

En kvantitativ analyse av språkvansker og bruk av tolkehjelpemidler i konsultasjon med pasienter av innvandrerbakgrunn på Oslo Legevakt

Forfatter Matilde Gotuholt

Veileder PhD Sven Eirik Ruud, Avdeling for allmenntmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
Lege Allmennlegevakten, Helseetaten, Oslo kommune

Veileder Professor Mette Brekke, Avdeling for allmenntmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo



En prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

06.02.19

© Forfatter

2019

En kvantitativ analyse av språkvansker og bruk av tolkehjelpemidler i konsultasjon med pasienter av innvandrerbakgrunn på Oslo Legevakt

Matilde Gotuholt

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Repräsentralen, Universitetet i Oslo

Forord

Jeg vil gjerne benytte denne muligheten til å takke mine to veiledere, Sven Eirik Ruud og Mette Brekke, for god veiledning gjennom arbeidet med denne prosjektoppgaven. De har hjulpet meg hele veien med alt fra inspirasjon til problemstilling, forberedelser i forkant av studien, analysering av datamaterialet og utarbeidelse av selve oppgaven.

Videre ønsker jeg å takke legene på allmennlegevakten ved Oslo legevakt. Jeg er takknemlig for at jeg i det hele tatt fikk lov til å utføre studien på legevakten, og for at legene brukte av tiden sin til å fylle ut spørreskjemaene etter konsultasjonene.

Til slutt må jeg også rette en stor takk til alle pasientene som samtykket til å delta i studien ved å fylle ut spørreskjemaet de fikk utdelt.

Oslo, 4. februar 2019

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
Bakgrunn	3
<i>Formål og problemstilling</i>	7
Metode	8
<i>Studiedesign</i>	8
<i>Utvalg</i>	8
<i>Variabler</i>	8
<i>Datainnsamling</i>	9
<i>Analyse</i>	9
<i>Etikk</i>	9
Resultater	11
<i>Karakteristika ved deltagerne i 2018</i>	11
<i>Selverkjente språkferdigheter i 2018</i>	12
<i>Legenes opplevelse av språkvansker i 2018</i>	13
<i>Legenes bruk av språkhjelpemidler i 2018</i>	14
<i>Relevante resultater fra studien i 2009</i>	15
<i>Forskjeller mellom studiene i 2018 og 2009</i>	18
Diskusjon	21
<i>Hovedfunn</i>	21
<i>Styrker og svakheter</i>	21
<i>Responsrate</i>	23
<i>Legenes opplevelse av språkvansker versus pasientenes selverkjente språkvansker</i>	24
<i>Sammenligning med tidligere forskning</i>	24
<i>Endring i bruk av språkhjelpemidler</i>	26
<i>Relevans av funnene</i>	26
Konklusjon	28
Referanser	29
Vedlegg	31
<i>Vedlegg 1: Norsk versjon av spørreskjemaet benyttet i 2018</i>	31
<i>Vedlegg 2: Engelsk versjon av spørreskjemaet benyttet i 2018</i>	33
<i>Vedlegg 3: Norsk versjon av spørreskjemaet benyttet i 2009</i>	35

Sammendrag

Bakgrunn

Det norske samfunnet er gjennom globalisering og innvandring blitt stadig mer sammensatt og mangfoldig, og dette byr på nye utfordringer for helsepersonell i kommunikasjon med pasienter. Denne studien ønsket å kartlegge i hvilken grad leger ved allmennlegevakten i Oslo opplever språkvansker i konsultasjoner med innvandrerpasienter, og hvilke hjelpemidler som eventuelt blir benyttet til å løse språkutfordringen.

Metode

Studien er en tverrsnittsundersøkelse av pasienter med innvandrerbakgrunn som oppsøkte allmennlegevakten ved Oslo legevakt i løpet av en 6 ukers periode i januar og februar 2018. Dataene ble samlet inn ved hjelp av et todelt spørreskjema der første del ble fylt ut av pasienten og andre del av behandlende lege. De viktigste variablene var pasientens kjønn, alder, fødeland og morsmål, pasientens subjektive vurdering av egne norskferdigheter, legens opplevelse av språkvansker, og bruk av språkhjelpemidler under konsultasjonen. Dataene ble lagt inn og analysert i statistikkprogrammet SPSS, og sammenlignet med tilsvarende datamateriale fra en studie i 2009.

Resultater

Med en responsrate på 51,1 % var det 210 spørreskjemaer som ble inkludert i analysearbeidet. Av deltagerne vurderte 32,4 % norskferdighetene sine til den dårligste kategorien "ikke bra". Legene anga at de ikke opplevde språkvansker i det hele tatt i 47,7 % av konsultasjonene, mens de opplevde store eller svært store språkvansker i 12,2 % av konsultasjonene. Det ble brukt et språkhjelpemiddel i 50,0 % av konsultasjonene, der det hyppigst brukte språkhjelpemiddelet var at legen selv snakket et utenlandsk språk med pasienten. Autorisert tilstedeværende tolk eller telefontolk ble brukt i 9,5 % av konsultasjonene. Sammenlignet med studien i 2009 ble et språkhjelpemiddel brukt i signifikant flere konsultasjoner, og bruken av autorisert tilstedeværende tolk eller telefontolk var signifikant høyere.

Konklusjon

Å være lege på en storbylegevakt i Oslo innebærer betydelige kommunikasjonsutfordringer. Bruken av profesjonell tolk på Oslo legevakt ser ut til å ha økt siden 2009, men det foreligger fremdeles et behov for forbedring i møtet med innvandrere der språkbarrierer eksisterer.

Abstract

Background

Through globalization and immigration, Norwegian society has become increasingly complex and diverse. This presents new challenges in communication between health workers and patients. This study wanted to investigate the extent to which doctors at the Oslo General Emergency Outpatient Clinic experience language barriers in consultations with immigrant patients, and how they potentially manage to solve these challenges.

Methods

The study was a cross-sectional survey of immigrant walk-in patients attending the Oslo General Emergency Outpatient Clinic during 6 weeks in January and February 2018. We collected the data using a two-part questionnaire where the first part was filled in by the patient and the second part by the doctor. Important variables were the patients' gender, age, country of origin and native language, the patients' self-reported level of Norwegian language skills, the experience of language barriers by the doctor, and types of interpretation methods potentially used. The data was entered into and analyzed using SPSS Statistics, and compared with similar data material collected during a study conducted in 2009.

Results

210 questionnaires were included in the analyses (response rate 51.1 %). Of these, 32.4 % rated their Norwegian skills to the category «not good». The doctors experienced no language barriers at all in 47.7 % of the consultations, and a high or very high degree of language barriers in 12.2 % of the consultations. An interpretation method was needed in 50.0 % of the consultations. Most often the doctor spoke a foreign language with the patient, while in-person or telephone interpreting services were used in 9,5 % of the consultations. Compared to the data from 2009, an interpretation method was used in substantially more consultations. Also, the use of in-person or telephone interpreting services was significantly higher.

Conclusions

Working as a doctor in an emergency outpatient clinic in Oslo involves significant challenges to communication. The use of professional interpreters in consultations at Oslo Emergency Outpatient Clinic has increased, but there is still a need for improvement in the encounters where language barriers exist.

Bakgrunn

Det norske samfunnet og befolkningen er gjennom globalisering og innvandring fra ulike deler av verden blitt stadig mer sammensatt og mangfoldig. Ifølge statistisk sentralbyrå (SSB) var det ved inngangen til 2017 til sammen ca. 884 000 personer i Norge som enten har innvandret selv (725 000) eller er født i Norge med to innvandrerforeldre (159 000) (1). Til sammen utgjør disse to gruppene omtrent 17 % av Norges befolkning. Til sammenligning var antallet personer med innvandrerbakgrunn i Norge ca. 655 000 ved inngangen til 2012 og ca. 415 000 ved inngangen til 2007. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre utgjorde da henholdsvis 13,1 % og 8,9 % av Norges befolkning.

Innvandrerne som bor i Norge kommer fra 221 forskjellige land og selvstyrte regioner (1). De største gruppene av innvandrere har bakgrunn fra Polen, Litauen og Somalia. I perioden 2007-2015 var arbeid etterfulgt av familiegjenforening de viktigste årsakene til innvandring. I 2016 utgjorde derimot familiegjenforening etterfulgt av flukt de viktigste årsakene. Det er stor variasjon i hvor lenge innvandrerne har bodd i Norge. Generelt har grupper fra Pakistan, Vietnam, Tyrkia og Marokko bodd lenge i Norge, mens innvandrere fra de nyere EU-landene som Polen og Litauen har kort botid. Flyktninger fra land som Syria, Somalia og Afghanistan er også grupper med kort botid i Norge. Asylsøkere som har søkt om beskyttelse i Norge, men ikke har fått søknaden sin endelig godkjent, er ikke med i SSBs statistikk og vil derfor også kunne utgjøre en betydelig andel.

Et stadig økende mangfold i befolkningen gir nye utfordringer for helsepersonell i forhold til kommunikasjon med pasientene. Undersøkelser har vist at 60-80 % av diagnosene på et fastlegekontor kan stilles på bakgrunn av sykehistorie alene (2, s. 74).

Etter Helsepersonelloven § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet, og dessuten samarbeide med annet kvalifisert personell der pasientens behov tilsier det. Etter Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 skal pasienten «ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen». § 3-5 presiserer videre at denne informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Helsepersonell har derfor en plikt til å vurdere behovet for og eventuelt bestille tolk med nødvendige kvalifikasjoner. Helsedirektoratets «Veileder om kommunikasjon via tolk» (3) skal bidra til å

gi helse- og omsorgspersonell kompetanse til å bestille kvalifiserte tolker og til å gjennomføre samtaler via tolk.

I Helsedirektoratets «Veileder om kommunikasjon via tolk» (3) står det at det brukes for lite kvalifisert tolk i helse- og omsorgstjenestene i dag, og at det til dels benyttes ukvalifiserte personer, familiemedlemmer, til og med barn, til tolking. En kvalifisert tolk har absolutt taushetsplikt og skal ifølge veilederen

- gjengi muntlig, eventuelt med tegn eller skrift, og på annet språk eller kommunikasjonsform, en persons tale for andre lyttere på det tidspunktet ytringen blir gjort
- gjengi innholdet i alt som kommer til uttrykk uten å endre, tilføye eller utelate noe
- opptre upartisk og ikke delta i samtalen med egne meninger eller råd
- ikke veilede partene eller svare på vegne av partene i samtalen
- ikke pålegges andre oppgaver enn tolkingen under oppdraget
- si ifra når tolking ikke kan skje på forsvarlig måte
- ikke ha ansvar for pasienten før eller etter tolkingen og skal skjermes for uønsket kontaktpress

Helsedirektoratet anbefaler å bruke Nasjonalt tolkeregister for å sikre best mulig kvalifisert tolk. Dette er et register som gir informasjon om kvalifikasjonene til den enkelte tolk, der tolkene er rangert i kategori 1-5 ut fra formelle kvalifikasjonsnivåer. Registeret kan benyttes enten ved å kontakte tolken direkte, eller ved å stille krav til et eventuelt formidlingsbyrå om at den formidlede tolken skal være oppført og i høyest mulig tilgjengelig kategori.

Veilederen er imidlertid først og fremst rettet mot inneliggende pasienter og elektiv oppfølging av pasienter på sykehus, samt pasienter til planlagte konsultasjoner i allmennpraksis. I øyeblikkelig hjelp situasjoner slik som det dreier seg om på legevakt og akuttmottak er det derimot vanskeligere å få tak i tolk da man ikke har muligheten til å bestille tolk på forhånd. Resultatene fra en tysk studie fra 2009 blant barneleger viste at tilgang på profesjonell tolk var avhengig av situasjonen, og at bruken av både voksne og unge familiemedlemmer som tolk var vesentlig større i akuttsituasjoner (4).

Studier viser at god kommunikasjon mellom lege og pasient er viktig for utfallet av konsultasjonen. En studie publisert i 2011 utførte strukturerte intervjuer med helsepersonell forskjellige steder i Europa, og konkluderte med at språkbarrierer utgjorde den oftest rapporterte utfordringen i håndtering av innvandrere (5). Deltagerne uttrykte en bekymring for at innvandrere ikke klarte å formidle plagene sine på en adekvat måte pga. språkproblemer, og at dette derfor ofte resulterte i økt bruk av kliniske undersøkelser og diagnostiske tester. En britisk studie publisert i 2016 støttet ytterligere opp om betydningen av språk for god kommunikasjon da den konkluderte med at sørasiatiske pasienter generelt vurderte kommunikasjonen som dårligere enn hvite britiske pasienter innenfor de samme praksisklinikkene (6). Det er imidlertid også viktig for utfallet av konsultasjonene at tolkene som benyttes er både språklig, kulturelt og sosialt kompetente (7).

Til tross for at et stort antall studier viser at bruk av tolk i mange tilfeller er en viktig del av konsultasjonen med innvandrere, brukes tolk mange steder altfor lite. En tverrsnittundersøkelse utført på akuttmottak ved fire sykehus i Boston i 2002 fant at 11 % av pasientene hadde behov for tolk (8). Blant disse ble profesjonell tolk brukt i bare 15 % av tilfellene, mens det i 11 % av tilfellene ikke ble brukt tolk i det hele tatt. En annen amerikansk studie fra 1995 registrerte ved hjelp av spørreskjemaer andelen ikke-engelskspråklige pasienter og bruk av tolk i primærhelsetjenesten i California (9). Resultatene viste at lege og pasient ikke delte felles språk i 15 % av konsultasjonene, mens profesjonell tolk kun ble brukt i ca. 6 % av konsultasjonene med fremmedspråklige pasienter.

Andre studier har registrert behovet for tolk i konsultasjoner på sykehus, legevakt og i allmennpraksis. En dansk studie publisert i 2012 registrerte ved hjelp av telefonintervjuer innvandreres selvrappørterte behov for tolk i konsultasjon med allmennlege i løpet av det siste året (10). Resultatene viste at 20 % av innvandrerne som hadde bodd i Danmark i 3-7 år og 15 % av innvandrerne med over 7 års botid i Danmark rapporterte behov for tolk. Resultatene fra en gresk spørreskjemaundersøkelse fra 2012 blant innvandrere i Hellas, viste at deltagerne rapporterte kommunikasjonsvansker med helsepersonell som et av de viktigste problemene knyttet til offentlige helsetjenester (11). Studien viste også at kun 20 % av de spurte rapporterte at de hadde god eller veldig god kunnskap om de offentlige helsetjenestene, og at økende evne til å snakke gresk var assosiert med økende grad av kunnskap om helsetjenestene.

En dansk studie publisert i 2007 undersøkte forskjeller blant innvandrere og etnisk danske i årsaken til at de valgte å oppsøke akuttmottak fremfor allmennlege (12). Det viste seg at innvandrere i større grad valgte å oppsøke akuttmottak direkte fordi de hadde vanskeligheter med å redegjøre for sine plager på telefon dersom de skulle forsøke å bestille time hos fastlege. Dette resulterte i at innvandrere hadde flere henvendelser preget av ikke øyeblikkelig hjelp tilstander, noe de ikke hadde trengt å oppsøke akuttmottaket for.

Ved søk i litteratur og databaser finnes også enkelte studier som undersøker tolkebruk i Norge. Resultatene fra en forskningsartikkel publisert i 2012 viste at tolketakster ble brukt i henholdsvis 12,6 %, 2,6 %, 16 % og 15,7 % av legevaktkonsultasjonene med innvandrere fra Polen, Tyskland, Somalia og Irak (13). Dette var en registerbasert studie der datamaterialet omfattet elektronisk informasjon fra HELFO for legevakttjenesten i Norge i løpet av 2008. En norsk studie fra 2004-2005 benyttet spørreskjemaer utsendt til fastleger og utøvere innen spesialisthelsetjenesten på sykehus i Oslo for å undersøke ulike aspekter ved tolkebruk blant helsepersonell i Oslo (14). Resultatene viste at kun 30 % brukte tolk ganske ofte (fra hver dag til noen ganger i måneden), og nesten 35 % rapporterte at det ofte eller alltid oppsto situasjoner hvor det ikke ble brukt tolk selv om pasientens norskkunnskaper var mangelfulle. 26 % oppga «tidkrevende og upraktisk» som vanligste årsak til at det ikke ble brukt tolk, mens 21 % oppga «dårlig tilgjengelighet på tolketjenester» som den vanligste årsaken.

I Oslo utgjør personer med innvandrerbakgrunn hele 33 % av befolkningen, og Oslo er følgelig den kommunen med størst andel innvandrere (1). Det er et generelt inntrykk at mange av pasientene på Oslo Legevakt har sin opprinnelse fra fremmedspråklige land. Dette gjelder både asylsøkere, innvandrere, norskfødte med innvandrerforeldre, og fremmedarbeidere fra EU-land. En studie fra 2009 viste at pasienter med innvandrerbakgrunn utgjorde 42 % av pasientene på allmennlegevakten i Oslo (15). Dette var betydelig mer enn andelen de den gang utgjorde i Oslos generelle befolkning (27 %). Studien viste altså at innvandrere bruker Oslo legevakt i større grad enn etnisk norske. Dette vil nødvendigvis by på utfordringer i kommunikasjonen mellom lege og pasient og medføre behov for tolk i mange tilfeller. Vi vet imidlertid ikke eksakt hvor store språkproblemene er og hvor ofte tolk brukes. Dette er spørsmål som denne undersøkelsen vil kunne være med på å besvare.

Formål og problemstilling

Formålet med undersøkelsen er å kartlegge i hvilken grad leger ved allmennlegevakten ved Oslo legevakt opplever språkvansker i konsultasjoner med innvandretpasienter, og hvilke hjelpemidler som eventuelt benyttes til å løse språkutfordringen. Resultatene fra undersøkelsen vil så brukes i kombinasjon og sammenligning med tilsvarende data samlet inn ved Oslo legevakt i 2009. Resultatene fra undersøkelsen vil kunne si noe om behovet for forbedring av konsultasjoner med kommunikasjonsutfordringer. De vil dermed kunne bidra til å øke kvaliteten i helsetilbudet til innvandrere og gi en mer likeverdig helsetjeneste. Dette er særlig viktig i Oslo og andre kommuner der innvandrere utgjør en betydelig andel av befolkningen og der andelen er stadig økende.

Metode

Studiedesign

Undersøkelsen er en tverrsnittundersøkelse der dataene ble samlet inn ved hjelp av enkle spørreskjemaer og analysert ved hjelp av kvantitativ statistisk metode.

Utvalg

Vi ønsket å inkludere konsultasjoner med pasienter i alle aldre, av begge kjønn, og med et annet land enn Norge som fødeland, som på egenhånd eller sammen med pårørende oppsøkte Oslo legevakt i løpet av en 4-6 ukers periode i januar og februar 2018. Vi inkluderte altså ikke norskfødte pasienter med innvandrerbakgrunn. Rekrutteringen av pasienter foregikk på venterommet på allmennlegevakten. Av praktiske grunner valgte vi ikke å inkludere pasienter som var sendt til skadelegevakt, ankom i ambulanse, hadde høy hastegrad, var sterkt beruset, eller var desorienterte av andre grunner. Dette utgjorde tilsvarende eksklusjonskriterier som ved studien i 2009, bortsett fra at denne studien også inkluderte nordmenn og andregenerasjonsinnvandrere. Vi tenkte at 500 pasienter rekruttert tilfeldig i forskjellige tidsrom i løpet av en 4-6 ukers periode ville være et tilstrekkelig antall deltagere for å kunne gi tilfredsstillende resultater.

Variabler

Vi benyttet et todelt spørreskjema. Første del ble fylt ut av pasienten selv på venterommet i forkant av konsultasjonen, mens andre del ble fylt ut av behandlende lege i etterkant av konsultasjonen. Spørreskjema følger som vedlegg 1 (norsk) og vedlegg 2 (engelsk). Spørreskjema benyttet ved studien i 2009 følger som vedlegg 3.

Variabler som inngikk i første del:

- Pasientens kjønn og alder
- Pasientens fødeland og morsmål
- Pasientens subjektive vurdering av egne norskferdigheter

Variabler som inngikk i andre del:

- Dato og tid for konsultasjonen
- Legens opplevelse av språkvansker
- Bruk av tolk/språkhjelpemidler under konsultasjonen

Datainnsamling

Vi rekrutterte deltagere til studien fra venterommet på allmennlegevakten i Oslo. Da vi bare ønsket å inkludere førstegenerasjonsinnvandrere, måtte vi spørre alle pasienter om deres fødeland, og gi aktuelle deltakere en muntlig og skriftlig invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen. I denne informasjonen kom det frem at deltakelse var frivillig og at det ikke var noen plikt å besvare spørreskjemaet, samt at det ikke ville påvirke den helsehjelpen som ble gitt dersom pasienten valgte å ikke delta. Utfylling av spørreskjema og innlevering av dette til lege ble regnet som tilstrekkelig samtykke. Vi registrerte også antall avslag.

Pasienten fylte ut første del av spørreskjemaet under ventetiden på venterommet og leverte det til behandlende lege når han/hun ble tatt inn til konsultasjon. Etter endt konsultasjon fylte legen ut spørreskjemaets andre del og la skjemaet på et bestemt oppsamlingssted. Resultatene fra undersøkelsen ble behandlet anonymt slik at både lege og pasient var sikret full konfidensialitet. Løpenummer som var påført spørreskjemaet inngikk kun som hjelpenummer i analysearbeidet, og hadde ingen link til navn eller pasientregistre.

Analyse

Svarene fra spørreskjemaene ble lagt inn og analysert i statistikkprogrammet SPSS. Datamaterialet ble videre analysert med deskriptiv statistikk for å kunne svare på prosjektets forskningsspørsmål. Dataene ble også sammenlignet med tilsvarende data fra studien i 2009 ved bruk av relevante analyser.

Etikk

Studien ble forelagt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst-Norge (REK sør-øst) som fant at prosjektet ikke var framleggingspliktig for REK da all

datahåndtering i prosjektet skulle skje anonymt (referansenummer: 2017/1977 A). Det ble også sendt søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) som fant at prosjektet ikke var omfattet av meldeplikten etter personopplysningsloven da det ikke skulle behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler eller opprettes manuelt personregister som kunne inneholde sensitive opplysninger (referansenummer: 56959 / 3 / STM).

Resultater

Over en periode på ca. 6 uker i januar og februar 2018 ble totalt 447 pasienter som tilfredsstilte inklusjonskriteriene på allmennlegevakten i Oslo spurt om å delta i studien. Av disse var det 36 personer (8 %) som ikke ønsket å delta, mens de resterende 411 (92 %) fikk utdelt skjemaer til utfylling. Av de utdelte skjemaene var det 210 (responsrate på 51,1 %) som ble levert inn igjen til oppsamlingsstedet. Deltagerne kunne velge mellom å få spørreskjemaet på norsk eller engelsk. 142 (67,6 %) av de innleverte skjemaene var på norsk språk, mens de resterende 68 (32,4 %) spørreskjemaene var på engelsk.

Karakteristika ved deltagerne i 2018

De 210 deltagerne kom fra 58 forskjellige land og representerte alle kontinentene bortsett fra Oseania. Den største gruppen på 57 personer (27,1 %) oppga land innenfor Asia inklusive Tyrkia som fødeland (tabell 1). Videre kom 44 (21,0 %) deltagere fra Øst-Europa, 42 (20,0 %) deltagere fra Afrika og 36 (17,2 %) deltagere fra Vest-Europa utenom Norden eller Nord-Amerika. Polen, Sverige, Portugal, Pakistan og Somalia utgjorde de hyppigst representerte landene, idet 37,6 % av deltagerne oppga et av disse landene som sitt fødeland. Blant deltagerne var det 108 menn (51,4 %) og 102 kvinner (48,6 %). Gjennomsnittsalderen på deltagerne var 40,4 år (median 37 år) med høyeste alder på 88 år og laveste alder på 16 år. Fire personer (1,9 %) oppga norsk språk som sitt morsmål.

Tabell 1: Karakteristika for pasienter i 2018 og 2009.

	2018 n (%)	2009 n (%)	p-verdi	Totalt n (%)
Antall pasienter	210	521		731
Kjønn				
Mann	108 (51.4)	242 (46.6)	0.22	350 (47.9)
Kvinne	102 (48.6)	277 (53.4)	0.26	379 (51.8)
Ikke utfylt	0 (0)	2 (0.4)		2 (0.3)
Alder				
Gjennomsnitt (antall år)	40.4	34.2	< 0.0001	35.9
Median	37.0	31.0		32
Min-max	16-88	16-82		16-88
Landregion				
Norden utenom Norge	22 (10.5)	121 (23.2)	< 0.0001	143 (19.6)
V. Europa og N. Amerika	36 (17.2)	40 (7.7)	< 0.0001	76 (10.3)
Øst-Europa	44 (21.0)	83 (15.9)	0.11	127 (17.4)
Asia med Tyrkia	57 (27.1)	161 (30.9)	0.31	218 (29.8)
Afrika	42 (20.0)	95 (18.2)	0.58	137 (18.7)
Sør- og Mellom-Amerika	9 (4.3)	21 (4.0)	0.87	30 (4.1)
Morsmål				
Norsk	4 (1.9)	29 (5.6)	< 0.05	33 (4.5)
Annet språk	205 (97.6)	483 (92.7)	< 0.05	688 (94.1)
Ikke utfylt	1 (0.5)	9 (1.7)		10 (1.4)

Selverkjente språkferdigheter i 2018

Totalt syntes 49 deltagere (23,3 %) at de behersket norsk språk svært godt, 53 deltagere (25,2 %) syntes at de behersket det ganske godt, 40 deltagere (19,0 %) syntes at de hadde nokså gode norskferdigheter, mens den største gruppen på 68 deltagere (32,4 %) vurderte norskferdighetene sine til kategorien «ikke bra» (tabell 2). Blant deltagere fra Sverige var det 66,7 % som oppga at de hadde svært gode norskferdigheter, mens det blant deltagere fra Polen motsatt var 60,0 % som kategoriserte norskferdighetene sine som «ikke bra». Også når deltagerne kategoriseres etter regioner oppgir 59,1 % av deltagerne fra nordiske land at de behersker norsk språk svært godt. Derimot oppgir 61,1 % av deltagerne fra Vest-Europa utenom Norden eller Nord-Amerika og 54,5 % av deltagerne fra østeuropeiske land at de

norske språkferdighetene er «ikke bra». Blant deltagere fra Afrika mente hele 47,6 % at de behersket norsk språk ganske godt.

Tabell 2: Pasientenes selvopplevde språkferdigheter i norsk. N = 210.

	Svært bra	Ganske bra	Nokså bra	Ikke bra
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Landregioner (n = 210)				
Norden utenom Norge	13 (59.1)	6 (27.3)	3 (13.6)	0 (0.0)
V. Europa og N. Amerika	5 (13.8)	5 (13.8)	4 (11.1)	22 (61.1)
Øst-Europa	10 (22.7)	3 (6.8)	7 (15.9)	24 (54.5)
Asia med Tyrkia	12 (21.1)	16 (28.1)	13 (22.8)	16 (28.1)
Afrika	6 (14.3)	20 (47.6)	11 (26.2)	5 (11.9)
Sør- og Mellom-Amerika	3 (33.3)	3 (33.3)	2 (22.2)	1 (11.1)
Total:	49 (23.3)	53 (25.2)	40 (19.0)	68 (32.4)
Hyppige land (n = 98)				
Sverige	12 (66.7)	4 (22.2)	2 (11.1)	0 (0.0)
Polen	3 (12.0)	1 (4.0)	6 (24.0)	15 (60.0)
Pakistan	1 (9.1)	4 (36.4)	3 (27.3)	3 (27.3)
Somalia	1 (9.1)	7 (63.6)	3 (27.3)	0 (0.0)
Total:	17 (26.2)	16 (24.6)	14 (21.5)	18 (27.7)

Legenes opplevelse av språkvansker i 2018

Som vi ser av tabell 3, opplevde legene i 94 av konsultasjonene (47,7 %) at det ikke var noen språkvansker i det hele tatt. Videre opplevde de liten grad av språkvansker i 52 konsultasjoner (26,4 %), noen grad av språkvansker i 27 konsultasjoner (13,7 %), stor grad av språkvansker i 14 konsultasjoner (7,1 %) og svært store språkvansker i 10 konsultasjoner (5,1 %). I konsultasjon med svenske pasienter opplevde alle legene ingen eller liten grad av språkvansker. I konsultasjon med pasienter fra Polen rapporteres det derimot om store eller svært store språkvansker i 20,8 % av konsultasjonene. Når svarene kategoriseres etter landregioner er legenes opplevelse av språkvansker størst i konsultasjon med pasienter fra Afrika, Vest-Europa og Nord-Amerika, samt Øst-Europa. Her viser resultatene store eller svært store språkvansker i 22,2 % av konsultasjonene med pasienter fra Afrika, 14,7 % av konsultasjonene med pasienter fra Vest-Europa og Nord-Amerika, og 14,0 % av konsultasjonene med pasienter fra Øst-Europa. Derimot oppgir legene ingen eller liten grad av språkvansker i alle konsultasjonene med pasienter fra nordiske land.

Stigende alder hos innvandrerpasientene var assosiert med økt grad av opplevde språkvansker hos legene. OR var 1,33 (95 % 0,57-3,10) for aldersgruppen 30-49 år og 2,18 (95 % 0,94-5,05) for aldersgruppen ≥ 50 år sammenlignet med referansegruppen 16-29 år. Analysene viste også en ikke signifikant assosiasjon mellom mannlig kjønn og økt grad av opplevde språkvansker hos legene (OR 1,64 95 % 0,86-3,13) sammenlignet med kvinner.

Tabell 3: Legens opplevelse av språkvansker i konsultasjon med innvandrerpasienter for pasienter i 2018

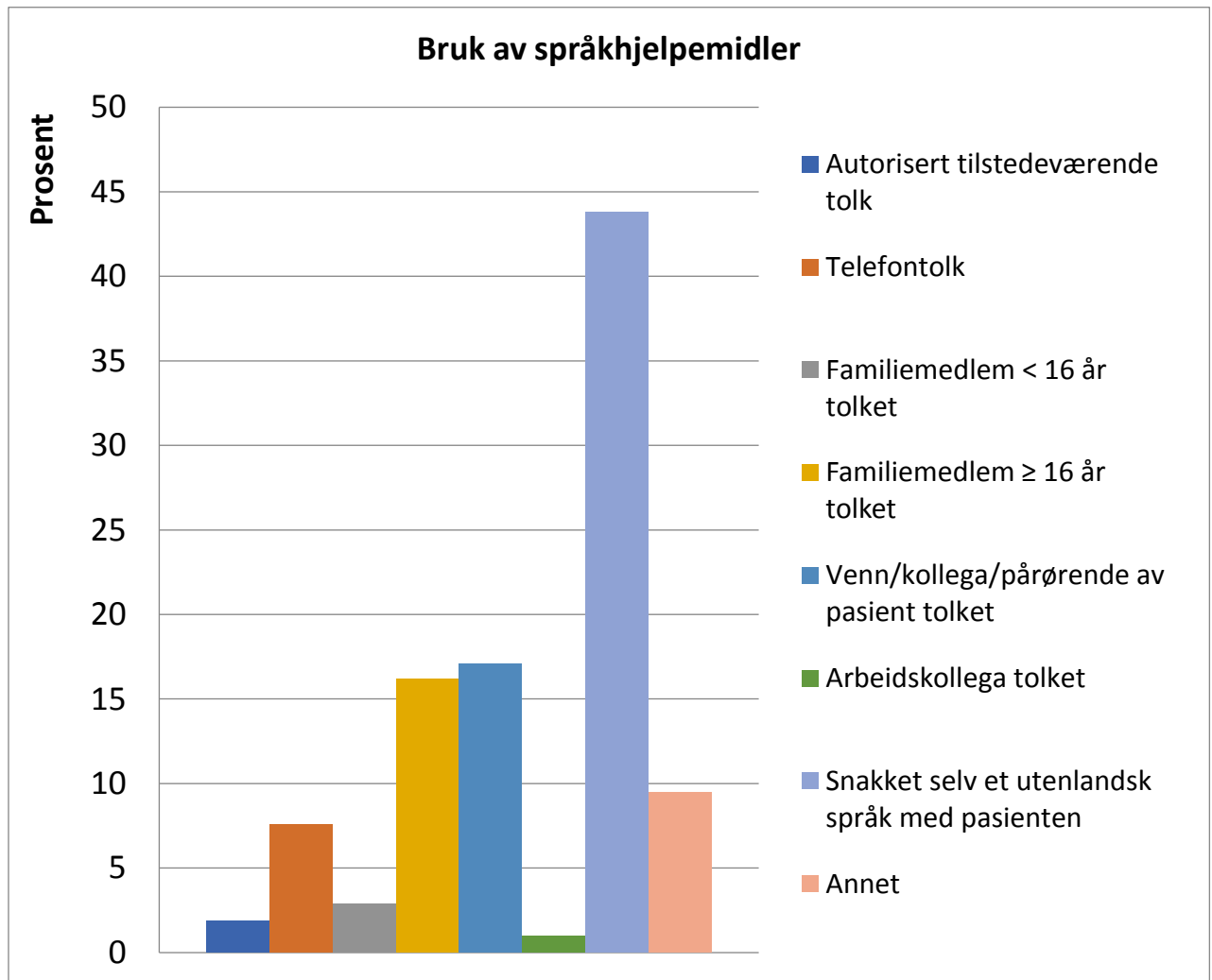
	Ingen n (%)	I liten grad n (%)	I noen grad n (%)	I stor grad n (%)	I svært stor grad n (%)
Regioner (n = 197)					
Norden utenom Norge	18 (81.8)	4 (18.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
V. Europa og N. Amerika	15 (44,1)	9 (26.5)	5 (14.7)	3 (8.8)	2 (5.9)
Øst-Europa	17 (39.5)	16 (37.2)	4 (9.3)	3 (7.0)	3 (7.0)
Asia med Tyrkia	27 (50.9)	12 (22.6)	9 (17.0)	1 (1.9)	4 (7.5)
Afrika	12 (33.3)	10 (27.8)	6 (16.7)	7 (19.4)	1 (2.8)
Sør- og Mellom-Amerika	5 (55.6)	1 (11.1)	3 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total	94 (47.7)	52 (26.4)	27 (13.7)	14 (7.1)	10 (5.1)
Hyppige land (n = 61)					
Sverige	14 (77.8)	4 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Polen	8 (33.0)	9 (37.5)	2 (8.3)	2 (8.3)	3 (12.5)
Pakistan	4 (40.0)	3 (30.0)	3 (30.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Somalia	3 (33.3)	4 (44.4)	1 (11.1)	1 (11.1)	0 (0.0)
Total	29 (47.5)	20 (32.8)	6 (9.8)	3 (4.9)	3 (4.9)

Legenes bruk av språkhjelpemidler i 2018

Av 210 konsultasjoner var det 105 konsultasjoner (50,0 %) hvor det var brukt en eller annen form for språkhjelpemiddel. I 46 (43,8 %) av disse snakket legen selv et utenlandsk språk med pasienten (figur 1). Familienmedlem ≥ 16 år tolket i 17 konsultasjoner (16,2 %), familienmedlem < 16 år i 3 konsultasjoner (2,9 %), venn, kollega eller pårørende av pasient i 18 konsultasjoner (17,1 %), og arbeidskollega tolket i 1 konsultasjon (1,0 %). Autorisert

tilstedeværende tolk ble brukt i 2 konsultasjoner (1,9 %) og telefontolk i 8 konsultasjoner (7,6 %). I 10 konsultasjoner (9,5 %) har legen krysset av for «annet».

Figur 1: Bruk av språkhjelpemidler i konsultasjon med innvandrerpasienter ved Oslo legevakt i 2018



Relevante resultater fra studien i 2009

Studien fra 2009 inkluderte 521 førstegenerasjonsinnvandrere som til sammen representerte 79 ulike nasjonaliteter. Den største gruppen på 161 deltagere (30,9 %) kom fra Asia inklusive Tyrkia (se tabell 1). De tre nest hyppigste landregionene var Norden utenom Norge (23,2 %), Afrika (18,2 %) og Øst-Europa (15,9 %). Deltagergruppen besto av 242 menn (46,6 %) og 277 kvinner (53,4 %) med gjennomsnittsalder på 34,2 år (median 31 år). Yngste deltaker var 16 år, mens den eldste var 82 år. Opprinnelig hadde denne studien også deltagere yngre enn

16 år, men man valgte å ekskludere disse pasientene i forbindelse med analysearbeidet i dette prosjektet, i den hensikt å gjøre de to populasjonene likere og dermed få en mer korrekt sammenligning av resultatene. Ved svært unge pasienter er man ofte avhengig av språkferdigheter hos foreldre eller andre pårørende.

Slik tabell 4 viser, anga legene ingen eller liten grad av språkvansker i henholdsvis 267 (60,4 %) og 82 (18,6 %) konsultasjoner. Videre opplevde de språkvansker i noen grad i 58 konsultasjoner (13,1 %), i stor grad i 25 konsultasjoner (5,7 %) og i svært stor grad i 10 konsultasjoner (2,3 %). Når resultatene kategoriseres etter landregioner er legenes opplevelse av språkvansker størst i konsultasjon med pasienter fra Øst-Europa, Asia inklusive Tyrkia og Afrika. For disse pasientgruppene opplevde legene stor eller svært stor grad av språkvansker i henholdsvis 18,8 %, 10,6 % og 8,2 % av konsultasjonene. I konsultasjon med pasienter fra Polen anga legene store eller svært store språkvansker i 31,4 % av konsultasjonene, og i konsultasjon med pasienter fra Somalia i 19,2 % av konsultasjonene.

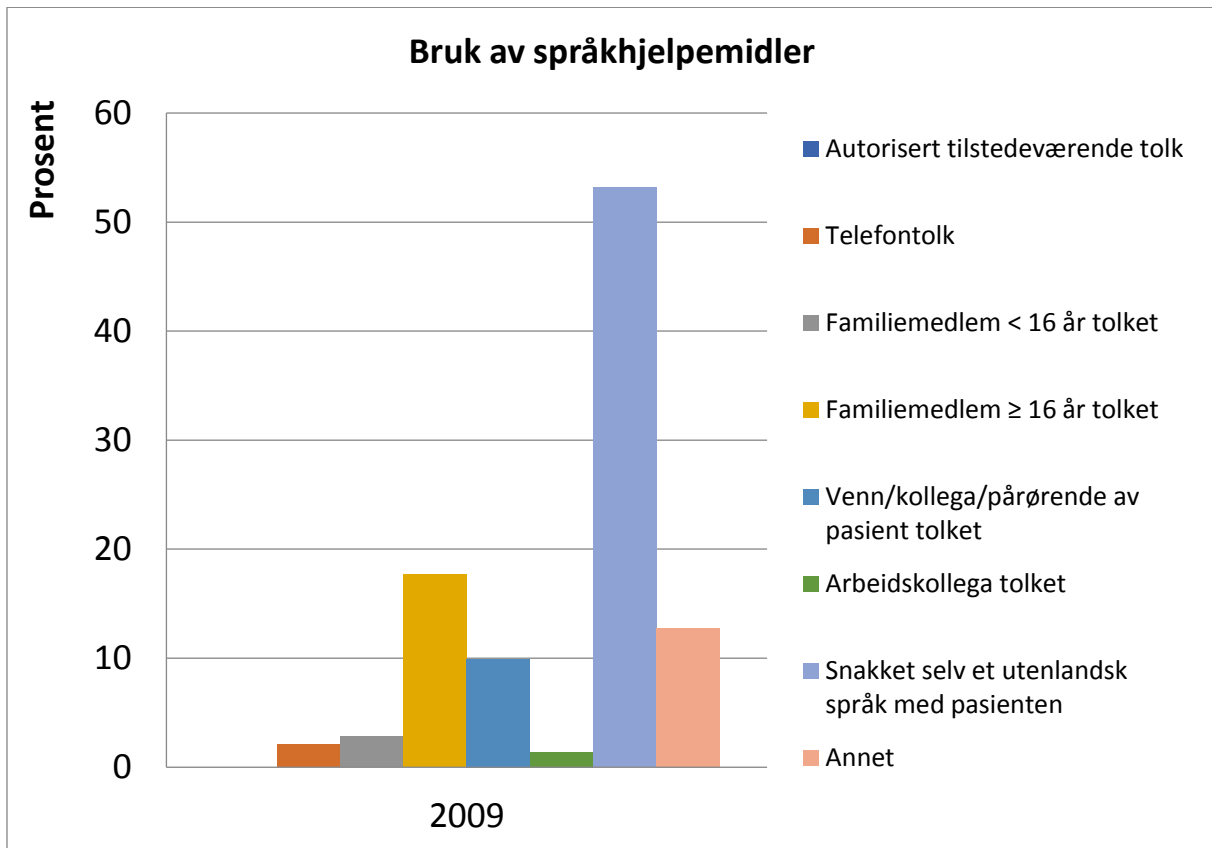
Som for 2018, viste også tallene fra 2009 en assosiasjon mellom stigende alder hos innvandrerpatientene og økende grad av opplevde språkvansker hos legene. OR for aldersgruppen 30-49 år var 1,87 (95 % 1,09-3,19) og OR for aldersgruppen ≥ 50 år var 3,76 (95 % 2,04-6,93). Tilsvarende var det også her en ikke signifikant assosiasjon mellom mannlig kjønn og økt opplevd grad av språkvansker sammenlignet med kvinner (OR 1,25 95 % 0,79-1,98).

Tabell 4: Legens opplevelse av språkvansker i konsultasjon med innvandrerpasienter i 2009

	Ingen n (%)	I liten grad n (%)	I noen grad n (%)	I stor grad n (%)	I svært stor grad n (%)
Regioner (n = 442)					
Norden utenom Norge	100 (92.6)	6 (5.6)	2 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)
V.Eur, N. Amerika, Oseania	19 (65.5)	8 (27.6)	1 (3.4)	0 (0.0)	1 (3.4)
Øst-Europa	26 (37.7)	11 (15.9)	19 (27.5)	8 (11.6)	5 (7.2)
Asia med Tyrkia	63 (47.4)	37 (27.8)	19 (14.3)	13 (9.8)	1 (0.8)
Afrika	47 (54.7)	19 (22.1)	13 (15.1)	4 (4.7)	3 (3.5)
Sør- og Mellom-Amerika	12 (70.6)	1 (5.9)	4 (23.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total:	267 (60.4)	82 (18.6)	58 (13.1)	25 (5.7)	10 (2.3)
Hyppige land (n = 183)					
Sverige	88 (93.6)	5 (5.3)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
Polen	9 (25.7)	4 (11.4)	11 (31.4)	7 (20.0)	4 (11.4)
Pakistan	11 (39.3)	8 (28.6)	6 (21.4)	3 (10.7)	0 (0.0)
Somalia	11 (42.3)	6 (23.1)	4 (15.4)	3 (11.5)	2 (7.7)
Total:	119 (65.0)	23 (12.6)	22 (12.0)	13 (7.1)	6 (3.3)

Av 521 konsultasjoner ble det brukt en eller annen form for språkhjelpemiddel i 141 (27,1 %) av konsultasjonene. I over halvparten av disse (53,2 %) snakket legen selv et utenlandsk språk med pasienten (figur 2). Familiemedlem ≥ 16 år tolket i 25 (17,7 %) konsultasjoner, familiemedlem < 16 år tolket i 4 (2,8 %) konsultasjoner, venn, kollega eller pårørende av pasienten tolket i 14 (9,9 %) konsultasjoner, og arbeidskollega tolket i 2 (1,4 %) konsultasjoner. I 18 konsultasjoner (12,8 %) har legen krysset av for «annet». Autorisert tilstedeværende tolk ble ikke brukt i det hele tatt i løpet av perioden med datainnsamling i 2009, mens telefontolk ble brukt i 3 konsultasjoner (2,1 %).

Figur 2: Bruk av språkhjelpemidler i konsultasjon med innvandrerpasienter ved Oslo Legevakt i 2009



Forskjeller mellom studiene i 2018 og 2009

Både i 2009 og i 2018 kom den største gruppen deltagere fra Asia inklusive Tyrkia (se tabell 1). I 2009 representerte imidlertid en vesentlig større andel av deltakerne nordiske land (23,2 %) sammenlignet med studien i 2018 da kun 10,5 % oppga nordiske land som fødeland. Motsatt var det i 2018 en vesentlig større andel av deltagerne som kom fra Vest-Europa, Nord-Amerika eller Oseania (17,2 %) sammenlignet med kun 7,7 % i studien fra 2009. Analyser viser at begge disse forskjellene er signifikante med p-verdier på $< 0,0001$. Andelen kvinner var noe høyere i 2009 (53,4 %) enn i 2018 (48,6 %), men denne forskjellen er ikke signifikant. Både gjennomsnittsalder og median alder var høyere i 2018 enn i 2009, også i samsvar med høyere maksimal alder i 2018 enn i 2009, og denne forskjellen er signifikant med p-verdi på $< 0,0001$.

Språkhjelpemidler ble brukt signifikant hyppigere i 2018 enn i studien fra 2009, da en eller annen form for hjelpemiddel ble brukt i 50,0 % av konsultasjonene i 2018 til forskjell fra kun

27,1 % av konsultasjonene i 2009. I begge studiene var det hyppigst brukte språkhjelpemidlet at legen selv snakket et utenlandsk språk med pasienten (tabell 5). Dette utgjorde 53,2 % av språkhjelpemiddelbruken i 2009 og 43,8 % i 2018. Flere benyttet venn, kollega eller pårørende av pasienten som tolk i 2018 enn i 2009. Dette ble brukt i 9,9 % av konsultasjonene der det ble brukt et språkhjelpemiddel i 2009, og i 17,1 % av disse konsultasjonene i 2018. Det ser også ut til at bruken av tilstedeværende tolk og telefontolk er betydelig høyere i 2018 sammenlignet med i 2009. I 2009 ble det brukt telefontolk i 3 konsultasjoner (2,1 %), mens tilstedeværende tolk ikke ble brukt i det hele tatt. I 2018 ble derimot autorisert tilstedeværende tolk brukt i 2 konsultasjoner (1,9 %) og telefontolk i 8 konsultasjoner (7,6 %). Slik tabell 5 viser, er denne forskjellen i bruk av telefontolk signifikant med p-verdi på $< 0,05$.

Tabell 5: Bruk av språkhjelpemidler i konsultasjon med innvandrerpasienter på Allmennlegevakten i Oslo spesifisert for 2009 og 2018

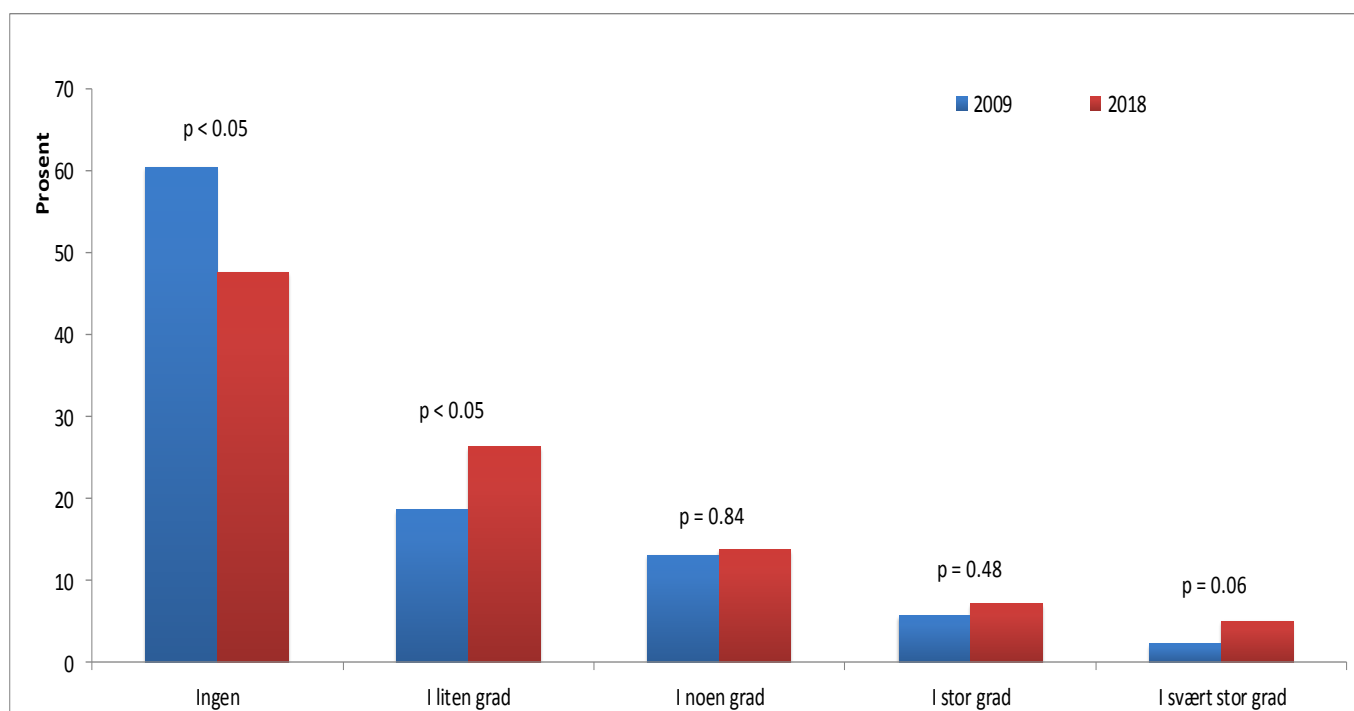
	2009 n (%)	2018 n (%)	p - verdi	Totalt n (%)
Språkhjelpemiddel:				
Autorisert tilstedeværende tolk	0 (0.0)	2 (1.9)	0.10	2 (0.8)
Telefontolk	3 (2.1)	8 (7.6)	< 0.05	11 (4.5)
Familiemedlem < 16 år tolket	4 (2.8)	3 (2.9)	0.99	7 (2.8)
Familiemedlem ≥ 16 år tolket	25 (17.7)	17 (16.2)	0.75	42 (17.1)
Venn/kollega/pårørende av pasient tolket	14 (9.9)	18 (17.1)	0.10	32 (13.0)
Arbeidskollega tolket	2 (1.4)	1 (1.0)	0.74	3 (1.2)
Snakket selv et utenlandsk språk med pasienten	75 (53.2)	46 (43.8)	0.14	121 (49.2)
Annet	18 (12.8)	10 (9.5)	0.42	28 (11.4)
Totalt	141 (100)	105 (100)	–	246 (100)

Som figur 3 viser, anga legene «ingen grad av språkvansker» i vesentlig flere av konsultasjonene i 2009 enn i 2018. Motsatt anga de imidlertid «liten grad av språkvansker» i flere av konsultasjonene i 2018 enn i 2009. Begge disse forskjellene er signifikante med p-verdi på $< 0,05$. Når de to kategoriene slås sammen blir imidlertid forskjellene mellom studiene mindre, med 74,1 % for studien fra 2018 og 79 % for studien fra 2009. På motsatt side anga legene store eller svært store språkvansker i 12,2 % av konsultasjonene i 2018 og 8,0 % av konsultasjonene i 2009. Dette samsvarer med hyppigere bruk av språkhjelpemidler i 2018, men kan sannsynligvis ikke forklare en økning på 22,9 %. Språkhjelpemiddelbruk på 50,0 % og 27,1 % av konsultasjonene i henholdsvis 2018 og 2009, sett i sammenheng med

ingen eller liten grad av språkvansker i 74,1 % og 79 % av konsultasjonene, indikerer at det er brukt språkhjelpemidler også i en betydelig andel av de konsultasjonene hvor legene har krysset av for ingen eller liten grad av språkvansker.

Resultatene fra begge studiene viser at stigende alder hos pasienten er assosiert med økende grad av opplevde språkvansker hos legene. Når tallene slås sammen blir OR 1,72 (95 % 1,10-2,71) for aldersgruppen 30-49 år og 3,16 (95 % 1,95-5,12) for aldersgruppen ≥ 50 år. Dette er en signifikant økning med p-verdi på henholdsvis $< 0,05$ og $< 0,001$. Sjansen for at legene opplevde store eller svært store språkvansker var altså 3,16 ganger høyere hos pasienter ≥ 50 år enn hos pasienter < 30 år. Begge studiene viste også en tendens til at legene opplevde høyere grad av språkvansker hos mannlige pasienter enn hos kvinnelige pasienter (OR 1,39 95 % 0,96-2,02). Denne forskjellen var imidlertid ikke signifikant.

Figur 3: Forskjell i opplevelse av språkvansker mellom 2009 og 2018



Diskusjon

Hovedfunn

De viktigste funnene i studien fra 2018 er listet opp i rammen nedenfor. Med en responsrate på 51,1 % var det 210 spørreskjemaer som ble inkludert i analysearbeidet. Vi fant at 32,4 % av deltagerne vurderte norskferdighetene sine til den dårligste kategorien “ikke bra”. Legene anga at de ikke opplevde språkvansker i det hele tatt i 47,7 % av konsultasjonene, mens de opplevde store eller svært store språkvansker i 12,2 % av konsultasjonene. Stigende alder og mannlig kjønn hos pasientene var assosiert med økende grad av opplevde språkvansker hos legene. Det ble brukt et språkhjelpemiddel i 50,0 % av konsultasjonene der det hyppigst brukte språkhjelpemiddelet var at legen selv snakket et utenlandsk språk med pasienten. Autorisert tilstedeværende tolk eller telefontolk ble brukt i 9,5 % av konsultasjonene. Sammenlignet med studien i 2009 ble et språkhjelpemiddel brukt i vesentlig flere konsultasjoner, og bruken av autorisert tilstedeværende tolk eller telefontolk var også betydelig høyere.

Hovedfunn

- 32 % vurderte norskferdighetene sine som «ikke bra»
- Legene opplevde store eller svært store språkvansker i 12 % av konsultasjonene
- Det ble brukt et språkhjelpemiddel i 50 % av konsultasjonene
- Det hyppigst brukte språkhjelpemiddelet var at legen snakket et utenlandsk språk
- Autorisert tilstedeværende tolk eller telefontolk ble brukt i 10 % av konsultasjonene
- Språkhjelpemidler ble brukt oftere enn i 2009
- Autorisert tilstedeværende tolk eller telefontolk ble brukt oftere enn i 2009

Styrker og svakheter

Datainnsamlingen ble utført over en periode på 6 uker i januar og februar 2018. Denne perioden antas å være representativ for normal aktivitet på allmennlegevakten, da det ikke var noen kjente medisinske epidemier eller spesielt mange turister i løpet av denne tiden. Utdelingen av spørreskjemaer foregikk i tilfeldige tidsrom innenfor perioden på 6 uker for å bidra til en representativ pasientpopulasjon. Likevel er nok særlig nattvakter underrepresentert

i forhold til dag- og kveldsvakter. Dersom en gruppe av pasienter tenderte til å oppsøke legevakten om natten, vil disse derfor sannsynligvis være underrepresentert i resultatene. Slik sett ville en 24-timers registrering ha vært en bedre metode for å unngå eventuelle seleksjonsskjevheter knyttet til dette.

Studien var basert på utdeling av enkle spørreskjemaer til innvandrerpatienter på venterommet ved allmennlegevakten i Oslo. Dette foregikk ved at alle pasienter på venterommet ble spurt om fødeland, og pasienter med fødeland utenfor Norge ble videre tilbudt å delta i studien. Denne fremgangsmåten bidro til å redusere risiko for seleksjonsskjevhet ved at alle pasienter ble spurt. Fremgangsmåten var imidlertid relativt tidkrevende da den krevde at en person var tilstede for å fange opp potensielle nye deltagere. 210 spørreskjemaer ble levert inn og dermed inkludert i analysearbeidet. I utgangspunktet hadde vi ønsket oss et deltagertall på ca. 500 pasienter for å sikre en representativ pasientpopulasjon. Retrospektivt mener vi at også 210 deltagere er tilstrekkelig for å få representativ informasjon om språkproblemer og bruk av språkhjelpemidler på allmennlegevakten da vi også har resultater fra 2009 å sammenlikne med.

Da deltagelse i studien var anonym og ikke registerbasert kunne den også inkludere pasienter som ikke var registrert i norsk folkeregister, slik som illegale innvandrere, asylsøkere med endelig avslag på søknad, eller arbeidsinnvandrere på korttidsopphold i Norge. Vi kunne ikke identifisere disse pasientene eller analysere denne gruppen for seg selv da et slikt spørsmål i et spørreskjema mest sannsynlig ville gitt upålitelige svar dersom innvandrerne vegret seg for spørsmålet. Dette betraktes imidlertid heller som en styrke ved studien da denne gruppen innvandrere sannsynligvis bidrar betydelig til språkvansker og behov for tolk i helsetjenesten. Derimot kan det oppfattes som en svakhet ved studien at den kun inkluderte pasienter som oppsøkte allmennlegevakten på egenhånd eller sammen med pårørende. Pasienter som var sendt til skadelegevakt, ankom i ambulanse, var sterkt beruset, eller var desorienterte av andre grunner, ble ikke inkludert.

Det kan diskuteres hvorvidt spørreskjemaer som fylles ut på egenhånd er en god målemetode for å oppnå pålitelige resultater. Når spørsmål på et skjema skal fylles ut av pasient eller lege på egenhånd, vil det gi rom for misforståelser og dessuten tolkningsdifferanser fra person til person. På spørreskjemaet anvendt i denne studien var det først og fremst spørsmålet om pasientens selverkjente norskferdigheter og legens opplevelse av språkvansker som kunne gi

rom for slike subjektive tolkningsforskjeller. Når det gjelder pasientens selverkjente norskferdigheter var imidlertid dette hensiktsmessig fordi man kunne sammenligne svarene med legenes opplevelse av språkvansker. Derimot ville det være en fordel at vurderingen av opplevde språkvansker hos legene var så objektiv som mulig. En felles gjennomgang av vurdering av svaralternativene blant legene i forkant av datainnsamlingen kunne således ha bidratt til bedre samkjøring.

Responsrate

Av totalt 447 potensielle deltagere som ble spurt om å delta i studien var det 36 personer (8 %) som ikke ville delta. Et generelt inntrykk er at den vanligste årsaken til avslag var smerter eller nedsatt allmenntilstand slik at pasientene ikke orket å fylle ut skjemaet. Dette gjaldt særlig de som kom alene til legevakten slik at de ikke hadde pårørende som eventuelt kunne hjelpe dem med utfyllingen. Det var nok imidlertid også slik at de som ga avslag oftere hadde betydelige språkvansker. Dette kunne gjøre at de ikke forsto informasjonen godt nok og derfor forestilte seg at undersøkelsen ville være mer tidkrevende og omfattende for dem enn den var. En del innvandrere var nok også skeptiske til å gi ut informasjon om seg selv, og særlig dersom de ikke forsto at undersøkelsen var anonym. Utfyllingen av skjemaet ville dessuten kreve mer konsentrasjon hos dem med språkvansker, noe som ville kunne øke terskelen for å delta særlig hos dem med samtidige smerter eller nedsatt allmenntilstand. Dersom det er slik at personer med store språkvansker oftere valgte å ikke delta enn personer med mindre språkvansker, kan dette ha ført til en seleksjonsskjevhet der personer med språkvansker er underrepresentert blant deltagerne.

Av 411 utdelte skjemaer var det kun 210 (51,1 %) skjemaer som ble levert inn på oppsamlingsstedet. Den viktigste årsaken til dette var nok sannsynligvis at mange dro hjem før de hadde vært til konsultasjon hos legen på grunn av lang ventetid. I tillegg kan noen ha glemt igjen skjemaet på venterommet eller glemt å levere skjemaet videre til legen under konsultasjonen. Det er selvfølgelig også en mulighet at legene kan ha glemt å levere inn skjemaet på oppsamlingsstedet. Det er lite som tilsier at det skulle være noen forskjell med hensyn til språkvansker mellom de skjemaene som ble levert inn og de som ikke gjorde det. Det kunne imidlertid tenkes at de med stor grad av språkvansker ikke alltid forsto at de skulle levere skjemaet til legen og derfor oftere utelot å levere skjemaet. I så fall ville dette igjen kunne medføre en seleksjonsskjevhet med en underrepresentasjon av personer med

språkvansker blant de innleverte skjemaene. Som nevnt var imidlertid språkvansker sannsynligvis ingen avgjørende årsak til den lave responsraten.

Legenes opplevelse av språkvansker versus pasientenes selverkjente språkvansker

Det er en interessant observasjon at totalt 32,4 % av deltagerne kategoriserte norskferdighetene sine som “ikke bra” (tabell 2), mens legene opplevde språkvansker i 25,9 % av konsultasjonene (tabell 3). Med språkvansker regner vi her at legen har krysset av for noen grad av språkvansker, stor grad av språkvansker eller svært stor grad av språkvansker. Av tabell 2 ser vi at det er innvandrere fra Vest-Europa utenfor Norden, Nord-Amerika og Oseania (61,1 %) samt innvandrere fra Øst-Europa (54,5 %) som oftest har angitt dårlige norskferdigheter. For de tilsvarende regionene har legene angitt språkvansker i henholdsvis 29,4 % og 23,3 % av konsultasjonene. Denne diskrepansen kan skyldes at innvandrerne har undervurdert egne norskferdigheter, eller at legene har underrapportert grad av språkvansker i konsultasjonene. Det ble anvendt en form for språkhjelpemiddel i 50,0 % av konsultasjonene til tross for at legene opplevde språkvansker i kun 25,9 % av konsultasjonene. Dette indikerer altså at diskrepansen i hvert fall i noen grad skyldes underrapportering av språkvansker i konsultasjonene fra legenes side. En mulig forklaring til dette er at legene har ansett det som liten grad av språkvansker dersom konsultasjonene har kunnet foregå på brukbart engelsk.

Motsatt er det også interessant at ingen av innvandrerne fra Somalia har kategorisert norskferdighetene sine som “ikke bra”, mens legene derimot har rapportert språkvansker i 22,2 % av konsultasjonene med somaliere, derav 11,1 % som store språkvansker. Mulige årsaksforklaringer til denne diskrepansen er at somalierne i større grad overvurderte sine egne norskferdigheter, at de hadde såpass store språkvansker at de ikke forsto spørsmålet, eller at de snakket dårligere engelsk sammenlignet med de ovennevnte gruppene fra Vest-Europa, Nord-Amerika, Oseania og Øst-Europa.

Sammenligning med tidligere forskning

Våre resultater indikerer at legevaksleger jevnlig opplever språkbarrierer i konsultasjon med innvandrerpasienter, at profesjonelle tolketjenester brukes for lite i forhold til behovet, og at arbeidskolleger, eller familiemedlemmer, venner eller pårørende av pasientene, ofte brukes

som tolk i stedet for profesjonell tolk. Dette samsvarer med resultatene fra flere andre studier utført enten på legevakt eller i andre settinger (4, 8, 9, 14). Resultatene fra en tysk studie utført blant barneleger på sykehus i 2009, viste at 75 % av deltagerne ble konfrontert med språkbarrierer jevnlig, og at de hyppigst brukte språkhjelpemidlene var flerspråklige kollegaer og familiemedlemmer av pasienten (4). I en undersøkelse utført på akuttmottak ved fire sykehus i Boston i 2002 hadde 11 % av pasientene behov for tolk (8). Blant disse ble profesjonell tolk brukt i 15 % av tilfellene, mens de hyppigst brukte språkhjelpemidlene var flerspråklige leger eller annet helsepersonell, etterfulgt av venn eller familiemedlem av pasienten. En undersøkelse utført i primærhelsetjenesten i California i 1995 fant tilsvarende at gjennomsnittlig 21 % av konsultasjonene var med pasienter som snakket lite eller ikke noe engelsk i det hele tatt, og at profesjonell tolk kun ble brukt i 6 % av disse konsultasjonene (9). Derimot kunne legen snakke pasientens språk flytende i 27 % av konsultasjonene, andre ansatte tolket i 20 % av konsultasjonene, og familiemedlemmer tolket i 36 % av konsultasjonene.

De tre nevnte studiene (4, 8, 9) er utført i litt andre settinger og med annerledes målemetoder enn vår studie. Dette gjør at det er vanskelig å sammenligne resultatene direkte. Likevel gir de inntrykk av en relativt utbredt opplevelse av språkbarrierer mellom helsepersonell og utenlandske pasienter. De indikerer også at profesjonelle tolketjenester brukes i for liten grad, og at annet helsepersonell, familiemedlemmer eller venner av pasienten, ofte brukes som tolk i stedet for profesjonell tolk. Det at to av studiene (8,9) er gjort i engelskspråklige land, kan også ha innvirkning på resultatene og gjøre dem mindre sammenlignbare med vår studie. Mange utenlandske pasienter vil kunne snakke engelsk relativt godt, og dette vil dermed oppfattes som et mindre språkproblem i engelskspråklige land enn i ikke-engelskspråklige land. Det ble imidlertid utført en tverrsnittundersøkelse i Norge i perioden 2004-2005 der spørreskjemaer ble sendt ut til både fastleger og utøvere innen spesialisthelsetjenesten. Her viste resultatene at 30 % brukte tolk ganske ofte (fra hver dag til noen ganger i måneden), og 35 % rapporterte at det ofte eller alltid oppsto situasjoner hvor det ikke ble brukt tolk selv om pasientens norskkunnskaper var mangelfulle.

I motsetning til tidligere studier, kunne resultatene fra vår studie sammenlignes med tilsvarende data innsamlet i 2009 (15). Dataene fra 2009 og våre data fra 2018 ble begge samlet inn ved Oslo legevakt og med tilsvarende metoder. Dette gjorde dataene enkelt sammenlignbare slik at eventuelle endringer mellom 2009 og 2018 kunne oppdages. På denne

måten kunne det sees en økning i bruk av språkhjelpemidler fra 27,1 % i 2009 til 50,0 % i 2018, og at autorisert tilstedeværende tolk eller telefontolk ble brukt vesentlig hyppigere i 2018 enn i 2009.

Endring i bruk av språkhjelpemidler

Som vi ser av tabell 4 er profesjonell tolk benyttet i 10 av konsultasjonene i 2018, derav 2 i form av tilstedeværende tolk og 8 i form av telefontolk. Resultatene fra studien i 2009 viser derimot at profesjonell tolk kun ble brukt i 3 konsultasjoner, som alle var i form av telefontolk. Profesjonell tolk utgjør dermed 9,5 % av de benyttede språkhjelpemidlene i 2018 mot kun 2,1 % i 2009. Det ser altså ut til at det har vært en økning i bruk av profesjonell tolk på Oslo legevakt i perioden fra 2009 til 2018. Kanskje reflekterer denne økningen virkningene av en generell satsning på utbedring av tolketjenester de siste årene. Helsedirektoratets «Veileder om kommunikasjon via tolk» kom i 2011 og skulle bidra til å gi helse- og omsorgspersonell bedre kompetanse til å bestille kvalifiserte tolker og til å gjennomføre samtaler via tolk (3). I 2014 foreslo regjeringen en opptrappingsplan for perioden 2015-2018 med mål om å øke antall kvalifiserte tolker og få på plass gode systemer for formidling, bestilling og oppfølging av tolkene (16). Ifølge Helsedirektoratets «Veileder om kommunikasjon via tolk» er helsepersonells begrunnelse for at tolk ikke brukes mer at det oppleves som «tidkrevende og upraktisk» og at det er «dårlig tilgjengelighet av gode tolker». Resultatene våre kan derfor være uttrykk for en økt tilgjengelighet av kvalifiserte tolker og systemer som gjør det enklere å bestille tolk over de siste årene.

Relevans av funnene

Våre resultater har implikasjoner for den videre driften av legevakttjenesten i Oslo med tanke på å kunne øke kvaliteten i helsetilbudet til innvandrere. Vi fant at legene ved Oslo legevakt opplevde store eller svært store språkvansker i 12 % av konsultasjonene med innvandrerpatienter. Dette betyr at det forekommer betydelige språkbarrierer og dermed et behov for tilrettelegging av tolketjenester for å kunne redusere disse barrierene i konsultasjoner på legevakt. I øyeblikkelig hjelp situasjoner slik som det dreier seg om på legevakt kan det være vanskelig å få tak i tolk fordi man ikke har mulighet til å bestille tolk på

forhånd. Det forekommer derfor et behov for å gjøre tolketjenester mer tilgjengelige enn de er i dag i slike akutte situasjoner.

Telefontolk utgjør sannsynligvis et viktig middel i øyeblikkelig hjelp situasjoner der man har behov for tolk på kort varsel. Våre resultater viser en tilsynelatende økning i bruk av profesjonell tolk på Oslo legevakt i perioden fra 2009 til 2018. Denne økningen skyldes hovedsakelig en signifikant hyppigere bruk av telefontolk. Bruk av telefontolk har imidlertid sine begrensninger da tolken for eksempel ikke vil kunne oppfatte eller formidle non-verbal kommunikasjon. I noen situasjoner kan non-verbal kommunikasjon være avgjørende for hvordan det verbale språket skal tolkes. Et forslag til videre forbedring ville således være å tilrettelegge og organisere helsevesenet slik at det ville være mulig med fjerntolking i form av videotolking slik at tolk, pasient og lege kan se hverandre. Slik videotolking er tilgjengelig, men ser foreløpig ikke ut til å være særlig utbredt på Oslo legevakt.

Konklusjon

Denne studien hadde til formål å kartlegge i hvilken grad leger ved allmennlegevakten ved Oslo legevakt opplever språkvansker i konsultasjoner med innvandrerpasienter, og hvilke hjelpemidler som eventuelt blir benyttet for å løse språkutfordringene. Resultatene våre viste at legene opplevde store eller svært store språkvansker i 12 % av konsultasjonene. Dette betyr at det fortsatt innebærer betydelige språkproblemer å være lege på en storbylegevakt i Oslo. Det ble brukt et språkhjelpemiddel i 50 % av konsultasjonene med innvandrerpasienter. Det hyppigst brukte språkhjelpemiddelet var at legen selv snakket et utenlandsk språk med pasienten, mens autorisert tilstedeværende tolk eller telefontolk ble brukt i 9,5 % av konsultasjonene. Vi fant en signifikant økning i perioden fra 2009 til 2018 både i bruk av språkhjelpemidler og i bruk av profesjonelle tolketjenester.

Til tross for at bruken av profesjonelle tolketjenester i konsultasjoner på Oslo legevakt ser ut til å ha økt siden 2009, foreligger fremdeles et behov for forbedring av konsultasjoner med kommunikasjonsutfordringer. Dette kan bestå i å øke tilgjengeligheten av profesjonelle tolketjenester ytterligere, samt for eksempel å tilrettelegge for fjerntolking i form av videotolking. Dette kan bli et viktig hjelpemiddel i øyeblikkelig hjelp situasjoner, som jo konsultasjoner på legevakt ofte er. For bedre innsikt i hvilke tolketjenester som er tilgjengelige i dag, og den faktiske tilgjengeligheten av dem i øyeblikkelig hjelp situasjoner slik som på legevakt, kreves videre undersøkelser.

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Nøkkeltall for innvandring og innvandrere. [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2017 [hentet 2017-10-08]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/innvandring-og-innvandrere>
2. Hunskår, Steinar. Allmenntidisin. 3. utg. Oslo: Gyldendal; 2014. 984 s.
3. Helsedirektoratet. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (IS-1924). [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2011 [hentet 2017-10-26]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>
4. Langer T, Schaper K, Gupta S, Porst R, Ostermann T. Language barriers in the care for pediatric immigrant patients -- results of a pilotstudy among pediatricians in Germany. *Klin Padiatr.* 2013;225(2):96-103.
5. Priebe S, Sandhu S, Dias S, Gaddini A, Greacen T, Ioannidis E, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health.* 2011;11:187.
6. Brodie K, Abel G, Burt J. Language spoken at home and the association between ethnicity and doctor-patient communication in primary care: analysis of survey data for South Asian and White British patients. *BMJ Open.* 2016;6(3):e010042.
7. Krupic F, Hellstrom M, Biscevic M, Sadic S, Fatahi N. Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *J Clin Nurs.* 2016;25(11-12):1721-8.

8. Ginde A.A, Clark S, Camargo Jr. C.A. Language Barriers among Patients in Boston Emergency Departments: Use of Medical Interpreters After Passage of Interpreter Legislation. *J Immigr Minor Health*. 2009;11(6):527-530.
9. Hornberger J, Itakura H, Wilson S.R. Bridging Language and Cultural Barriers between Physicians and Patients. *Public Health Rep*. 1997;112(5):410-417.
10. Harpelund L, Nielsen SS, Krasnik A. Self-perceived need for interpreter among immigrants in Denmark. *Scand J Public Health*. 2012;40(5):457-65.
11. Galanis P, Sourtzi P, Bellali T, Theodorou M, Karamitri I, Siskou O, et al. Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:350.
12. Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *Eur J Public Health*. 2007;17(5):497-502.
13. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:308.
14. Kale E, Syed HR. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Educ Couns*. 2010;81(2):187-91.
15. Ruud S.E, Aga R, Natvig B, Hjortdahl P. Use of emergency care services by immigrants – a survey of walk-in patients who attended the Oslo accident and Emergency Outpatient clinic. *BMC Emerg Med*. 2015;15:25.
16. Kunnskapsdepartementet. *Talking i offentlig sektor*. [Internett]. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2018 [hentet 2019-01-18]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/innvandring/innsikt/talking-i-offentlig-sektor/id2343474/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Norsk versjon av spørreskjemaet benyttet i 2018

Løpenummer:

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Språkvansker i møtet mellom pasient og lege på legevakt»

Vi som har ansvaret for Allmennlegevakten i Oslo ønsker å bli flinkere til å kommunisere med pasienter der språkvansker kan forekomme. Derfor ønsker vi å kartlegge hvordan leger opplever graden av språkvansker i konsultasjon med innvandrerpasienter og hvilke hjelpemidler som eventuelt brukes for å løse kommunikasjonsutfordringer. For å få et helhetlig bilde av dette, ønsker vi å spørre innvandrerpasienter på Allmennlegevakten om å besvare noen spørsmål i et spørreskjema mens de venter på legen. Ved å svare på disse spørsmålene og levere skjemaet inn til behandlende lege for tilleggsinformasjon, anser vi det som et samtykke til deltakelse i studien.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Dersom du ikke ønsker å være med, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved legevakten. Alle opplysningene du gir vil bli registrert anonymt, slik at ikke noe kan tilbakeføres til deg etter at du har besvart skjemaet. Det blir ikke mulig å identifisere deg i resultatene av prosjektet når disse publiseres.

Hva innebærer prosjektet for deg

Hvis du er villig til å delta i undersøkelsen, ber vi deg besvare spørsmålene på neste side så godt du kan mens du venter på å få komme inn til legen. Ferdig utfylt spørreskjema leveres til legen ved konsultasjonens start. Legen fyller da ut noen opplysninger om hvordan han/hun opplevde graden av språkvansker under konsultasjonen og hvilke hjelpemidler som eventuelt ble brukt til å løse disse. Legen leverer så det anonyme skjemaet til forskere ved Universitetet i Oslo som står for bearbeidelse og analyse av dataene.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke selv ha noen spesielle fordeler av prosjektet, men dine svar vil være med å tilrettelegge fremtidige aktiviteter ved legevaktene slik at de bedre kan møte ulike pasienters behov med tanke på språkvansker under konsultasjonen med lege. Skjemaet besvares mens du likevel sitter og venter på å få komme inn til legen, og det vil ikke forlenge den tiden du er på legevakten.

Ansvarlige for undersøkelsen

Dette er et felles prosjekt mellom Oslo kommune, Helseetaten, og Universitetet i Oslo ved Institutt for helse og samfunn, avdeling for Allmennmedisin.



Oslo kommune
Helseetaten



UiO : Universitetet i Oslo

Spørsmål til pasienten:

Hva er **ditt** kjønn: Kvinne Mann

Hva er **din** alder: år

I hvilket land er **du** født:

Morsmål (språket **du/dere** snakker i familien):

I hvilken grad synes **du** at du behersker norsk i det daglige liv?

Svært bra

Ganske bra

Nokså bra

Ikke bra

Fylles ut av behandlende lege etter endt konsultasjonen:

Tidspunkt: Dagtid (08-15) Kveld (15-23) Natt (23-08)

Opplevde du språkvansker under konsultasjonen ?

Ikke i det hele tatt

I liten grad

I noen grad

I stor grad

I svært stor grad

Hvis språkvansker, hvordan ble dette løst ?

Profesjonell tilstedeværende tolk

Telefontolk

Familiemedlem < 16 år tolket

Familiemedlem ≥ 16 år tolket

Venn/kollega/pårørende av pasienten tolket

Arbeidskollega på OKL tolket

Snakket selv et utenlandsk språk med pasienten

Annet:

Serial number:

Request for your participation in the project:

“Language barriers between the patient and the doctor in an emergency primary healthcare setting”

We who are responsible for the emergency service in metropolitan Oslo want to know more about how we communicate with patients where language barriers may exist. Therefore we want to register how the doctors working at the emergency primary healthcare clinic experience language barriers during the consultation and how they manage to solve these challenges. To get as complete a picture as possible, we hereby invite immigrant patients to answer some questions while they wait for the consultation with the doctor. Answering the questionnaire and handing it in to the doctor will be recognized as consent to participate in the study.

Voluntary participation

Participation is voluntary. If you do not want to take part, you do not need to give a reason, and this will have no consequences for the treatment you receive from the emergency service. All the information you give will be registered anonymously so that nothing can be traced back to your personal identity after answering the questionnaire. It will not be possible to use the project results to identify you when they are published.

What does the project mean for you?

If you are willing to take part in the survey, we will ask you to answer some questions on the next page as best you can, while you are waiting to be seen by a doctor. Give the completed questionnaire to the doctor when the consultation begins. The doctor will fill in information on how he/she experienced the degree of language barriers and how he/she potentially managed to solve these challenges before handing in the anonymous form to the project management team. The University of Oslo will process the forms and analyse the data.

Possible advantages and disadvantages

Your participation in the project will not give you any special advantages, but your answers will help us to plan future activities at the emergency service in order to address the various needs that patients have. You will be asked to fill in the questionnaire while you are waiting to see the doctor, so filling it in will not prolong your wait.

Who is in charge of the survey?

This is a joint project involving Oslo local authority, Department of Emergency General Practice and the University of Oslo, Institute of Health and Society, Department of General Practice.



Oslo kommune
Helsestaten



UiO : Universitetet i Oslo

Questions to be filled in by the patient:

My gender: Female Male

How old are you ? year

My country of origin (where I was born):

Native language (the language you speak within the family):

How do you manage with your Norwegian language skills in the daily life?

Very good	Pretty good	Fairly good	Not good
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

This part is to be filled in by the doctor at the end of the consultation:

Tidspunkt: Dagtid (08-15) Kveld (15-23) Natt (23-08)

Opplevde du språkvansker under konsultasjonen ?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis språkvansker, hvordan ble dette løst ?

Profesjonell tilstedeværende tolk

Telefontolk

Familiemedlem < 16 år tolket

Familiemedlem ≥ 16 år tolket

Venn/kollega/pårørende av pasienten tolket

Arbeidskollega på OKL tolket

Snakket selv et utenlandsk språk med pasienten

Annet:

Løpenummer:

(brukes til å holde orden på papirene. Kan ikke brukes til å identifisere pasienten)



LIKEVERDIGE HELSETJENESTER

- Pasienten har fått skjema**

- Pasienten har **IKKE** fått skjema fordi**
 - Pasient til legevakt i Ambulanse
 - Pasient med Hastegrad 1 (**RØD TRIAGE**)
 - Pasient med rus-/psykiatri lidelse hvorpå pasienten ikke er i stand til å redegjøre for seg
 - Pasient til avtalt kontroll på legevakt

 - Pasient ønsker i utgangspunktet **IKKE** å delta i undersøkelsen

 - Mann Kvinne Alder: Etnisitet:

Forsiden fylles ut ved innskriving for **alle** pasienter, rives av og legges på eget oppsamlingssted. Pasientene oppfordres til å lese Forespørsel om deltagelse i undersøkelsen og å svare på spørsmålene.



Løpenummer:

(brukes til å holde orden på papirene. Kan ikke brukes til å identifisere deg)

Forespørsel om deltakelse i prosjektet

” LIKEVERDIGE HELSETJENESTER ”

Vi som har ansvaret for legevaktene i Oslo og omegn ønsker å vite mer om hvordan ulike pasientgrupper bruker legevaktene, og hvordan legevaktene brukes i forhold til fastlegene. Spesielt er vi opptatt av hvordan innvandrere opplever bruken av legevakten. For å få et helhetlig bilde av dette spør vi nå **alle** pasientene (bortsett fra de som er akutt alvorlig syke) om å besvare noen spørsmål om hvorfor de oppsøker legevakten.

Du inviteres med dette til å være med i denne undersøkelsen.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Dersom du ikke ønsker å være med, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved legevakten.

Alle opplysningene du gir vil bli registrert anonymt, slik at ikke noe kan tilbakeføres til deg etter at du har besvart skjemaet.

Det blir ikke mulig å identifisere deg i resultatene av prosjektet når disse publiseres.

Hva innebærer prosjektet for deg

Hvis du er villig til å delta i undersøkelsen, ber vi deg besvare spørsmålene på de neste sidene så godt du kan mens du venter på å få komme inn til legen.

Hvis du følger et sykt barn eller en syk voksen bes du svare på spørsmålene ut fra pasientens perspektiv (erfaringer).

Ferdig utfylt spørreskjema leveres til legen når konsultasjonen er ferdig. Legen fyller ut noen opplysninger om hvordan konsultasjonen har forløpt og leverer det anonyme skjemaet til prosjektledelsen. Universitetet i Oslo står for bearbeidelse og analyse av dataene.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke selv ha noen spesielle fordeler av prosjektet, men dine svar vil være med å tilrettelegge fremtidige aktiviteter ved legevaktene slik at de bedre kan møte ulike pasienters behov. Skjemaet besvares mens du likevel sitter og venter på å få komme inn til legen, og det vil ikke forlenge den tiden du er på legevakten.

Ansvarlige for undersøkelsen

Dette er et felles prosjekt mellom Helse Sør-Øst RHF, Oslo kommune og Universitetet i Oslo.

Det skjer i samarbeid med Allmennlegevakten Oslo kommune, Skadelegevakten Oslo Universitetssykehus Ullevål, Allmennlegevakten Skedsmo kommune, Skadelegevakten Lillestrøm Ahus, og Akuttmottaket Ahus.

Helse Sør-Øst RHF er formelt ansvarlig for prosjektet.

Du som fyller ut dette skjemaet, er:

- pasient pårørende/familie til et barn (pasient)
 pårørende/familie til en voksen pasient annet:

Er pasienten: Kvinne Mann

Hvor gammel er pasienten: år

Hvor bor pasienten: Oslo Akershus
 Utenfor Oslo/Akershus Uten fast bopel

I hvilket land er **pasienten** født:

I hvilket land er **pasientens mor** født:

I hvilket land er **pasientens far** født:

Morsmål (språket dere snakker i familien):

Har **pasienten** fastlege: Ja (eventuelt samme som mor/far) Nei Vet ikke

I hvilket fylke har **pasienten** fastlege: Oslo Akershus
 Annet fylke Har ikke fastlege

Hvor mange ganger har **pasienten** vært hos fastlege siste 12 måneder:

0 1 2 3 4 eller mer

Hvor mange ganger (unntatt denne) har **pasienten** vært på legevakten de siste 12 måneder:

0 1 2 3 4 eller mer

Med de helseproblemene du/pasienten kommer med til legevakten i dag, hvor meget haster det, etter din mening, med å bli undersøkt av lege?

- Veldig mye. Jeg (pasienten) må ha hjelp i løpet av en time eller kortere
 Ganske mye. Jeg (pasienten) må ha hjelp innen få timer
 Ikke så veldig. Jeg (pasienten) kunne kanskje ha ventet til neste dag

Hva gjør du til daglig? (gjelder pasienten eller hvis pasienten er et barn; den som følger barnet) Sett ett kryss ved det alternativet som er mest aktuelt.

- Yrkesaktiv
 Sykemeldt/på uføretrygd eller attføring
 Pensjonist
 Under utdanning, elev/student
 Hjemmearbeidende
 Arbeidsledig
 Annet: hva

Hvorfor valgte du/dere i dag legevakten fremfor fastlege:

(Velg **en** av de tre boksene **A**, **B** eller **C** nedenfor)

A	<i>Årsak (kryss av på den viktigste. Bare ett kryss):</i>	
<input type="checkbox"/>	Jeg/vi har prøvd	Fastlegekontor var stengt <input type="checkbox"/>
	å kontakte fastlegen i dag,	Jeg/vi kom ikke gjennom på telefonen <input type="checkbox"/>
	men:	Jeg/vi fikk ikke time raskt nok <input type="checkbox"/>
		Fastlegekontoret ba meg/oss oppsøke legevakten <input type="checkbox"/>
		Annet; beskriv i den siste boksen nederst på siden <input type="checkbox"/>

eller

B	<i>Årsaker (kryss av på inntil tre av de viktigste):</i>	
<input type="checkbox"/>	Jeg/vi har IKKE prøvd	Jeg/pasienten har fastlege i annet distrikt/kommune <input type="checkbox"/>
	å kontakte fastlegen i dag,	Jeg/pasienten ble syk utenom vanlig arbeidstid <input type="checkbox"/>
	fordi:	Det er praktisk vanskelig å gå til fastlege på dagtid <input type="checkbox"/>
		Dårlig erfaring fra tidligere i å få tak i fastlege <input type="checkbox"/>
		Det er raskere å få hjelp på legevakten <input type="checkbox"/>
		Jeg/vi tror ikke fastlegen yter den hjelp som trengs nå <input type="checkbox"/>
		Jeg vil selv bestemme når jeg skal gå til lege <input type="checkbox"/>
		Jeg ringte legevaktsentralen og de ba meg komme hit <input type="checkbox"/>
		Jeg/pasienten har ikke fastlege <input type="checkbox"/>
		Annet; beskriv i den siste boksen nederst på siden <input type="checkbox"/>

eller

C	
<input type="checkbox"/>	Jeg/pasienten har en akutt skade . Legevakten er det stedet vi best får hjelp for dette. Jeg/vi har derfor oppsøkt legevakten direkte uten å ta kontakt med andre leger.

<input type="checkbox"/>	Annet (skriv inn her hvis det var andre grunner til at du/dere valgte legevakt fremfor fastlege i dag. Men skriv ikke noe som kan identifisere deg/dere):

*Takk for at du svarer og ved det er med på å gjøre legevakten bedre.
Lever skjemaet til legen du er inne hos.*

Denne siden fylles ut av legen. Spørsmålene handler om hvor alvorlig legen mener at sykdom er, hvordan du/pasienten bør følges opp etter besøket på legevakten og om det var språk- eller kulturelle utfordringer under konsultasjonen.

Fylles ut av behandlende lege etter endt konsultasjonen

Dato: Dagtid (08-15) Kveld (15-23) Natt (23-08)

Din vurdering av alvorlighetsgrad av sykdom/skade ved denne henvendelsen på legevakt:

- Meget alvorlig (behov for hjelp innen en time)
- Alvorlig (behov for hjelp innen få timer)
- Mindre alvorlig (kunne ha ventet til neste dag for vurdering hos fastlege)
- eller**
- Akutt skade (gjelder bare ved skadelegevaktene)

Tiltak ved konsultasjonens slutt:

- Pasienten ferdigbehandlet på legevakt
- Kontroll/operasjon på legevakten
- Videre oppfølging/vurdering hos fastlege
- Innleggelse/henvisning til akutt vurdering på sykehus
- Henvisning til sykehus poliklinikk/spesialist (elektiv eller påfølgende dag)
- Innlagt observasjonsposten (gjelder kun legevakten i Oslo)

Annet:

Opplevde du språkvansker under konsultasjonen?

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ikke relevant | Ikke i det hele tatt | I liten grad | I noen grad | I stor grad | I svært stor grad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis språkvansker, hvordan ble dette løst?

- Profesjonell tolk
- Telefontolk
- Familiemedlem < 16 år tolket
- Familiemedlem ≥ 16 år tolket
- Venn/kollega/pårørende av pasienten tolket
- Arbeidskollega tolket
- Snakket selv et utenlandsk språk med pasienten hvilket?

Annet:

Utfordringer under konsultasjonen som du mener er av kulturell art: (skriv ikke noe som kan identifisere den aktuelle pasienten)

.....
.....