minimum 1 time
 - c. Reisetid/oppmøtesats: skjerm/telefontolking uten reise 0,5 timer per oppdrag¹⁵, fremmøtetolking 1 time per oppdrag, evt faktisk medgått reisetid ved behov og dokumentasjon
5. Avlysning¹⁶ (dersom ikke annet oppdrag kan tre inn i stedet for det avlyste)
 - a. Ved avlysning mer enn 24 timer før oppdraget betales formidlingsgebyr + forberedelser + 0,5 timer tolketid
 - b. Ved avlysning mindre enn 24 timer før oppdraget betales formidlingsgebyr + forberedelser + 1 time tolketid
 - c. Ved avlysning samme dag betales også reisetid/oppmøtesats

¹⁵ Det bør være ”oppmøtesats” også ved skjerm/telefontolking fordi tolken må ha en viss ”buffer” før og etter oppdrag. Tolken kan aldri booke inn et oppdrag 9-930 og et annet 930-10, det må være noe tid mellom. Denne tiden må honoreres.

¹⁶ Man kan spørre seg hvorfor man skal ha slike avlysningsregler, og om ikke det kan gjøre at helseinstitusjoner utsetter bestilling av tolk til det er for sent og at det dermed fører til større underforbruk. En sentral pott for finansiering av tolketjenester vil kunne avhjelpe dette. Videre er det slik at avlysningsregler nødvendigvis må være gjensidige: det er svært kostbart for helseinstitusjoner om tolker stadig vekk avlyser oppdrag i siste øyeblikk fordi de har fått tilbud om noe annet og ikke har noen garanti for at helseoppdraget faktisk blir noe av. Derfor er denne løsningen vurdert som den mest kostnadseffektive, samt at den ivaretar hensyn til kvalitet i tolking.

6. Dersom formidler skal bruke tolker som ikke er registrert i Nasjonalt tolkeregister, skal kopi av disses autorisasjon/vitnemål oversendes tolkefaglig ansvarlig ved helseforetaket for registrering. Hvis ikke honoreres det etter laveste sats
7. Det skal leveres månedlige rapporter, jf. malen i Linnestad og Buzungu 2012: 39

Hvorfor gjøre anbud på denne måten?

Dersom man skal ha anbudsavtaler om kjøp av formidlingstjenester, er det viktig at man velger den formidleren som kan formidle best mulig tolker på en mest mulig kostnadseffektiv måte.

Institusjonene bør selv velge ”hvor gode” tolker de vil ha, blant annet gjennom honorarsatsene i punkt 2. Jo høyere disse er, desto lettere vil det være for institusjonene å tiltrekke seg godt kvalifiserte tolker. Samtidig må institusjonene premiere formidlere etter hvor kostnadseffektivt de får gjort formidlingen. Med dagens avtale mellom OUS/Ahus/Sunnaas og Noricom AS er det billigere for formidlingsbyråer å formidle tolkeoppdrag til personer uten tolkefaglige kvalifikasjoner. Det er dyrere for byrået å formidle oppdrag til statsautoriserte tolker og tolker med tolkeutdanning, da disse jo får flere tilbud om oppdrag, tar oppdrag ulike steder, og følgelig er mindre tilgjengelige for oppdrag enn personer uten slike kvalifikasjoner. Disse mekanismene gjør at det er hensiktsmessig med formidlingsgebyr som beskrevet i punkt 3, hvor formidlingsbyrået får utbetalt formidlingsgebyr etter hvor god tolk de har evnet å rekruttere til hvert oppdrag.

For eksempel kan man da tenke seg at formidlingsbyrået AA og formidlingsbyrået NN begge vil gi tilbud, med utgangspunkt i et anslag på 20 000 tolkeoppdrag årlig:

- AA ser på honorarsatsene til tolkene, og regner ut at de med disse satsene vil de finne statsautoriserte tolker til 20% av oppdragene, og tolker med tolkeutdanning til 40% av oppdragene. De anslår at de vil finne personer oppført i Nasjonalt tolkeregister kategori 4-5 til 30% av oppdragene, og at de resterende 10% av oppdragene vil måtte gå til andre personer helt uten tolkefaglige kvalifikasjoner. De bestemmer seg for å gi tilbud med et formidlingsgebyr på kr 100, som vil gjøre at de får i gjennomsnitt 68 kr i formidlingsgebyr per oppdrag, totalt 1 360 000 kr i året.
- NN antar derimot at de vil ha følgende fordeling: De vil ikke bruke statsautoriserte tolker. De vil finne tolker med tolkeutdanning til 10 % av oppdragene, og personer oppført i Nasjonalt tolkeregister kategori 4-5 til 10 % av oppdragene. De øvrige 80 % av oppdragene vil måtte gå til andre personer helt uten tolkefaglige kvalifikasjoner. Dersom de gir et tilbud med et formidlingsgebyr på kr 100, vil de få i gjennomsnitt 30 kr i formidlingsgebyr per oppdrag, totalt 600 000 kr i året. NN vurderer at marginene her blir for små, og de gir heller et tilbud med formidlingsgebyr på kr 200, for å få i gjennomsnitt 60 kr i formidlingsgebyr per oppdrag og totalt 1 200 000 kr i året.
- Anbudsavtalen inngås med AA fordi de har lavest tilbud på formidlingsgebyr-sats (kr 100), ettersom NN ga tilbud med dobbelt så høy sats (kr 200). En følge av dette er at man nødvendigvis får avtale med det formidlingsbyrået som formidler oppdragene til de høyst kvalifiserte tolkene.

Det er enda en grunn til at anbud bør være på denne måten: I tolkefaglige miljøer finnes en del rykter om ulike formidlingsbyråers praksis¹⁷: Byråer har blitt etablert bare dager før de har levert anbud til store offentlige institusjoner. Byråer har hevdet at de har arbeidsavtaler med tolker de ikke har slike avtaler med. Byråer har oppgitt samtlige tolker i Nasjonalt tolkeregister som ”sine tolker” i forbindelse med anbudsprosesser. Byråer har spesialisert seg på tolker som snakker svært godt norsk, men som kan tolkespråkene svært dårlig, fordi det gir fornøyde norske tolkebrukere og det er de som sitter på makta og pengesekken. Byråer har hatt differensierte honorarer til tolker, men unnlatt å bruke de best kvalifiserte for å spare penger. Byråer har brukt ”salæroppdrag” hos advokater, politi og domstoler som lokkemiddel for å presse personer til å påta seg lite lønnsomme oppdrag i helsesektoren, mot løfte om at de skal få salæroppdrag som belønning. Byråer har registrert lengre reisetid enn reelt på sine tolker, og fakturert kunder for disse kostnadene. Ingen av disse ryktene har vært mulig å dokumentere, og det er mulig at de ikke har rot i virkeligheten. Det er likevel problemstillinger det er viktig å ha en oppmerksomhet rettet mot, og som tilsier at det må iverksettes relevante kontrollmekanismer i forbindelse med anbudsprosesser.

Kjøp av formidlingstjenester fra offentlig formidlingsbyrå

I tillegg til private formidlingsbyråer finnes det offentlige formidlingsbyråer, både kommunale og interkommunale. Dette har blitt beskrevet (jf. Wattne 2006, Valio 2009) som en egen modell for kjøp av tolkeformidlingstjenester, som noe substansielt annet enn kjøp av formidlingstjenester fra private tolkeformidlere.

Et særtrekk ved de kommunale tolketjenestene er at de ofte har fast ansatte tolker i tillegg til frilansere (Wattne 2006: 10-20, i Valio 2009: 19). I dag deltar flere offentlige tolkeformidlingsbyråer i anbudsprosesser hvor de konkurrerer mot private formidlere, men kommer ofte til kort fordi de ikke kan konkurrere på antall tolker og pris da de har pålagt seg selv strengere kvalitetskrav enn de private.

”Tolketjenesten har ingen kommersielle interesser i å formidle tolkeoppdrag til personer som ikke har forutsetninger for å greie disse. Vi selger ikke noe vi ikke har. Vårt mål er å gi tolkebrukere tydelig beskjed om hva de kan forvente, med de tilkorkommenheter og begrensninger det måtte innebære. En kommunal tolketjeneste har et ansvar for tjenesteytingen som tilbys på linje med andre offentlige tjenesteytere” (Pacariz 2012).

De offentlige formidlingsbyråene ser det altså som sitt ansvar å være realistiske i sine tilbud mht hvilke tolkefaglige kvalifikasjoner tolkene de bruker har, og vil dermed ikke love ”gull og grønne skoger” dersom de ikke kan levere dette. Det medfører at offentlige tolketjenester til nå knapt har vunnet anbudskonkurranser. Dette er hensyn det er viktig å vektlegge i eventuelle fremtidige anbudskonkurranser.

¹⁷ Ettersom ryktene er udokumenterte er informasjonen om hvilke formidlingsbyråer hvert av ryktene gjelder utelatt fra denne rapporten. Muntlige kilder har ikke ønsket å stå frem offentlig, og hevder dette skyldes frykt for represalier.

6. Fjerntolking

I helsesektoren er oppdragene ofte korte og mye av tolkers arbeidstid går med til å forflytte seg mellom oppdrag. Dette er fordyrende, og flere har opp gjennom årene ønsket å finne teknologiske løsninger som reduserer reisetid og reisekostnader i forbindelse med tolking. Med den hensikt benyttes to former for fjerntolking i Norge i dag: tolking via telefon (telefontolking) og tolking via videokonferanseutstyr (skjermtolking). Vi vil i det følgende drøfte avveininger og hensyn i spørsmål knyttet til fjerntolking; fordeler, ulemper og begrensninger knyttet til både telefontolking og skjermtolking, og forutsetninger for å lykkes.

Hvorfor fjerntolking?

Kan det være hensiktsmessig å benytte fjerntolking i større grad i helsevesenet i hovedstadsområdet? Helsedirektoratet skriver i sin veileder om kommunikasjon via tolk at “frammøtetolking i de fleste tilfeller er å foretrekke” (2011: 12). Helsedirektoratet vurderer fjerntolking først og fremst som noe som kan være hensiktsmessig i distriktene, og skriver videre: “I distriktene kan tolking via skjerm (billedtelefon eller videokonferanse) eller telefon være et alternativ til frammøtetolking når kvalifisert tolk ikke er tilgjengelig lokalt” (2011: 12).

IMDi påpeker i sin rapport en annen årsak til at det kan være hensiktsmessig med fjerntolking, nemlig at kvalifiserte tolker på flere språk er en knapp ressurs i samfunnet. De skriver: “Knapphet på kvalifiserte tolker i store deler av landet gjør at formidlerleddet i mange tilfeller senker kravet til kvalitet for å kunne tilby tolketjenester i språkene som etterspørres. Tilrettelegging for skjermtolking vil bedre tilgangen til tolker med utdanning og autorisasjon, og derigjennom bidra til økt behovsdekking og bedre kvalitet. Foreløpig brukes denne muligheten altfor lite” (IMDi 2009: 33).

Telefontolking

La oss nå først se nærmere på telefontolking. Hvilke fordeler, ulemper og begrensninger har telefontolking i forhold til frammøtetolking? I helsevesenet har helsepersonell uttrykt at de har vært godt tilfredse med telefontolking, jf. bl.a. Haabeth og Karlsen 2000, blant annet av hensyn til konfidensialitet. IMDi har gjort flere undersøkelser vedrørende tolking i offentlig sektor i de senere årene. Disse viser at bruk av telefontolking er vanlig i distriktene (jf. 2009: 33).

Helsedirektoratet beskriver hvordan telefontolking gjennomføres: “Ved telefontolking foregår tolkingen via vanlig telefon. Det anbefales å bruke telefon med høyttaler/mikrofon og god lyd kvalitet (konferansetelefon). For at telefontolking skal fungere tilfredsstillende, er det noen minimumskrav som må være oppfylt. Det tekniske utstyret må være tilfredsstillende og det må sikres at tolken befinner seg på egnet/skjermet sted, av hensyn til taushetsplikten” (Helsedirektoratet 2011: 12). I tillegg er det verd å nevne at hodetelefoner/øreplugger til tolken er å anbefale.

Både IMDi og Helsedirektoratet påpeker samtidig at telefontolking medfører betydelige ulemper og utfordringer:

- “Tolking via telefon er særdeles krevende for tolken, og det er derfor spesielt viktig at tolken

gis mulighet til å forberede seg på samtalen tematikk før selve samtalen starter. Fagpersonen som skal lede en samtale hvor tolken er til stede på telefon, må selv være godt forberedt tematisk og ha god struktur på samtalen” (Helsedirektoratet 2011: 12).

- ”Det er imidlertid både tolketekniske og sikkerhetsmessige aspekter som taler i mot telefontolking. En forutsetning for at telefontolking skal være forsvarlig, er både at forholdene er tilrettelagt for tolking, og at tolken og fagpersonen som leder situasjonen har opplæring i denne spesielle kommunikasjonsformen” (IMDi 2009: 33).
- ”Samtaler som skal tolkes over telefon er særdeles krevende for tolken. At tolken ikke kan se samtalepartene, og dessuten har redusert mulighet til å styre replikk lengden, gjør arbeidsforholdene vanskeligere for tolken enn ved frammøtetolking. Telefontolking bør som regel bare benyttes til kortere samtaler, og for å gi konkrete beskjeder” (IMDi 2008: 8).

Helsepersonell har ofte vært positive til telefontolking, og spørsmålet vi må stille oss, er hvorfor? En forklaring som ofte nevnes av helsepersonell er dette med anonymitet, at pasienten ønsker telefontolking fordi tolken da ikke skal vite hvem pasienten er. En annen mulig forklaring kan være helsepersonells tidligere erfaring med tolker uten tolkefaglige kvalifikasjoner og grunnleggende tolkefaglige ferdigheter. I slike tilfeller vil forskjellen på telefontolking og frammøtetolking være liten.

Tolker har i møte sagt følgende om telefontolking:

”Det var enighet blant tolkene om at det blir dårlig kvalitet på tolkingen, at det er slitsomt og lite faglig gunstig, kommunikasjonen blir dårlig og informasjon blir borte. Telefontolking bør bare brukes i nødsfall, til korte samtaler og formidling av enkle beskjeder. Det er vanskelig i forhold til turtaking/overlapping, avbrytelser, vanskelig å koordinere samtalen på en hensiktsmessig måte.

Telefontolking er helt uegnet i alle tilfeller hvor det er flere i rommet og/eller hvis de ikke vet hvordan de skal bruke tolk. Det er utfordrende med kvaliteten på utstyr/telefon/mikrofoner og forstyrrende lyder (støy). Hvis begge tolkebrukerne er flinke og disiplinerte så kan det noen ganger gå greit til korte og språklig sett ukompliserte samtaler” (Likeverdsprosjektet 2012: 4).

For å belyse spørsmålet ytterligere, er det betimelig å spørre hvorfor tolkene gjennomgående er negative til telefontolking. Hva har tolkene å tjene på det? Er det fordi tolker ofte får mindre honorar ved telefontolking da de ikke får oppmøtesats og minstetiden kan være så lite som en halvtime? Det er mulig. Men hvordan kan det da ha seg at tolkene er vesentlig mer positive til skjermtolking, hvor betingelsene er de samme? En mulig forklaring kan være at det er tolkene som først og fremst merker det når kvaliteten på tolkingen blir dårlig under telefontolking. Samtalepartene (pasient og helsepersonell) merker jo ikke nødvendigvis hva som blir borte eller misforstått i samtalen, det er jo nettopp derfor de trenger tolk (jf. bl.a. Valio 2009: 38). Dette er spørsmål som gjerne kan utredes nærmere når hensiktsmessigheten ved fjerntolking skal vurderes, før man eventuelt satser stortilt på telefontolking. Det er også verd å merke seg at det kom fram i kartleggingen av erfaringer fra tolking i helsevesenet i andre land, at telefontolking ble brukt relativt sjeldent på sykehusene, og ”vanligvis bare i nødssituasjoner, og når frammøtetolk på det aktuelle språket ikke var tilgjengelig” (jf. Skurtveit 2012: 5).

Basert på retningslinjene fra Helsedirektoratet og IMDi bør telefontolking i utgangspunktet kun benyttes i følgende to typer situasjoner (i alle fall inntil det er nærmere utredet):

1. Til å formidle en kort og konkret beskjed eller forklaring
2. Til samtaler som er så akutte at alternativet ellers vil være ikke å ha tolking i samtalen

Skjermtolking

Hva da med skjermtolking (tolking via videokonferanseutstyr)? Hvilke fordeler, ulemper og begrensninger har skjermtolking i forhold til fremmøtetolking og telefontolking?

Helsedirektoratet beskriver denne tolkemethoden slik: ”Ved skjermtolking har tolken lyd- og bildekommunikasjon med partene som skal snakke sammen. Skjermtolking innebærer at tolkebrukerne kan se tolken og rommet der denne befinner seg underveis. Skjermtolking gjør det mulig for tolken å lese de implisertes ansiktsuttrykk og kroppsspråk, noe som er viktig for kvaliteten på tolkingen” (2011: 12).

IMDi har følgende vurderinger av skjermtolking ”Et prosjekt med skjermtolking (...) ga gode resultater både kommunikasjons- og sikkerhetsmessig (...) Mer utstrakt bruk av skjermtolking vil også kunne bidra til at tolker med utdanning og autorisasjon kan ta oppdrag over hele landet og dermed øke sjansen for at de gode tolkene forblir i yrket” (IMDi 2009: 33). Erfaringer fra Danmark med skjermtolking i helsesektoren har også i stor grad vært positive, med unntak av møter med flere deltakere (type tverrfaglige møter) på grunn av at samtalekoordineringen i den tolkede samtalen da er mer kompleks og fordrer kombinasjon av simultan og konsekutiv tolking, jf. Devoteam 2010.

Tolker har i møte sagt følgende om skjermtolking:

”Det var delte meninger om skjermtolking blant tolkene. Mange har dårlige erfaringer med utstyr som har vært for dårlig. Dette gjelder lyd kvalitet, forsinkelse på linjene og for liten skjermstørrelse. Det er viktig at tolken er så godt synlig for samtalepartene (feks lege/pasient) at tolken kan bruke ikke-verbale koordineringsteknikker (i turtakingen).

De fleste mente at skjermtolking med godt utstyr er bedre enn tolking over telefon. De påpekte at det [skjermtolking] kun må brukes i samtaler som er egnet for dette, i samråd med pasienten. Enkelte, som hadde erfaringer fra skjermtolking med hensiktsmessig utstyr, var svært positive. De hadde erfart at skjermtolking fungerer mye bedre og er mer anvendelig enn telefontolking, og at det kan være svært forenelig med tolkens rolle” (Likeverdsprosjektet 2012: 4)

Av dette kan vi konkludere følgende om skjermtolking

1. Skjermtolking kan, i mye større grad enn telefontolking, egne seg i mange typer samtaler – gitt at det tekniske utstyret som benyttes er av god kvalitet
2. Skjermtolking kan øke tilgangen til godt kvalifiserte tolker med tolkeutdanning og statsautorisasjon
3. Skjermtolking kan bidra til at godt kvalifiserte tolker over hele landet får økt oppdragsmengde og dermed øke sannsynligheten for at disse forblir tolker fremfor å gå over i andre yrker med fast inntekt

Norsk helsenett har en rammeavtale for kjøp av videokonferanseutstyr fra leverandøren Viju som selger Cisco-produkter. Etersom dette er en avtale som allerede er inngått, vil helseforetakene antakelig i utgangspunktet måtte forholde seg til denne¹⁸. I Oslo kommune er det også per i dag Cisco-teknologi som brukes til skjermtolking. Det er for tidlig å konkludere på dette nå, ettersom en nærmere utredning av valg av utstyr er nødvendig, men foreløpig kan det se ut som programmet Cisco Jabber (tidligere Tandberg Movi) kan være et hensiktsmessig valg, i kombinasjon med videokonferansesystemet Cisco EX90 og eventuelt noen større skjermer enkelte steder. Programmet Cisco Jabber pilottestes høsten 2012 av Helse Finnmark med tanke på egnethet for bruk ved skjermtolking. Systemet Cisco EX60 pilottestes på samme tid av NAV Stat og Tolketjenesten i Oslo kommune. Det større videokonferansesystemet Cisco MX200 er i dag i bruk i UDI til skjermtolking. Alle disse erfaringene bør innhentes, analyseres og tas med i videre utredning av tekniske løsninger. Det bør også vurderes om tjenester fra Seevias katalogtjenester kan være hensiktsmessige for å sikre økt brukervennlighet, da denne tjenesten er i bruk innenfor Norsk Helsenett i dag.

Mer tolking med fjerntolking?

Et spørsmål mange har stilt seg er om ikke økt tilrettelegging for fjerntolking kan føre til økt bruk av tolk? Det vil si, er dette en måte å få bukt med det som antakeligvis i dag er et underforbruk av tolk? Tommy Valio har utredet dette temaet i sin rapport om tolking i helsetjenesten. Han skriver at det er et underforbruk av tolk i helsevesenet: ”Tidligere er det hevdet at mange velger å gjennomføre samtalen av bekvemmelighetshensyn uten tolk, til tross for at behovet klart er tilstede (jf. Kale 2006, s. 7). Vårt materiale tyder på at dette fortsatt er realiteten for helsevesenet” (2009: 12).

Når det gjelder årsakene til dette underforbruket, har Valio analysert dette. Han skriver: ”Vi ba om en rangering av de viktigste årsaker til at tolk ikke blir benyttet, der pasienten har dårlige norskkunnskaper. Som viktigste årsak til at tolk ikke blir benyttet der behovet er til stede rangeres ”vanskelig å få til i akutsituasjoner” øverst, og dernest ”andre som kan oversette som er til stede”, og som nummer 3 ”pasient/pårørende ønsker ikke bruk av tolk.” (2009: 12-13). Valios vurdering er at dette underforbruket er noe som delvis vil kunne avhjelpes ved bedret tilgjengelighet: ”Det første kan tolkes som at tilgjengeligheten er for dårlig i situasjoner hvor tolken må stille på kort varsel, til tross for det sterke fokuset på tilgjengelighet ved innhenting av anbud hos formidlerne. Det andre punktet kan derimot tyde på at helsepersonell i liten grad er bevisst på de uheldige sidene av å benytte ikke kvalifisert personell til å utføre tolketjenester” (2009: 13).

Dersom man oppretter Tolkesentralen, med tolker og tekniske utstyret lett tilgjengelig, er det all grunn til å tro at det vil føre til enklere tilgang på tolk for helsepersonell i akutte situasjoner. Dette er noe som har blitt etterspurt av både AMK (jf. Emberland og Berge 2012), akuttmottak på sykehus samt den kommunale legevakten. En mulighet vil være at slike korte hasteoppdrag kan prioriteres raskt mellom planlagte oppdrag. Man kan tenke seg at AMK varsler tolkesentralen om at de trenger tolk på persisk. Tolkesentralens koordinator kan da raskt sette persisk-tolken på AMK-samtalen,

¹⁸ Avtalen omfatter kjøp av utstyr som videostudio, videoenheter (kodeker), skjermer, prosjektorer, elektroniske tavler, digital skilting, styringspanel, kamera, hodesett, samt alt utstyr som er nødvendig for å benytte selve tjenesten. Alle medlemmer i Norsk Helsenett kan handle samhandlingsløsninger av Viju innenfor regler om offentlige anskaffelser uten forutgående anbud (jf. <http://viju.no/article/413/viju-norsk-helsenett>)

samtidig som hun tar en telefon til ortopedisk avdeling og informerer om at skjermtolkingen på persisk (i forbindelse med fjerning av gips) må utsettes fem minutter grunnet det akutte behovet hos AMK. En slik løsning vil kun være gjennomførbar dersom man har et godt utbygd tilbud innen fjerntolking.

Pasientsikkerhet, konfidensialitet og taushetsplikt

Flere instanser har uttrykt bekymringer knyttet til pasientsikkerhet, konfidensialitet og taushetsplikt i forbindelse med fjerntolking. IMDi har i forbindelse med telefontolking understreket at det er nødvendig med rutiner og strukturer for å ivareta sikkerhetsmessige hensyn slik at utvekslingen av sensitiv informasjon blir trygg (jf. IMDi 2009: 33). IMDi har også drøftet dette spørsmålet tidligere, i rapporten *Tolkeformidling i offentlig sektor*:

”I tillegg til de tolketekniske utfordringene som telefontolking innebærer, er det en del ulemper forbundet med behandling av sensitiv informasjon ved telefontolking. Telefontolking gir ikke samtalepartene mulighet til å kontrollere tolkens identitet, eller kontrollere om det er uvedkommende til stede sammen med tolken. De psykiatriske sykepleierne Haabeth og Karlsen (2000) som ellers er svært fornøyd med telefontolking som et alternativ til frammøtetolking, rapporterer om tilfeller der kommunikasjonen ble forstyrret av bakgrunnsstøy og barnegråt. De rapporterer også om tilfeller der tolken åpenbart befant seg ute på gata eller satt på en buss og tolket. I mobiltelefonens tidsalder er dette et aspekt som ikke taler til fordel for utstrakt bruk av telefontolking. Det er derfor et tankekors at så mye av tolkingen foregår via telefon” (2007: 7-8)

Konklusjoner

Ved bruk av fjerntolking i stedet for frammøtetolking må følgende sikres:

1. Tolkene må få god informasjon om tema i forkant av samtalen, og være godt forberedt på dette (jf. IMDi 2008: 8)
2. Helsedirektoratet anbefaler i utgangspunktet at fjerntolking bør utføres fra et senter hvor tolken oppholder seg. Der bør man må ha rutiner for å sjekke tolkens identitet ved samtalebegynnelse, og det bør være en ansvarshavende fagperson til stede ved senteret hvor tolken er (2011: 13)
3. Ved bruk av fjerntolking bør det legges til rette for skjermtolking framfor telefontolking i de tilfeller hvor dette er mulig, fordi skjermtolking gir betraktelig bedre kommunikasjon (jf. Helsedirektoratet 2011: 13). Av hensyn til kvaliteten på tolkingen anses 30 minutter som maksimal lengde på en telefontolket samtale (jf. Helsedirektoratet 2011: 13)
4. Man må sikre at tolken sitter i egnet rom/avlukke for tolking, hvor det ikke er forstyrrelser og hvor ikke uvedkommende kan overhøre samtalen (jf. IMDi 2008: 8, Helsedirektoratet 2011: 13)
5. Til skjermtolking trengs følgende: ”enten videokonferanseutstyr, billedtelefon eller datamaskin med internett, kamera, høyttalere og mikrofon” (Helsedirektoratet 2011: 12) samt hodetelefoner/øreplugg til tolken – og dette må være godkjent til bruk ved utveksling av sensitive pasientopplysninger

6. Fordi fjerntolking er særlig krevende, blir det maktpåliggende å sikre at tolken har gode tolkefaglige kvalifikasjoner i form av tolkeutdanning og/eller statsautorisasjon som tolk (jf. Helsedirektoratet 2011: 13). Personer uten tolkeutdanning bør derfor ikke brukes til fjerntolking, ettersom disse ikke har de nødvendige ferdigheter til å takle de ekstra tolkefaglige utfordringene som fjerntolking medfører

Tekniske løsninger og anbefalinger

1. Det vil være hensiktsmessig å innrede permanente ”stasjoner” for fjerntolking på Tolkesentralen
2. På sikt vil det trolig være hensiktsmessig med 14-18 slike ”stasjoner” til skjermtolking (hvor det også vil være mulig med telefontolking) for å dekke behovet for fjerntolking ved OUS, Ahus, Oslo kommune, Lovisenberg, Sunnaas og Diakonhjemmet
3. Det kan være nyttig med ytterligere 2-4 ”ministasjoner” som kan brukes til telefontolking
4. Man kan med fordel begynne med å innrede to slike stasjoner med teknisk utstyr, og deretter utvide i takt med at etterspørselen øker, slik at man får en grundig testing av de tekniske løsningene før det gjøres store innkjøp
5. På sykehusene bør det være mobile skjermer som på en enkel måte kan brukes ved pasientenes seng og i ulike behandlingsrom

7. Øvrige tiltak

I mandatet fra Likeverdsprosjektets styringsgruppe etterspørres også anbefalinger for andre aktuelle tiltak. Vi har følgende tre anbefalinger:

Veiledning av helsepersonell og offentlig ansatte

En forutsetning for god kommunikasjon via tolk er at fagpersoner som skal bruke tolk i sitt arbeid, for eksempel helsepersonell, har opplæring i slik kommunikasjon via tolk. Dette bør integreres som en del av helse- og sosialfaglige utdanninger ved universiteter og høyskoler. De enkelte institusjoner bør sikre at alle ansatte som kan komme i kontakt med minoritetsspråklige pasienter får opplæring i kommunikasjon via tolk. Denne opplæringen kan med fordel besørges gjennom at de nyutviklede læringsprogrammene i kommunikasjon via tolk gjøres obligatorisk. Det bør også jevnlig arrangeres samlinger med praktiske øvelser for helsepersonell, hvor det i tillegg er anledning til å diskutere, stille spørsmål samt motta relevant informasjon.

Det er i dag et ”underforbruk” av tolk i helsesektoren (jf. Le 2011). Her er det nødvendig med holdningsskapende arbeid blant helsepersonell, samt at det må legges til rette for en god og tilgjengelig tolketjeneste. Det bør også opprettes en ”hotline” hvor man kan få hjelp med spørsmål om tolker og tolking (hvordan bestiller jeg tolk, hvilket språk bør pasienten ha tolk på, hvordan håndter jeg dette problemet).

Sentral finansiering av tolketjenester

I dag finansieres tolketjenester over de enkelte enheter og avdelingens budsjett i de ulike virksomhetene i Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune. Det har flere ganger blitt stilt spørsmål ved om dette er en hensiktsmessig organisering. Internfakturering medfører ressursbruk. Det er fare for underforbruk av tolk ved en slik organisering, noe blant andre Tommy Valio har uttrykt bekymring for: ”I spørreundersøkelsen kommer det klart frem at helsepersonellet er kjent med det faktum at tolketjenester belastes de enkelte avdelingens budsjett. Det er ikke utenkelig at dette kan ha betydning for bruken. Likevel er det i vår undersøkelse få som medgir at økonomi kan være årsak til at tolk ikke blir benyttet, der pasienten har dårlige norskkunnskaper” (2009: 14). Vi anser derfor sentral finansiering av tolketjenester som hensiktsmessig, i tråd med anbefalingene i Tommy Valios rapport (2009: 40). I den forbindelse bør det nevnes at en slik ordning ikke vil føre til ”overforbruk” av tolketjenester: Ingen vil bestille tolk til samtaler hvor partene kommuniserer godt uten tolk. En slik sentral finansiering bør dermed være relativt uproblematisk i forhold til hensynet til ressursbruk.

Tospråklighet og språkarbeid

I helsevesenet i hovedstadsområdet er det en stor andel av helsepersonellet som har en flerspråklig bakgrunn. Dette er en god og viktig ressurs for å kunne gi omsorg og helsehjelp til en språklig mangfoldig pasientgruppe. Det vil være en berikelse for sektoren dersom man i fremtiden kan arrangere arbeidsverksteder med fokus på medisinsk terminologi og kontekstkunnskap. Disse bør være for både helsepersonell som ikke har norsk som førstespråk, og for tolker. Det kan være aktuelt

med språkspesifikke seminarer for ”store” språk, så vel som åpne seminarer for helsepersonell og tolker med språk som har mindre utbredelse. Slik kan både helsepersonell og tolker styrke sin språkkompetanse på medisinsk terminologi på både norsk og det andre språket sitt. De vil med sine ulike fagbakgrunner (medisinsk og språkfaglig) være svært nyttige ressurser for hverandre i dette arbeidet.

8. Konklusjoner og anbefalinger

Tematikken er ikke ny. Allerede for tjuefem år siden skrev Sturla Falck at "myndighetene må gi garanti for og forpliktelse til å benytte utdannede tolker, om utdanning skal føre til reell endring" (1987: 169). Nå er kanskje tiden kommet for at Falcks visjon realiseres i helsesektoren? Det har også tidligere i andre sektorer blitt fremmet forslag som likner Tolkesentralmodellen som er beskrevet i denne rapporten. Riksrevisjonen har blant annet skrevet: "Politidirektoratet opplyser at det tidligere har fremmet forslag om opprettelse av et felles tolkeregister i etaten, felles retningslinjer for bruk, bestilling og betaling, samt kursing av tolkebrukere. Det ble samtidig foreslått å samle tolke- og translatørutgifter i en sentral tolkebevilgning på politidirektoratets budsjett. Forslaget er ikke fulgt opp" (2010: 161). Vår primære anbefaling er at man etablerer Tolkesentralen i helsevesenet i hovedstadsområdet. En annen mulighet er at et av sykehusene tar et ansvar for dette på vegne av flere institusjoner. Dersom det ikke gjøres, er det nødvendig med andre tiltak for kvalitetsheving uansett om man anbudsutsetter formidlingstjenesten eller ikke.

Ansvar for forsvarlig kommunikasjon

IMDi skriver følgende i sin veileder for kjøp av tolketjenester: "Tolking i offentlig tjenesteyting gjør fagpersoner og tjenestemenn i stand til å informere, veilede og høre partene i en sak på tross av språkbarrierer. God kommunikasjon er en forutsetning for å ivareta rettssikkerheten til partene i en sak, og en investering i forsvarlig kommunikasjon vil forebygge misforståelser, og således føre til sparte kostnader. Der det er bruk for tolk, er tolkingen å anse som en del av tjenesten. Finansiering av tolking er derfor den enkelte fagmyndighets ansvar" (2008: 3). Tilsvarende skriver også Helsedirektoratet om det økonomiske ansvaret for utgifter til tolking: "Pasienter og brukere med språklig minoritetsbakgrunn utgjør en betydelig andel av pasient- og brukergrunnlaget i mange helseregioner og kommuner. Det er viktig å ha oversikt over antall pasienter/brukere med språklig minoritetsbakgrunn for bedre planlegging av tolkebehov og utgifter knyttet til tolketjenester. Det må tas høyde for utgifter til tolketjenester, og bruk av tolk må forstås som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten" (2011: 14).

I Pasientrettighetsloven tydeliggjøres blant annet pasientens/brukerens rett til medvirkning og informasjon samt at informasjon er tilpasset den enkeltes forutsetninger, deriblant kultur og språkbakgrunn. Samtidig presiseres det at personellet så langt som mulig skal sikre at mottaker har forstått innholdet og betydningen av opplysninger som gis (jf. Pasientrettighetsloven, § 3.1, § 3.2 og § 3.5). Tolk nevnes ikke eksplisitt i lovteksten, men indirekte, da det i en del tilfeller vil være umulig å innfri lovens bestemmelser uten bruk av tolkers kompetanse.

Hensyn som bør styre valg av løsning

Vi anbefaler at den løsningen som velges, baseres på følgende momenter: samarbeid, egenregi på bestilling av tolk, best mulig ressursutnyttelse, faglig forsvarlighet samt samfunnsøkonomiske hensyn.

1. Samarbeid: Vi anbefaler samarbeid i stor skala, da det gir betydelige stordriftsfordeler for institusjoner å samarbeide om å få dekket behovene for tolking. Stort volum på oppdrag gjør at man blir en mye mer attraktiv arbeidsplass for kvalifiserte tolker. Vår primære anbefaling er at Helse Sør-

Øst og Oslo kommune inngår et samarbeid, hvor man også åpner for at andre helseforetak og kommuner kan slutte seg til dette på sikt.

2. Egenregi på bestilling av tolk: Vi anbefaler egenregi på bestilling av tolk, fordi institusjonene da kan ha bedre kontroll over tolkenes kompetanse og kvalifikasjoner. Det er også ønskelig av hensyn til pasientsikkerhet, konfidensialitet knyttet til helseopplysninger samt smittevern.

3. Best mulig ressursutnyttelse: Vi anbefaler at man gjør store grep når det gjelder organiseringen, både på selve tolkesentralen samt internt i helseinstitusjonene, slik at man kan utnytte tolkenes arbeidskapasitet mye bedre enn i dag. Slik vil vi også unngå at helseinstitusjonene ikke betaler for ”dødtid” i tolkenes arbeidsdager. Herunder anbefaler vi å legge til rette for fjerntolking (dvs skjermtolking og telefontolking) samt på store språk, å operere med avtaler om heldagsoppdrag fremfor timesoppdrag. Ved polikliniske konsultasjoner kan oppdrag på enkelte språk med fordel samles til visse dager dersom man har gode logistikk-løsninger.

4. Faglig forsvarlighet: Tolking er en tjeneste hvor det er vanskelig for kunden å kontrollere kvaliteten. Vi anbefaler derfor at helseinstitusjonene har mekanismer som sikrer at slike vurderinger overlates til helsepersonell i minst mulig grad. At det registreres få klager på tolking kan ikke tas til inntekt for at tolkingen er av god nok kvalitet (jf. Srebrowska 2012, Havnen 2012).

5. Samfunnsøkonomiske hensyn: Den løsningen som velges må sikre at helsevesenets ressurser brukes på en samfunnsøkonomisk fornuftig måte, og vi anbefaler at man finner en modell hvor ressursene i størst mulig grad brukes på å få kvalitativt stabilt gode tolketjenester heller enn på kontrolltiltak. Samtidig må det naturligvis settes av ressurser til å ivareta nødvendige kontrolltiltak i henhold til valgt modell.

Konklusjon og anbefaling

Den beste og mest kostnadseffektive måten å ivareta de fem målsetningene nevnt over, stabilt og over tid, er at en større sammenslutning av institusjoner/foretak går sammen om å opprette en enhet hvor man har egenregi på bestilling av tolker. Tommy Valio har, i sin analyse av tolkingen i helsevesenet, konkludert med at en sentral instans som rekrutterer og kvalitetssikrer, sannsynligvis vil redusere administrative kostnader, samt øke tilgangen til kvalifiserte tolker (2009: 41). Nasjonal fagmyndighet for tolking i offentlig sektor ved IMDi skriver i sin veileder for kjøp av tolketjenester at ”tolken er primærleverandør av tolketjenester. Kjøper man tjenesten direkte fra tolken, er det enklere å kontrollere at tolken har de kvalifikasjonene man etterspør” (2008: 6).

Dersom hver enkelt institusjon skal ha anbudsavtale med et formidlingsbyrå, eller en sammenslutning av institusjoner sammen skal inngå slike avtaler, er det to hovedulempen med dette:

1. Uforholdsmessig mye ressurser vil måtte brukes på kontrolltiltak (for å kontrollere at man får kvalifiserte tolker samt øvrig etterlevelse av avtalen) og eventuelle sanksjoner. Det vil også kunne føre til perioder med svikt i kvaliteten på tjenesten, og medfølgende ressursbruk i forbindelse med utbedring.

2. Det vil medføre stadige endringer, ettersom det jevnlig vil måtte utlyses nye anbudskonkurranser. Man kan da risikere at institusjonene hvert andre, tredje eller fjerde år må forholde seg til nye tolker, nye bookere hos formidleren, nytt bestillingssystem, nytt teknisk utstyr, med videre. Dette vil kunne føre til frustrasjon, som igjen kan føre til underforbruk av tolk.

Veien videre

Vesna Pacariz, seksjonsleder ved tolketjenesten i Oslo kommune, skrev i Dagsavisen 3. juli: ”Til alle dyktige, flotte og engasjerte tolker der ute: Lykke til med kampen, tolkeprofesjonen er en ung profesjon og den dagen vil komme når vi ser tilbake på disse diskusjonene med undring og forbauselse. Til alle dere som trenger tolk i deres arbeid: Vær kritiske, ha et årvåkent blikk på kommunikasjonen og si i fra hvis du er usikker på om kommunikasjonen via tolk er tilfredsstillende.” Vi slutter oss til lykkeønskningene fra Pacariz i forbindelse med den pågående profesjonsbyggingen, og håper at helsevesenet i hovedstadsområdet kan få mulighet til å være en viktig bidragsyter og aktiv pådriver i dette arbeidet.

9. Referanser

- Davidsen, Yngve 2012. Notat: Kostnadsanalyse av tolketjenesten. Deloitte
- Devoteam consulting 2010. *Evaluering af videotolkeprosjektets 1. fase. Analyse av MTV-områdene (teknologi, pasient, organisasjon og økonomi)*. Danmark
- Emberland, Bitte og Grete Berge 2012. ”Baby døde under fødsel etter språkproblemer med AMK” i NRK 19. juli
- Engen, Richard 2012. ”Realkompetanse er viktig” i *Aftenposten* 11. juli
- Falck, Sturla 1987. *Retttolk? En undersøkelse av tolker, språk, rettsikkerhetsproblemer og rollekonflikter innen politi og domstoler*. Institutt for kriminologi og strafferett, Universitetet i Oslo. Universitetsforlaget.
- Flores G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. 2012. ”Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus Ad Hoc Versus No Interpreters” i *Journal of Emergency Medicine* 14. Mars
- Haugseter, Helle Devik 2012. ”Notat vedrørende anskaffelsesregelverket og organisering av søk av tolketjenester”. Helse Sør-Øst, juridisk avdeling
- Havnen, Randi 2012. ”Tolking og kompetanse” i *Dagsavisen* 30. juni
- Havnen, Randi 2012. ”Hvorfor skal realkompetanse telle mer enn formell kompetanse” i *Dagsavisen* 13. juli
- Helsedirektoratet 2011. *Veileder om kommunikasjon via tolk – for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Veileder IS-1924
- Haabeth, Anne-Lill og Wenche Karlsen 2000. ”Telefontolking som alternativ tolketjeneste” i *Linjer*, Tidsskrift utgitt av Psykososialt senter for flyktninger. 10. årgang, nr. 1/2000
- Indseth, Thor 2012. ”Bruk av tolk gjør sykehusoppholdet kortere”. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse. Tilgjengelig 3. juni 2012 fra www.nakmi.no/Details.asp?article=Bruk+av+tolk+gjør+sykehusoppholdet+kortere&aid=113
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet 2007. *Tolkeformidling i offentlig sektor*
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet 2008. *Når du trenger tolk. Veileder for kjøp av tolketjenester til offentlige virksomheter*
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet 2009. *En bedre forvaltningspraksis for bestilling og bruk av tolk*
- Jacobs E, Chen AH, Karliner LS, Agger-Gupta N, Mutha S. 2006. ”The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda” i *Milbank* 84(1): 111-133
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. 2007. ”Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature.” *Health Serv Res.* 2007 Apr;42(2): 727-754
- Le, Christopher 2011. *Tolkebruk i helsetjenesten. Ett skritt nærmere likeverdig helsetjeneste for minoritetsbefolkning*. Masteroppgave, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo
- Likeverdsprosjektet 2012. *Møtereferat. Idédugnad om tolking i helsetjenesten*. Seksjon for likeverdige helsetjenester, 18. april
- Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ, Reed G. 2012. ”Professional Language Interpretation and Inpatient Length of Stay and Readmission Rates” i *Journal of General Internal Medicine* 18. april
- Lingaas, Egil 2012. E-postkorrespondanse med Hege Linnestad 25. juli

- Linnestad, Hege og Hilde F. Buzungu 2012. *Ikke lenger "en tjeneste av ukjent kvalitet"*. Rapport ved prosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkning i hovedstadsområdet – et samhandlingsprosjekt". Oslo universitetssykehus.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven).
- Lunner, Martine 2012. E-postkorrespondanse med Hilde Fiva Buzungu 2. juni og 27. september
- Mathisen, Georg 2011. "Klare for skjermtolking i retten" i *Advokatbladet*. 91. årgang, nr 1
- Nordhuus, Berit 2012. "En god tolk er helt nødvendig" i *Aftenposten* 9. juli
- NOU 1973. *Innvandringspolitikk*. Nr. 17. Kommunal- og arbeidsdepartementet
- Oslo universitetssykehus 2012. *Møtereferat. Arbeidsmøte om tolkespørsmål*. Seksjon for likeverdige helsetjenester, 11. mai
- Pacariz, Vesna 2012. "Rapport til refleksjon og ettertanke" i *Dagsavisen* 3. Juli
- Riksrevisjonen 2010. "Revisjon av Justis- og politidepartementets ansvarsområde for 2009" i *Dokument 1 (2010-2011) Justis- og politidepartementet*
- Skurtveit, Allison 2012. *Tolking i helsevesenet i andre land. Ulike modeller og løsninger: Eksempler fra Australia, England og USA*. Rapport, Likeverdsprosjektet.
- Srebrowska, Urszula 2012. "Jo mer kvalifisert en tolk er, jo mindre oppdrag får den..." i *Dagsavisen* 1. juli
- Srebrowska, Urszula 2012. "Om den såkalte 'realkompetansen' i tolking" i *Dagsavisen* 13. juli
- Strand, Tove 2012. "Problemet er når unntaket blir regelen" i *Dagsavisen* 1. juli
- Strand, Tove 2012. "Sykehuset tar tolking på alvor" i *Dagsavisen* 29. juni
- Valio, Tommy 2009. *Integrering av tolk i helsetjenesten. Analyse av bruk av tolk ved helsetjenester drevet av Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune*. Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo
- Wattne, Maria 2006. *Kvalitetskriterier i tolkeformidlersektoren. Utredning av grunnlag for fastsettelse av kvalitetskriterier ved kjøp og salg av tolketjenester i offentlig sektor*. IMDi-rapport
- Wesenberg, Jan 2012. "Banebrytende rapport, enormt oppryddingsarbeid venter" i *Dagsavisen* 30. juni

Vedlegg 1: Anbefalinger til enkelte strakstiltak

Likeverdsprosjektets mandat går ikke ut på å anbefale tolkefaglige strakstiltak for helsevesenet i hovedstadsområdet. Vi har likevel valgt å inkludere enkelte slike forslag i denne rapporten, ettersom flere av partene i prosjektet i dialog underveis har gitt uttrykk for at de gjerne vil ha noen slike anbefalinger.

Oslo kommune bør øke satsene kommunens tolketjeneste betaler for enkeltoppdrag til frilanstolker til i det minste å være på nivå med Lovisenbergs satser. Dette vil trolig medføre kvalitetsheving på språk hvor tolketjenesten ikke har fast ansatte tolker. I dag utføres 16 % av tolkeoppdragene av fast ansatte tolker. 84 % av oppdragene utføres av frilanstolker. Tolketjenestens samlede kostnader er på 19 millioner kr per år, og honorarer til frilanstolker utgjør 50 % av dette. Dersom honorarene økes med 40%, vil det medføre en samlet kostnadsøkning på 20 % av tolketjenestens budsjett. Det vil være hensiktsmessig med en evaluering etter kort tid for å måle effekten av endringene, etter modell av Likeverdsprosjektets evaluering (se Linnestad og Buzungu 2012: 39).

Kostnadsestimat: ca 3,8 millioner.

Lovisenberg sykehus kan med fordel søke å rekruttere enkelte tolker med statsautorisasjon og/eller tolkeutdanning på språk hvor det er stort behov for tolking og hvor det finnes mange godt kvalifiserte tolker. Dette gjelder eksempelvis språkene dari, farsi (persisk), polsk, russisk, somali og tigrinja. Sykehuset bør også honorere for eksempel en halv time ”oppmøtesats” for hvert oppdrag, ettersom det er nødvendig at tolkene setter av noe ledig tid før/etter hvert oppdrag.

Kostnadsestimat: noe tidsbruk for ansatte, samt kostnader til honorering av ”oppmøtesats”.

Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus og Sunnaas sykehus bør kreve å få levert i henhold til kravene i anbudsavtalen som er inngått med Noricom AS. Det bør stilles krav om at formidlingsbyrået skal sende avviksmelding i tilfeller hvor det ikke blir levert i henhold til kvalifikasjonskravene i anbudsdokumentene.

Kostnadsestimat: noe tidsbruk for ansatte, ellers ingen direkte kostnader.

Vestre Viken helseforetak bør ta erfaringene fra anbudsavtalen mellom OUS/Ahus/Sunnaas og Noricom AS med i betraktning når de skal legge planer for oppfølgingen av sin nylig inngåtte anbudsavtale med Noricom AS, herunder kontroll av leveransen. Prosjektmedarbeiderne i likeverdsprosjektet kan være hjelpelige med dette planarbeidet innenfor likeverdsprosjektets rammer.

Kostnadsestimat: Ingen kostnader, potensielt besparelser.