

Evaluering af videotolke- projektets 1. fase

Analyse af MTV-områderne
(teknologi, patient, organisation og økonomi)

14. september 2010

Indholdsfortegnelse

1. Baggrund og formål	2
2. Kort om videotolkeprojektets første fase	3
3. Kort om evalueringsprojektet	4
3.1. Analyserne.....	4
3.2. Datagrundlaget	6
4. Situationen uden videotolkning – resumé af før-analysen	7
5. Vurdering af brugen af videotolkning – efter-analysen	10
5.1. Antal videotolkninger i pilotperioden	10
5.2. Teknologi	13
5.2.1. Tilfredsheden med videoudstyrets kvalitet (billede og lyd)	13
5.2.2. Tilfredsheden med videoudstyrets brugervenlighed.....	16
5.2.3. Vurdering af kvaliteten af tolkning over video.....	18
5.2.4. Vurdering af mulighederne for videotolkning i akutte situationer	21
5.3. Patient.....	22
5.3.1. Patienternes tryghed ved brug af videotolkning	22
5.3.2. Patienternes tilfredshed med informationen forud for videotolkningen	24
5.4. Organisation	24
5.4.1. Tilfredsheden med uddannelse/introduktion til videoudstyret	24
5.4.2. De afledte ændringer i arbejdsgangene	26
5.4.3. Ændret arbejdsmiljø for tolkene.....	31
5.5. Økonomi.....	33
5.6. Opsummering på anvendelsen af videotolkning	36
6. Den videre udbredelse af videotolkning - kritiske succesfaktorer og gode råd	38
Bilag 1: Før-analysen.....	40

1. Baggrund og formål

MedCom startede i januar 2009 et videotolkeprojekt i to faser:

- En 1. fase (udbud og etablering), hvor videotolkning afprøves i en række spydspidsafdelinger, og
- en 2. fase (national udbredelse), hvor videotolkning i løbet af en årrække skal udbredes til hele landet.

MedCom bad i den forbindelse Devoteam gennemføre en evaluering af videotolkeprojektets første fase på spydspidsafdelingerne.

Formålet med evalueringen er at belyse *tilfredsheden* og *oplevelsen* med brugen af videoudstyr til tolkning inden for alle fire MTV-områder: Teknologi, patient, organisation og økonomi, herunder muligheden for at eliminere spildtid.

Evalueringen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt de involverede parter samt en række interviews med udvalgte respondenter. Evalueringen er således ikke baseret på fx tidsmålinger af aktiviteter i forbindelse med videotolkninger, men har fokus på brugernes *vurdering* af potentialet ved videotolkninger.

Formålet med evalueringen er således ikke at eftervise, hvorvidt estimerne fra business casen i ABT-ansøgningen holder (i en pilotperiode, hvor alle retningslinjer og procedurer er nye, vil der ofte anvendes mere tid), men at vurdere brugernes (patienten/borgeren, tolken, lægen, sygeplejersken, sekretæren, etc.) oplevelse med videotolkning for således at give værdifuldt input til den anden fase af projektet.

2. Kort om videotolkeprojektets første fase

Videotolkeprojektets første fase har omfattet 11 spydspidsafdelinger fordelt over hele landet indenfor følgende tre områder:

- Regioner/hospitaler (sekundær sektor)
- Praksis (primær sektor)
- Kommuner

Evalueringen har omfattet 11 udvalgte spydspidsafdelinger alle indenfor sundhedssektoren (sekundær sektor) samt 1 tolkecenter.

De 11 spydspidsafdelinger er:

1. Region Hovedstaden, Bispebjerg Hospital, Akut Medicinsk Afdeling, Afdeling L
2. Region Hovedstaden, Bispebjerg Hospital, Akut Hjertemedicinsk Afdeling, Y21
3. Region Hovedstaden, Herlev Hospital, Onkologisk afdeling
4. Region Hovedstaden, Herlev Hospital, Urologisk afdeling
5. Region Nordjylland, Ålborg Hospital, Skadestuen
6. Region Nordjylland, Psykiatrien, Psykiatrisk skadestue, afdeling Syd.
7. Region Syddanmark, Odense Universitets Hospital, Hudafdeling, afd. I
8. Region Syddanmark, Odense Universitets Hospital, Urinvejskirurgisk , Afdeling L (kommet til foråret 2010)
9. Region Syddanmark, Svendborg Sygehus, Medicinsk Afdeling M (kommet til foråret 2010)
10. Region Midt, Skejby Sygehus, Svangreambulatorium, afd. Y2.
11. Region Midt, Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Holstebro (kommet til foråret 2010)

De fleste spydspidsafdelinger har brugt tolkecentret på Odense Universitetshospital (OUH) og har i pilotperioden omfattet sprogene arabisk, bosnisk og somalisk. Region Midt har anvendt Tolketjenesten A/S, som har tilbudt teletolkning på alle sprog. Endvidere har Region Hovedstaden i maj og juni 2010 anvendt tyrkiske videotolke fra Odense Kommunes Tolkecenter Odense.

Det var meningen, at afdelingerne skulle have videoudstyret og kobles på MedComs videoknudepunkt i november og december 2009, og derfor blev kontaktpersonerne på afdelingerne uddannet i at anvende udstyret på dette tidspunkt. Opkoblingen til videoknudepunktet blev imidlertid forsinket til ind i starten af det nye år (2010), hvilket betød, at videotolkning faldt i baggrunden og afdelingerne først blev koblet op og kom i gang i løbet af vinteren og foråret. De sidste kom først i gang i slutningen af maj 2010.

3. Kort om evalueringsprojektet

I dette kapitel beskrives kort de analyser, som evalueringsprojektet har omfattet, og konkluderer på særligt efter-analysens datagrundlag.

3.1. Analyserne

Evalueringsprojektet har omfattet to analyser:

- En før-analyse (oktober 2009)
- En efter-analyse (november 2009 - juni 2010).

Grundet væsentlige forsinkelser i videotolkeprojektet, blev efter-analysen udvidet med flere afdelinger og forlænget af flere omgange, og det blev besluttet at gennemføre en række kvalitative interviews for at supplere og uddybe datamaterialet.

Før-analysen

Før-analysen er gennemført i oktober 2009. Før-analysen har afdækket følgende forhold:

- Antallet af tolkninger og de mest tolkede sprog
- Arbejdsgangen for tolkning uden brug af video
- Brugernes vurdering af nuværende tidsforbrug i forbindelse med tolkning
- Nuværende patientinformation inden tolkesamtalen
- Forventede ændringer til arbejdsgangen ved brug af videotolkning

Før-analysen er gennemført ved et besøg i hver af spydspidsafdelingerne (8 afdelinger på tidspunktet for før-analysen).

Dokumentationen for før-analysen er vedlagt i bilag1. Resultatet af analysen er resumeret i kapitel 4.

Efter-analysen

Efter-analysen er som nævnt blevet gennemført i perioden november 2009 – juni 2010.

Efter-analysen har afdækket følgende forhold:

- Teknologi
 - Videoudstyrets kvalitet (billede og lyd)
 - Videoudstyrets brugervenlighed (anvendelighed, stabilitet mv.)
 - Kvalitet i tolkningen over video
 - Videotolkning i akutte situationer
- Patient
 - Tryghed ved videotolkning
 - Information forud for videotolkningen
- Organisation
 - Uddannelse/introduktion til videoudstyret
 - Arbejdsgangene i forbindelse med videotolkning
 - Arbejdsmiljø for tolkene ved brug af videotolkning
- Økonomi
 - Bedre udnyttelse af ressourcer (kommer i gang til tiden, flere tolkninger pr. dag, mv.)
 - Undgået spildtid (transport, ventetid)
 - Øget effektivitet (hurtigere booking, tolkning, mv.)
 - Færre aflyste tolkesamtaler

Efter-analysen er gennemført ved, at hver spydspidsafdeling har skullet gennemføre:

- faktainsamling om videotolkning på afdelingen
- logning af hver gennemført videotolkning - både akutte og planlagte
- logning af tolkninger, som ikke foregår over video (planlagte og akutte, gennemførte og aflyste) samt aflyste videotolkninger
- spørgeskemaundersøgelse for henholdsvis klinikere og administrativt personale, der har deltaget/været involveret i videotolkning. Klinikere har skullet udfylde et spørgeskema efter hver videotolkning; det administrative personale har skullet udfylde et spørgeskema i slutningen af pilotperioden.

Endvidere har tolkecentret på OUH gennemført:

- spørgeskemaundersøgelse for tolke, der har deltaget i videotolkning (et spørgeskema i slutningen af pilotperioden)
- telefoninterview med patienter, der har deltaget i videotolkning (hvis patienten gav samtykke til interview)

Derudover har tolkecentret indsendt deres registreringer af videotolkninger.

Endelig har Devoteam gennemført telefoninterview med udvalgte personer fra spydspidsafdelingerne samt OUH tolkecenter.

Resultatet af efter-analysen er dokumenteret i kapitel 5.

3.2. Datagrundlaget

Specielt for efter-analysen er det væsentligt at notere sig det datagrundlag, som har ligget til grund for analysen. Som nævnte ovenfor er analysen bl.a. baseret på logninger af tolkninger samt fire spørgeskemaundersøgelser blandt hhv. patienterne, klinikerne, det administrative personale samt tolkene. Det er ikke muligt at sige noget entydigt om svarprocenten på disse spørgeskemaundersøgelser (i forhold til, at der er registreret ca. 60 videotolkninger i pilotperioden). I nedenstående tabel er imidlertid angivet det samlede antal svar for hver interessent-gruppe.

Interessent	Muligt antal svar	Faktisk antal svar	Kommentar
Patienter	60	27	Ikke alle patienter har givet samtykke til interview
Klinikere	60-ca. 120	36	En eller to klinikere har deltaget på hvert videomøde. Flere afdelinger har meldt tilbage, at det har været vanskeligt at få klinikerne til at udfylde spørgeskemaet.
Adm. personale	Min. 10	14	Minimum én administrativ medarbejder pr. afdeling har været involveret i fx booking af videotolkninger
Tolke	4	3	Fra tolkecentret på OUH har i pilotperioden været involveret 2 arabiske tolke, 1 bosnisk og 1 somalisk tolk

Antallet af loggede videotolkninger og almindelige tolkninger er efter alt at dømme ukomplet. Registreringer fra Tolkecentret på OUH viser at der har været gennemført flere teletolkninger i efter-analysen på spydspidsafdelingerne, som ikke er blevet logget. Også i forhold til antallet af almindelige tolkninger må der være foregået flere, end der er blevet registreret, da der er registreret data for under 30 almindelige tolkninger.

Da antallet af svar således er relativt begrænset, er efter-analysen en erfaringsopsamling på tværs af afdelingerne. Analysen søger således ikke at se på mønstre for den enkelte afdeling eller bryde svarene op på baggrundsvariable.

4. Situationen uden videotolkning – resumé af før-analysen

Dette kapitel er et resumé af den før-analyse, som blev gennemført i oktober og november 2009. Den kan læses i sin helhed i bilag 1.

Antallet af tolkninger

Generelt viste før-analysen et behov på ca. 5-10 tolkninger i gennemsnit for en spydspidsafdeling om måneden. Der synes imidlertid en stor variation i behovet på tværs af afdelingerne. Før-analysen viste således, at det kunne blive en udfordring at få nok videotolkninger i efter-analyseperioden til at kunne gennemføre en solid og valid efter-analyse.

Sprog

De sprog, som indgår i videotolkeprojektet er arabisk, bosnisk og somalisk.

Før-analysen viser imidlertid stor variation i, hvilke sprog der er behov for tolkning for. Arabisk er det eneste sprog, som er nævnt af alle spydspidsafdelingerne. Bosnisk er nævnt af halvdelen af afdelingerne, mens somalisk er nævnt af ¾ af afdelingerne.

Arbejdsgang for tolkning uden brug af video

Arbejdsgangen for bestilling/booking af tolke samt efterfølgende betaling og evt. genbestilling af tolke er så ens på alle spydspidsafdelingerne, at der kan tegnes én generisk arbejdsgang. Der er naturligvis små variationer alt efter, om det er en planlagt eller en akut tolkning, og fra afdeling til afdeling.

Arbejdsgangens væsentligste aktiviteter er følgende:

Booking af tolk:

1. Kliniker: Identifikation af behov for tolk
2. Adm. medarbejder: Bestilling af tolk
3. Tolkeudbyder. Modtager bestilling, finder tolk og bekræfter tolkeaftalen
4. Administrativ medarbejder: Modtager bekræftelse og noterer i kalender/journal

Tolkning:

5. Patient: Ankommer og venter
6. Tolk: Ankommer og venter
7. Kliniker: Kalder patient og tolk ind

8. Tolkning
9. Adm. medarbejder: Kvitterer for tolkning på tolkeseddel
10. Tolk: Modtager kvitteret tolkeseddel
11. Hvis behov for ny tid: Administrativ medarbejder: Reserverer ny tid

Tidsforbrug på tolkning uden brug af video

I før-analysen er tidsforbruget i forbindelse med tolkning estimeret af spydspidsafdelingerne. Følgende er konkluderet:

- I alt ca. 6-10 min. til booking af tolk, der normalt foretages af en administrativ medarbejder
- Alt fra 0-30 min. ventetid for hhv. patient og tolk
- Tolkning – typisk under en time (tolken afregnes dog for en fuld time)
- 1-2 min. for kvittering for tolkning

Såfremt ventetiden for tolken overskrider tolkens tidsplan, er denne nødt til at gå, før tolkningen er gennemført.

Nuværende patientinformation inden tolkesamtalen

Ingen af spydspidsafdelingerne udleverer information til patienterne om brugen af tolke – hverken på dansk eller andet sprog. I generelt oplysningsmateriale fra hospitalerne ved indkaldelse til undersøgelse/behandling er der imidlertid information om, at patienterne skal henvende sig på afdelingen, hvis der er behov for tolk. Dette materiale er på dansk.

Typisk vil der i henvisningen fra egen læge, speciallæge eller andet hospital/afdeling være angivet, om der er behov for tolk.

Forventede ændringer til arbejdsgangen ved brug af videotolkning

I før-analysen er forventede ændringer til arbejdsgangen ved brug af videotolkning vurderet af spydspidsafdelingerne. Følgende kan fremhæves:

Ændringer ift. booking:

- Det vil i højere grad blive muligt at få en tolk ved akutte behov
- Det vil i højere grad blive muligt at få en tolk til sprog, der ikke er særligt udbredt i optageområdet, forudsat at sproget bliver udbudt som videotolkning et andet sted i landet, og at der er truffet aftale med dette.

Ændringer ift. ventetid:

- Patienten vil sidde og vente alene uden tolken, hvis det er det kliniske personale/udstyr, der er årsagen til forsinkelsen
- Tolken vil stadig kunne have ventetid, som så foregår i tolkecenteret. Ved længere forsinkelse kan en (akut)-tolkning i ventetiden være en mulighed. Det vil efter alt at dømmes være hensigtsmæssigt, at afdelingerne indfører rutiner, som sikrer, at tolken bliver kontaktet, hvis der er større forsinkelser.

Ændringer ift. tolkningen:

- Når patienten bliver kaldt ind, vil tolken ikke være der sammen med patienten. Her kan der blive behov for, at personalet sikrer sig, at det er den rigtige patient, når de har ringet tolken op.
- Brugen af teletolkning vil i større eller mindre omfang ændre måden at gennemføre tolkning på (selve tolkeopgaven ændres ikke, men måden, tolken agerer, kan ændre sig grundet de ændrede omstændigheder).

Ændringer ift. bestilling af ny tid:

- I dag går tolken med patienten ud til sekretæren, hvis der skal bestilles ny tid, og forestår dialogen mellem patient og sekretær samtidig med, at en ny tid koordineres med tolkens tid. Da tolken ikke kan følge med patienten ud, vil denne arbejdsgang ændres.

Ændring ift. kvittering af tolkning:

- I dag kvitteres på en tolkeseddel, som er forudsætning for betaling for tolkning. Da der ikke er fremmøde, vil denne arbejdsgang ændres.
- I dag modtager afdelingen en kopi af den underskrevne tolkeseddel. Da der ikke er fremmøde, vil denne arbejdsgang ændres.

5. Vurdering af brugen af videotolkning – efter-analysen

I dette afsnit er resultatet af efter-analysen beskrevet med udgangspunkt i MTV-områderne (teknologi, patient, organisation og økonomi).

5.1. Antal videotolkninger i pilotperioden

Af nedenstående tabel ses, at spydspidsafdelingerne i alt har registreret 60 videotolkninger i pilotperioden (november 2009-juni 2010).

Afdeling	Antal	Procent
1. Bispebjerg Hospital, Akut Medicinsk Afdeling	4	7%
2. Bispebjerg Hospital, Akut Hjertemedicinsk afdeling	5	8%
3. Herlev Hospital, Onkologisk afdeling	2	3%
4. Herlev Hospital, Urologisk afdeling	2	3%
5. Ålborg Hospital, Skadestuen	1	2%
6. Psykiatrisk skadestue i Region Nordjylland, Afdeling Syd.	0	0%
7. Odense Universitets Hospital, Hudafdeling, afd. I	9	15%
8. Odense Universitets Hospital, Afdeling L	10	17%
9. Svendborg Sygehus, Medicinsk Afdeling M	0	0%
10. Region Midt, Skejby Sygehus, Svangreambulatorium, afd. Y2.	2	3%
11. Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Holstebro	25	42%
Total	60	100%

Af tabellen ses endvidere, at der er to spydspidsafdelinger, Klinik for traumatiserede Flygtninge i Holstebro og afdeling L på OUH, der står for næsten 60% af det samlede antal videotolkninger.

Som nævnt oven for har Region Hovedstaden anvendt tyrkiske tolke gennem Odense Kommune. Der har været ni tolkninger, hvoraf fem er blevet registreret til evalueringen, mens fire ikke er blevet registreret, og derfor indgår de ikke i evalueringen. For de andre spydspidsafdelinger i efter-analysen gælder det også, at en del af de gennemførte videotolkninger ikke er blevet registreret til evalueringen.

Psykiatrisk skadestue i Region Nordjylland og Medicinsk afdeling på Svendborg Sygehus i Region Syddanmark har ved evalueringens afslutning endnu ikke påbegyndt registrering af videotolkninger.

Foruden de 60 videotolkninger har spydspidsafdelingerne registreret 29 almindelige tolkninger i pilotperioden. Den altovervejende årsag til, at videotolkning ikke

har været anvendt i disse tilfælde, har været, at sproget/dialekten ikke har været tilgængelig over videotolkning i pilotperioden, jf. nedenstående tabel.

Årsag til ikke at benytte videotolkning	Antal	Procent
Sprog/dialekt tilbydes ikke	23	79%
Tolkningen var allerede booket	4	14%
Patienten ønskede at fortsætte med fremmødetolken	1	3%
Uden for tolkecenterets åbningstid	1	3%
Antallet af almindelige tolkninger i pilotperioden i alt	29	100%

Af nedenstående tabel kan ses de sprog, som har været efterspurgt i pilotperioden, men som ikke har været tilgængelige som videotolkning.

Sprog for almindelige tolkninger	Antal	Procent
Vietnamesisk	7	24%
Polsk	4	14%
Kurdisk	4	14%
Arabisk	3	10%
Albansk	2	7%
Fransk	2	7%
Kosovo/Albansk	2	7%
Urdo	2	7%
Spansk	1	3%
Tyrkisk	1	3%
Ikke oplyst	1	3%
Total	29	100%

Foruden spydspidsafdelingernes registreringer har tolkecentret på OUH opgjort antallet af videotolkninger. Det skal dog bemærkes, at tallene fra tolkecentret i det følgende ikke er dækkende for hele pilotperioden, idet opgørelsen starter i februar 2010 i stedet for november 2009.

Opgørelse af videotolkninger (19. februar til 30. juni 2010)	Antal	Procent
Antal registrerede videotolkninger i alt	395	-
- Heraf antal aflyste videotolkninger	124	31%
- Heraf antal gennemførte videotolkninger	271	69%
o Heraf antal akutte videotolkninger*	82	30%

*Procent udregnet ift. gennemførte tolkninger

Som det kan ses af tabellen, har tolkecentret på OUH gennemført langt flere (271) end de 60 videotolkninger registreret af spydspidsafdelingerne. Der er således gennemført over 200 videotolkninger, som ikke indgår i evalueringen – enten for-

di de er foregået på afdelinger, der ikke har indgået i evalueringsprojektet eller fordi de ikke er blevet logget af spydspidsafdelingerne.

I nedenstående tabel er angivet fordelingen af de 271 videotolkninger på de tre sprog tilbudt af tolkecentret på OUH.

Sprog i tolkecentret på OUH	Antal	Procent
Arabisk	160	59%
Somalisk	67	25%
Bosnisk	44	16%
Total	271	100%

I Region Midt er der som nævnt derudover gennemført videotolkninger på vietnamesisk, rumænsk og russisk, mens der i Region Hovedstanden er gennemført videotolkninger på tyrkisk i den sidste del af evalueringsperioden.

Af tabellen ovenfor fremgår det, at 124 videotolkninger i tolkecentret på OUH er blevet aflyst. Årsagerne til aflysningerne er givet nedenfor. (Tilsvarende tal har ikke været registreret blandt spydspidsafdelingerne).

Årsag til aflysning af videotolkning	Antal	Procent
Afdelingen ringede ikke til tolken	55	45%
Patienten udeblev	29	24%
Aflyst fra afdelingen	15	12%
Fejl på systemet	7	6%
Patienten talte et andet sprog	4	3%
Fremmødetolkning	4	3%
Familietolkning	3	2%
Behov for kvindelig tolk	2	2%
Flyttet	1	1%
Forkert booket	1	1%
Forsinket	1	1%
Patienten kunne dansk	1	1%
Ikke oplyst	1	1%
Total	124	100%

I 45 % af de tilfælde, hvor en tolkning ikke er blevet til noget, har afdelingen simpelthen ikke ringet tolken op, og derfor har det ikke været muligt at afklare, hvorfor tolkningen er blevet aflyst. I 24 % af tilfældene er det, fordi patienten er udeblevet, mens 12 % er blevet aflyst af afdelingen. For 6 % af de aflyste tolkninger er det fejl på systemet, som har været årsag til aflysningen.

5.2. Teknologi

Spydspidsafdelingerne og tolkecentret på OUH har alle fået installeret en eller flere Video IP Phone, Tandberg E20, en løsning med webcam til bærbare computere, eller lignende mobilt udstyr.

Inden for dette MTV-område er følgende hovedspørgsmål søgt besvaret:

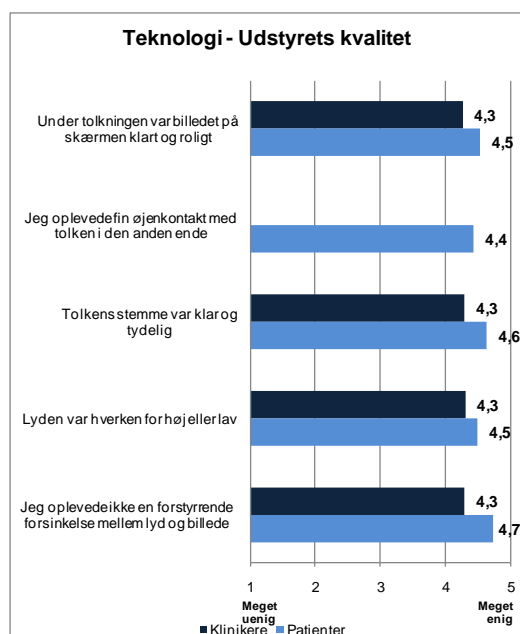
- Tilfredsheden med videoudstyrets kvalitet (billede og lyd)
- Tilfredsheden med videoudstyrets brugervenlighed
- Vurdering af kvaliteten af tolkning over video
- Vurdering af mulighederne for videotolkning i akutte situationer

5.2.1. Tilfredsheden med videoudstyrets kvalitet (billede og lyd)

Dette hovedspørgsmål er naturligt stillet til de parter, der deltager i en videotolkning: Patienten (27 svar) samt en eller to klinikere (36 svar) fra ”nærenden” samt tolken fra ”fjernenden” (3 svar). Hvad angår klinikere, deltager der på de egentlige hospitalsafdelinger typisk en læge og en sygeplejerske ved tolkningen, mens der i specialtilbud til traumatiserede flygtninge deltager en psykolog.

Patienten og klinkernes vurdering

Kvaliteten af billede og lyd under et videomøde er erfaringsmæssigt uendelig vigtigt, hvis et videomøde skal opfattes som et reelt alternativ til et almindeligt møde. Af nedenstående tabel kan ses, at der generelt er stor tilfredshed hos patienterne og klinikerne med kvaliteten af det videoudstyr, der anvendes i projektet. Billedet opfattes som klart og roligt, hvilket giver mulighed for god øjenkontakt med tolken i den anden ende. Tilsvarende opleves lyden som klar og tydelig, og der vurderes ikke at være nogen mærkbar forsinkelse mellem lyd og billede. Alt i alt er teknikken således ikke blevet opfattet som værende generende i forhold til afholdelsen af tolkemødet.



Af figuren kan endvidere ses, at tilfredsheden med udstyrets kvalitet generelt er en lille smule mindre blandt klinikerne end blandt patienterne. Dette kan evt. tilskrives, at klinikerne stiller større krav til udstyrets kvalitet.

Af nedenstående tabel ses, at videoudstyret typisk er placeret således, at både klinikerne og patienten kan se tolken.

Hvordan var udstyret placeret?	Antal	Procent
Både klinikerne og patienten kunne se tolken	27	87%
Kun patienten kunne se tolken	3	10%
Kun klinikerne kunne se tolken	1	3%
Ved ikke	3	-
Total	34	100%

I interview med en af tolkene forklarer denne, at det er bedst, når alle kan se hinanden fx ved at man sidder i en trekant. Denne fortæller imidlertid også, at klinikerne ved videotolkning oftere kommer til at tale til tolken i stedet for til patienten:

”Det kan ske, at lægen ikke husker at tale med patienten og i stedet taler med tolken/skærmen. Det sker mere med video end med fremmødetolkning.”

Tolkenes vurdering

Også de tre tolke synes at være godt tilfredse med videoudstyrets kvalitet. Specielt er der tilfredshed med lyden – både patientens og specielt klinikernes stemmer vurderes at være klare og tydelige. Dog kan tolken blive i tvivl om, hvem der ta-

ler, såfremt der deltager flere klinikere i undersøgelsen/behandlingen (tværfaglige konferencer). Her efterlyser tolkene at kunne se alle i rummet, og at der er en udpeget ordstyrer blandt klinikerne, så tolken ikke får den rolle.



I interview forklarer en af tolkene, at det er bedst, hvis de kan se dem, som taler, så de kan opfange mimik, fagter og andet kropssprog. Det er et problem, hvis der er flere i lokalet end kliniker og patient, eller hvis videotolkning er nyt for klinikerne:

”Man mister kropssproget, og det gør det sværere at tolke, hvis alle personerne ikke er på skærbilledet. Og vi kan ikke altid se alle dem, som vi taler med, hvis der er flere i lokalet end patient og kliniker, eller hvis de ikke har prøvet det før, så ved de ikke, hvordan de skal stille udstyret.”

I forhold til de tværfaglige konferencer forklarer tolken:

”De tværfaglige konferencer er svære, da der er mange deltagere, så får vi rollen som ordstyrere og skal udover at tolke sikre, at de ikke taler i munden på hinanden. Derudover er de sværere end almindelige tolkninger, fordi man ikke kun taler medicinsk men også kommunalt fx socialt og PPR. Afdelingerne er ved at lære at briefe os på forhånd inden disse konferencer, men der er stadig tilfælde, hvor det ikke sker.

Under konferencen kan vi ikke se alle på skærmen, og der kan være snak eller visken i krogene. Det kan jeg ikke oversætte, fordi jeg ikke kan se dem, og patienten har altså ret til at få oversat alt.”

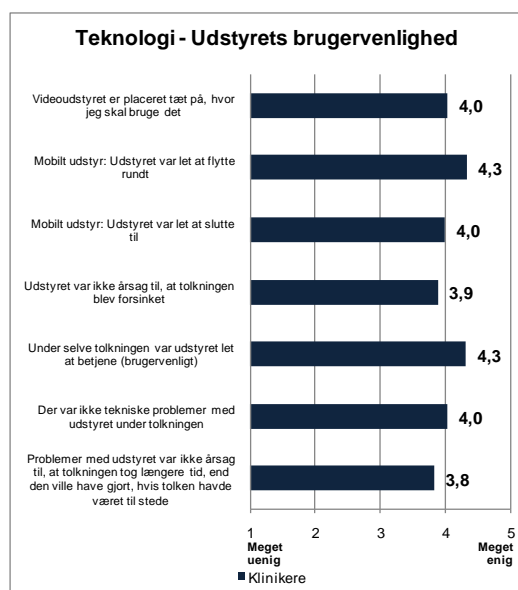
På en afdeling har man i stedet for det mobile udstyr anvendt egentligt videokonferenceudstyr til de tværfaglige konferencer, og der har det fungeret godt. Så udstyr, hvor alle kan se hinanden, løser dette problem.

5.2.2. Tilfredsheden med videoudstyrets brugervenlighed

Dette hovedspørgsmål er stillet til de parter, der skal håndtere videoudstyret: Klinikeren i nær-enden og tolken i fjern-enden.

Klinikernes vurdering

Af figuren ses, at der generelt er tilfredshed blandt klinikerne med udstyrets brugervenlighed, specielt i forhold til at betjene udstyret under et møde samt at flytte rundt på udstyret, og klinikerne er generelt enige i, at udstyret er placeret tæt på, hvor de skal bruge det.



Af figuren synes imidlertid at kunne læses, at der har været enkeltstående tekniske problemer med brugen af udstyret, som fx har resulteret i mindre forsinkelse af tolkningen, og at tolkningen har taget længere tid. Da disse tekniske problemer stadig opstår, kan de ikke udelukkende tilskrives, at det er meget nyt for klinikerne at anvende udstyret.

I interviewene nævner en kliniker, at det i nogle ambulatorier kan være besværligt at slutte udstyret til, da stikkene er placeret, så de skal kravle rundt på eller under borde for at slutte det til:

”Det er besværligt at slutte udstyret til på nogle af stuerne pga. bordene. De fysiske rammer gør, at man skal ud i nogle svære arbejdsstillinger. Det ville være rart med en boks med net og strømstik, hvor der stod teletolkning”

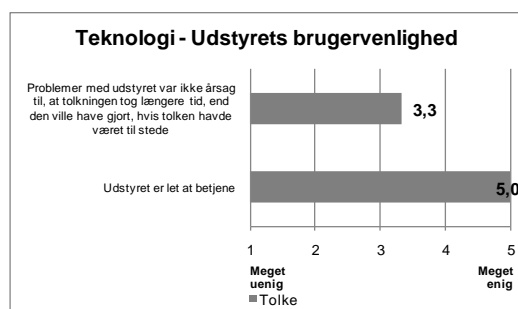
Derudover har en afdeling nævnt, at det har været et problem for dem, at der ikke har været netværksstik i stuerne på sengeafsnittet, og at det ene stik, der er i mange ambulatorier, bliver brugt til en pc. De mener, at de ville have brugt videoudstyret mere, hvis det havde været muligt at bruge udstyret på deres trådløse netværk:

”Det er et problem, at udstyret ikke har trådløst netværk. De steder, hvor der er stik, sidder der allerede en computer, og den skal vi ofte bruge. Hvis der havde været trådløst netværk, så havde vi brugt det mere - særligt på sengeafdelingen.”

I projektet har man fravalgt opkobling via henholdsvis trådløs og mobilt netværk, da der ikke er en garanteret båndbrede til rådighed, og det kan give problemer med kvaliteten af videoforbindelsen, og dermed muligheden for at gennemføre en tolkning.

Tolkenes vurdering

Af figuren nedenfor fremgår det, at alle tolkene er yderst tilfredse med videoudstyrets brugervenlighed. Tolkene synes imidlertid ligesom klinikerne at have oplevet enkelte forsinkelser af tolkningen grundet problemer med udstyret. En enkelt tolk fremhæver fx, at videoudstyret i enkelte tilfælde ikke har virket – at billedet ”fryser” – og der derfor må ringes op igen.



I forhold til de tekniske problemer har interviewene med såvel afdelingerne som tolk vist, at problemerne stadig opstår. Fx i form af at man ikke kan få forbindelse, eller at der mangler lyd eller billede, når man får forbindelse. Udover at give klinikerne problemer, så kan problemer med teknikken også få patienterne til at reagere negativt. En kontaktperson fortæller om de tekniske problemer, som de har oplevet:

”Vi har haft nogle tekniske problemer. Bl.a. problemer med at ringe op via omstillingen, så vi har fået tolkenes direkte nummer, og nogle gange har vi skulle skifte ip-adresser, og det har været bøvlet.

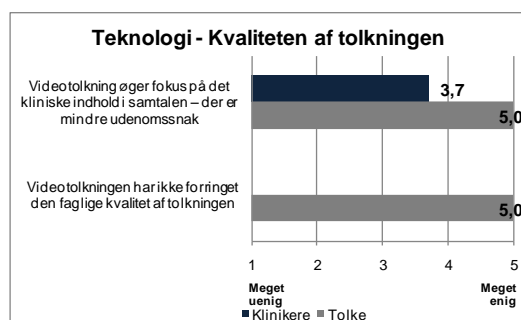
Nogle gange driller det stadigvæk, senest inden for den sidste uge [i august], hvor vi ikke kunne få billede frem, og senere manglede lyden. Det stresser lægerne, og det gør, at de får kortere lunte i forhold til systemet.

Vi har haft en patient, hvor teknikken drillede så meget to gange, at han blev så tosset, at vi måtte bestille en fremmødetolk fremover.”

Tolkene hjælper med at løse de tekniske problemer, men som de påpeger, så er det egentlig ikke en del af deres arbejde. Man kan imidlertid overveje, om tolkene skal undervises i basal fejlfinding og udbedring, så de problemer, der kan løses med det samme, også bliver det.

5.2.3. Vurdering af kvaliteten af tolkning over video

Dette hovedspørgsmål er stillet til klinikerne og tolkene.



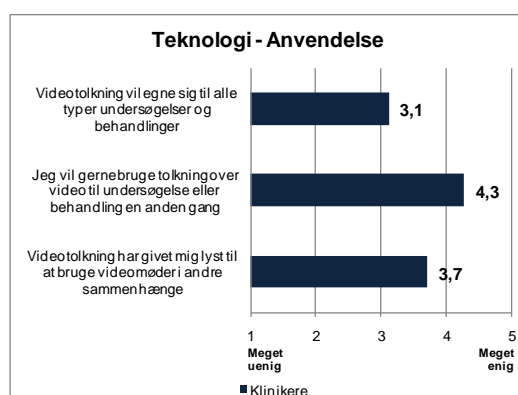
Af figuren ovenfor ses, at tolkene er af den klare opfattelse, at videotolkninger har betydet et øget fokus på det kliniske indhold i samtalen, og at videotolkninger ikke forringer den faglige kvalitet af tolkningen. Klinikerne synes delvist enige med tolkene, hvad angår den øgede fokus på samtalen. En af klinikerne bekræfter dette i et af interviewene:

”Min oplevelse er, at teletolkning tager kortere tid i konsultationen end en almindelig tolkning. Det kan være, fordi der er mindre udenoms snak.”

I forhold til psykologisk behandling har klinikerne oplevet, at videotolkning har givet en kvalitetsforbedring af samtalen:

”På en underlig måde er det en kvalitetsforbedring, fordi tilstedeværelsen af en tredje person forsvinder. Vi får en mere ren oversættelse. Vi undgår, at patienten og tolken kender hinanden, eller at patienten får mistillid til tolken. Det bliver mere rent.”

Af nedenstående figur fremgår det, at klinikerne vurderer, at videotolkning egner sig til de fleste typer undersøgelser og behandlinger.



Klinikerne har således også givet udtryk for, at de vil bruge tolkning over video til undersøgelse eller behandling en anden gang, og flere angiver, at det har givet dem lyst til at bruge videomøder i andre sammenhænge.

I interviewene er det også blevet vendt, om der er nogle patienttyper eller sammenhænge, som ikke egner sig til videotolkning. Her nævner interviewpersonerne grupper, der generelt kan være svære at håndtere som fx mindre børn, hvor forældre også deltager (og er bekymrede), mentalt handikappede og skizofrene. Videotolkning bliver som hovedregel brugt til disse grupper, men det er også sket, at man i stedet har valgt fremmødetolk, fordi man var usikker på om videotolkning ville være egnet. I de tilfælde hvor afdelingerne har erfaring med at bruge videotolkning til disse patienter, fortæller de, at det har fungeret. Fx brugte en afdeling videotolkning til et meget skizofrent barn og briefede tolken om situationen på forhånd. Tolkningen gik godt, og det har været medvirkende til, at de på afdelingen føler, at de kan bruge videotolkning i stort set alle situationer.

På Klinik for Traumatiserede Flygtninge, hvor patienterne hovedsageligt er flygtninge med post traumatisk stress syndrom, som modtager psykologbistand, bruger de videotolkning til de patienter, hvor sproget er tilgængeligt. De oplever, at patienterne er positive, og hvis de er yngre under 40, så er de vant til at tale med familie og venner over fx Skype, og at der måske mere er forbehold hos behandlerne:

”I starten var vi lidt skeptiske i forhold til, hvordan det fungerede. Men vi sprang ud i det og fandt ud af, at det fungerede. (...)

Vi har brugt det overfor en meget deprimeret person, og det har ikke forstyrret, at tolkningen er over video. Det er nok mere behandlerne, som er forbeholdne, fordi det nyt.”

At videotolkning kan anvendes i mange sammenhænge bekræftes endvidere af, at afdelingerne har brugt det til mange forskellige situationer fx:

- Almindelige konsultationer i ambulatorierne
- Akutte patienter
- Allergipodninger over en hel dag
- Kikkertundersøgelser af urinvejen (med slukket kamera)
- Terapi af traumatiserede flygtninge
- Tværfaglige konferencer

I forhold til yderligere anvendelse har en tolk foreslået, at også lægevagten og ambulancer kan anvende videotolkning. Dette forudsætter imidlertid, at tolkecentre er døgnbemandede. Derudover peger en tolk på, at det er vigtigt at få videotolkning ud til de praktiserende læger, da man på den måde kan undgå misforståelser.

En kliniker vurderer, at videotolkning kun er et skridt på vejen, og at hele konsultationer fremover kan forventes at foregå over videokonference.

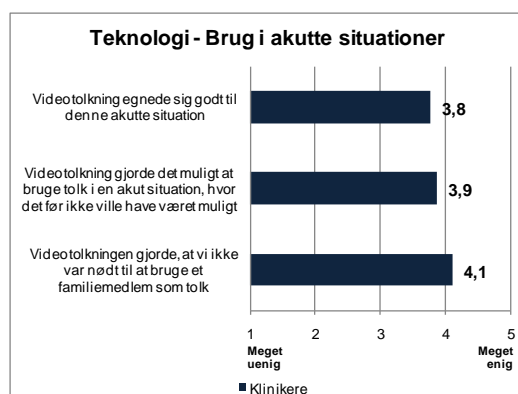
Videotolkning har på en afdeling betydet, at de er begyndt at bruge videokonference til interne møder og supervision, der hvor man ikke sidder på samme adresse, samt mulighed for at få en ”second opinion” ved at have en kollega, der sidder et andet sted, med til en konsultation.

I såvel spørgeskemaer som under interviews har personalet nævnt, at videotolkere er dygtige og kompetente, hvilket er med til at gøre det til en god oplevelse at bruge videotolke.

5.2.4. Vurdering af mulighederne for videotolkning i akutte situationer

Dette hovedspørgsmål omkring mulighederne for videotolkning i akutte situationer er udelukkende besvaret af klinikere, der har anvendt udstyret i en akut situation. Ni klinikere har svaret på spørgsmålene.

Af figuren fremgår det, at klinikerne overordnet har vurderet, at videotolkning kan anvendes og egner sig godt til akutte tolkninger. Specielt synes der at være tilfredshed med, at der med videotolkning er mulighed for at undgå brugen af familiemedlemmer som tolk.

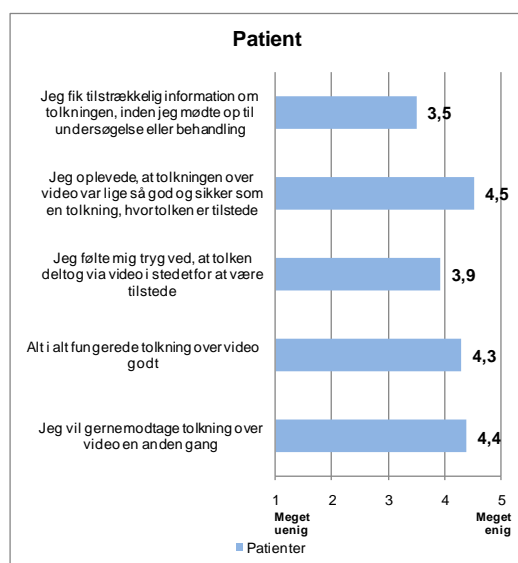


5.3. Patient

Inden for dette MTV-område er følgende hovedspørgsmål søgt besvaret:

- Patienternes tryghed ved brug af videotolkning
- Patienternes tilfredshed med informationen forud for videotolkningen

De to hovedspørgsmål er stillet til de patienter, der har givet samtykke til interviews (i alt 27¹).



5.3.1. Patienternes tryghed ved brug af videotolkning

Af figuren ses, at patienterne generelt har været meget tilfredse med at modtage tolkning over video, og at patienterne gerne modtager tolkning over video en anden gang. Hovedparten af patienterne har således følt sig trygge ved, at tolken deltog over video. Fx har flere patienter fremhævet følgende fordele ved videotolkning:

- At man kan lukke for kameraet, så tolken ikke kan se patienten fx i forbindelse med undersøgelse
- At der ikke er så mange i rummet
- At tolken ”er der hele tiden” – skal ikke tænke på, om tolken kommer eller ej

¹ Da det ikke har været muligt at opgøre, hvor mange videotolkninger der har været, er det ikke muligt at bestemme, hvor mange interviews der kunne være gennemført. Derfor er der ikke beregnet en svarprocent.

I nedenstående tabel ses, at muligheden for at slå kameraet fra har været anvendt i 5 (svarende til 16%) af de registrerede videotolkninger.

Var kamerat slået fra under tolkningen?	Antal	Procent
Ja, under hele tolkningen	1	3%
Ja, under dele af tolkningen	4	13%
Nej	26	84%
Ved ikke	3	-
Total	34	100%

Af interview fremgår det, at også tolke og klinikere er glade for muligheden for at slå kameraet fra:

En kliniker udtaler:

”Vi har en tolk til rådighed, hvis patienten skal tage tøjet af, fordi man kan slå kameraet fra. Ved en tolkning, hvor tolken er til stede, vil tolken nogle gange gå ud.”

En tolk udtaler:

”Det er super godt, at det er muligt at lukke klappen, hvis patienten skal tage tøjet af.”

En kliniker fremhæver også at:

”Når tolken sidder et andet sted og er på en skærm, giver det en distance, og det gør det lettere med de lidt svære patienter.”

I og med at tolken er med på distancen, og at billedet kan slås fra, er der bedre mulighed for at sikre patienternes integritet i intime situationer.

I forlængelse af ovenstående er blevet diskuteret, om det generelt er et problem med tolke af det modsatte køn. Hertil svarer en af tolkene, at det sjældent er det, men at det til tider kan være det:

”Problematikken bliver ofte skabt af personalet, som har berøringsangst. Når det kommer til stykket, så vil patienterne normalt hellere have en tolk af det modsatte køn end ingen tolk.”

5.3.2. Patienternes tilfredshed med informationen forud for videotolkningen

Der har været delte meninger om den information om tolkningen, patienterne modtog inden de mødte op til videotolkning – patienterne har dog været overvejende tilfredse med informationen.

Af interviewene er det kommet frem, at afdelingerne har vejledninger til patienterne på deres eget sprog, men at disse ikke altid bliver udleveret. Derudover er det ikke alle patienter, som kan læse.

En tolk har endvidere forklaret, at patienterne ikke altid har fået information om fx tolkens tavshedspligt, men at trygheden hovedsageligt opstår, når patienten lærer tolken at kende:

”Afdelingerne skal bruge vejledningen til at introducere teletolkning til patienten. Herunder at alle har tavshedspligt. Det er ikke en selvfølge for patienterne, da de kommer fra lande, hvor det ikke er en selvfølge. Efterhånden som patienterne lærer tolkene at kende og ved, at de er dygtige – på den måde bliver de trygge.”

5.4. Organisation

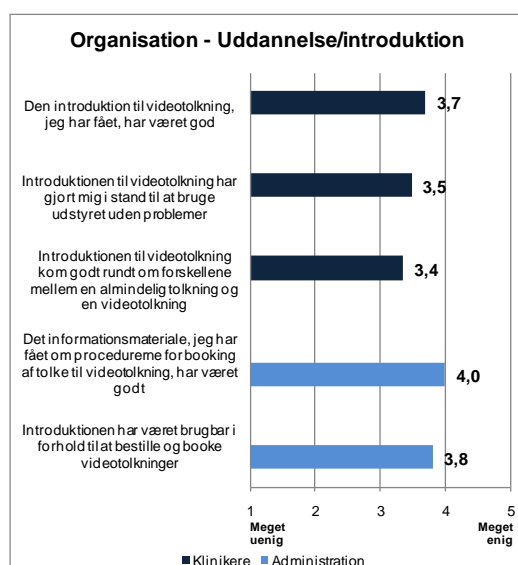
Inden for dette MTV-område er følgende hovedspørgsmål søgt besvaret:

- Tilfredsheden med uddannelse/introduktion til videoudstyret
- De afledte ændringer i arbejdsgangene
- Ændret arbejdsmiljø for tolkene

5.4.1. Tilfredsheden med uddannelse/introduktion til videoudstyret

Dette hovedspørgsmål er stillet til de parter, der har fået uddannelse/introduktion i relation til videoudstyret, dvs. klinikerne, de administrative medarbejdere samt tolkene.

Klinikernes og de administrative medarbejders vurdering

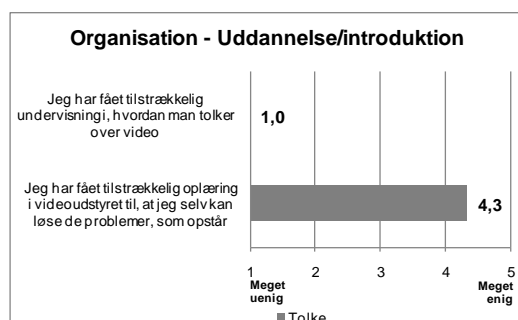


Af figuren fremgår det, at der specielt blandt de administrative medarbejdere har været god tilfredshed med den introduktion, de har fået i relation til procedurene for booking af videotolkninger.

Der har også været overvejende tilfredshed blandt klinikerne med den introduktion, de har fået til videotolkning. Dog føler ikke alle klinikere, at introduktionen har gjort, at problemer med håndteringen af udstyret har kunnet undgås, ligesom ikke alle klinikere føler, at der har været gjort nok ud af at fortælle om, hvordan videotolkninger forløber forskelligt fra almindelige tolkninger. Der synes således mulighed for at forbedre introduktionen til klinikerne. Det kan også tænkes, at timingen af introduktionen er et emne her, da igangsætningen af videotolkninger på flere af afdelingerne som nævnt blev forsinket.

Tolkenes vurdering

Af figuren nedenfor ses, at tolkene har været godt tilfredse med oplæringen i selve udstyret. Dog vurderer tolkene, at de ikke har fået tilstrækkelig undervisning i, hvordan man tolker over video.



Det skal også nævnes, at en kliniker har vurderet, at nogle tolke ikke er godt nok uddannede i at bruge udstyret.

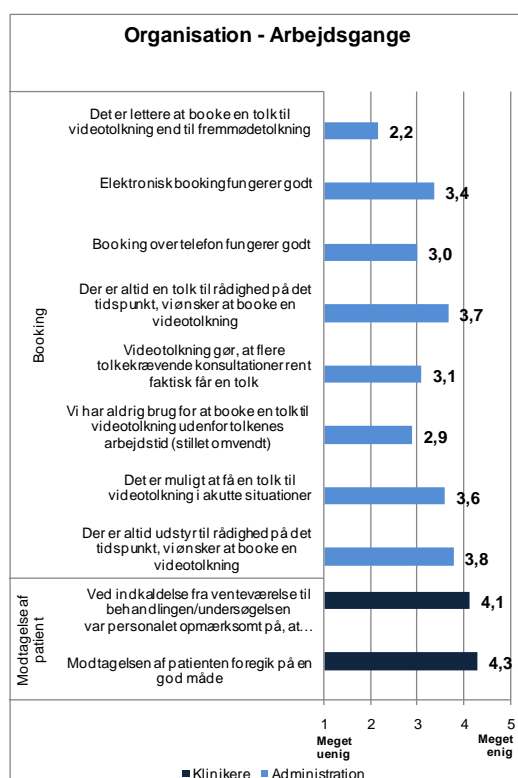
I forbindelse med interviewene har vi spurgt en af tolkene om, hvordan de har lært at tolke over video samt om behovet for egentlig uddannelse:

”Vi har lært det af hinanden, men der bør være et kursus i udstyr, tolkning og tele-tolkeetik. Man skal fx huske at se alvorlig ud, når man kommer frem på skærmen, da et smil kan tolkes forkert i alvorlige situationer.”

5.4.2. De afledte ændringer i arbejdsgangene

Dette hovedspørgsmål er stillet til de parter, hvor indførelsen af videotolkninger har medført ændringer i deres arbejdsgange, dvs. udvalgte administrative medarbejdere, klinikere og tolkene.

Klinikernes og de administrative medarbejders vurdering



For de administrative medarbejdere der har booket tolke gennem Tolkecentret på OUH har indførelsen af videotolkning betydet ændringer i arbejdsgangene relateret til booking af tolkninger. Af figuren ovenfor fremgår det, at der ikke er udbredt tilfredshed med disse ændringer. Således vurderer flertallet, at det ikke er blevet lettere at booke en tolk til et videomøde end til et almindeligt tolkemøde. I kommentarerne efterlyses i den forbindelse et system, hvor alle kolleger kan se de bestilte videotolkninger, så alle kan se, hvad der er booket af andre.

Regionerne har haft forskellige procedurer og it-systemer til booking. På OUH har det administrative personale anvendt kalendersystemet og selv været ansvarlige for at finde en ledig tolketid. I Region Midt har medarbejderne anvendt samme web-applikation, som de bruger til at bestille fremmødetolke, og her har de derfor ikke haft en ændring af arbejdsgange i forbindelse med booking af videotolkning.

Interviews med medarbejdere fra Odense Universitetshospital har bekræftet, at de synes, at bookingen af videotolkning via deres kalendersystem er tungt. Kalendersystemet er under udskiftning, så det kan eventuelt medføre en forbedring. I Region Midt har det webbaserede bookingsystem fungeret godt til booking, men det er

ikke muligt at aflyse en tolkning i systemet. Derfor må personalet ringe, hvilket de synes er upraktisk, bl.a. fordi det tager tid at komme igennem.

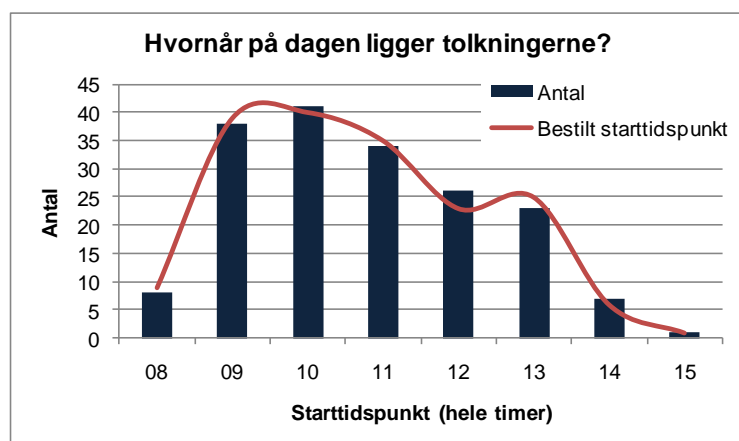
I begge regioner oplever personalet altså u hensigtsmæssigheder i forhold til booking men for forskellige dele af arbejdsgangen. På OUH drejer det sig om selve bookingen i deres kalendersystem, som kræver at de skal igennem flere skærbilleder og klik, hvilket opleves som tungt. I Regionen Midt er det ikke selve bookingen, som opleves som tung, men når de skal aflyse en tolkning, da det foregår manuelt.

Hvad angår ændringer i arbejdsgangen i forhold til fremmødetolkninger, så har interviewpersonerne nævnt, at

- booking foregår elektronisk via kalendersystemet eller webbaseret system afhængigt af region
- personalet - klinikerne eller sekretæren – skal sætte udstyret op
- patienterne nogle gange får udleveret informationsmateriale om videotolkning
- Hvis patienten skal have en ny tid, så skal klinikerne huske at få tolken til at oversætte det, inden forbindelsen afbrydes

Af figuren ovenfor fremgår det endvidere, at der er overvejende tilfredshed med muligheden for at få en tolk til videotolkning i akutte situationer, med tilgængeligheden af videoudstyret samt med muligheden for at få en tolk på det tidspunkt, der er brug for det til en videotolkning.

I nedenstående figur kan ses, hvornår på dagen at videotolkningerne har ligget (178 af de 271 videotolkninger fra februar til juni 2010, hvor der er registreret både bestilt og reelt starttidspunkt for videotolkningen). De blå søjler i figuren viser, at der ligger flest tolkninger mellem kl. 9 og 11, og at der derefter er færre tolkninger. Den røde graf viser, hvor mange tolkninger der var bestilt inden for de pågældende tidsrum. Figuren indikerer, at der er god overensstemmelse mellem, hvornår tolkningerne er booket til, og hvornår de bliver afholdt.



Figuren viser også, at der af og til har været behov for at booke en tolk til videotolkning uden for tolkenes arbejdstid (kl. 9-14 for tolkecentret på OUH).

Når man ser nærmere på det reelle starttidspunkt i forhold til det bestilte starttidspunkt for videotolkninger (jf. tabellen nedenfor), er tolkningerne i gennemsnit startet ca. 5 minutter før, end de er planlagt til. Omkring 30% af tolkninger bliver imidlertid forsinket. I gennemsnit er der tale om en forsinkelse på ca. 17 minutter for de bestilte tolkninger og 21 minutter for de akutte. Den længste forsinkelse, som er registreret, er på to timer og var for en bestilt tolkning.

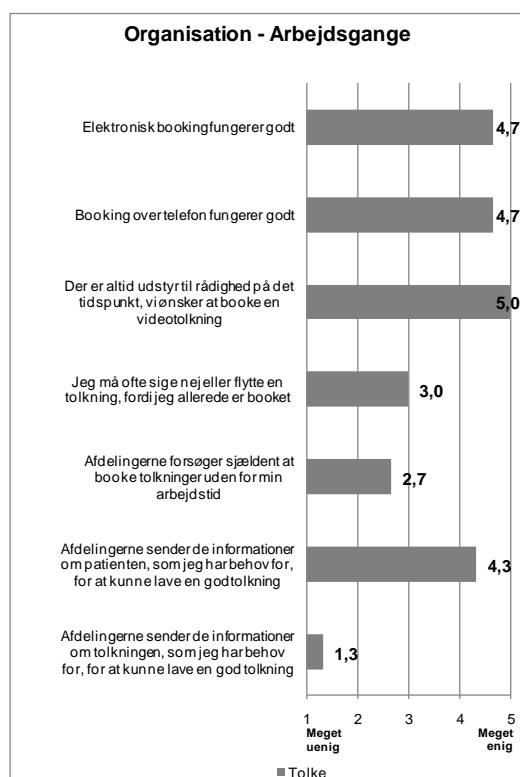
Afvigelser fra bestilt starttidspunkt (timer:minutter)	Bestilte	Akutte
Minimum	-00:45	-01:17
Gennemsnit	-00:04	-00:06
Median	00:00	-00:05
Maksimum	02:00	00:40
Gennemsnitlig forsinkelse	00:17	00:21
Andel forsinkede tolkninger	29%	33%

Klinikerne, som kalder patienten ind fra venteværelset til behandling/undersøgelse, vurderer, at ændringerne i modtagelse af patienten, der nu ikke følges med en tolk, har fungeret tilfredsstillende.

Tolkenes vurdering

Af figuren nedenfor ses, at tolkene – inden videotolkningen – typisk modtager den information om patienten fra afdelingen, som de har brug for. Derimod ses, at de typisk ikke modtager den information om tolkningen fra afdelingen, som de har brug for for at kunne forberede sig inden tolkning. Det kan fx være, om det er en svær samtale eller hvilken del af kroppen eller diagnose, det handler om. Hvis tol-

ken har disse oplysninger, kan de forberede sig mentalt til svære samtaler eller sprogligt, hvis der er behov for det.



I forlængelse af sidstnævnte kan af nedenstående tabel endvidere ses, at der i forbindelse med 16 videotolkninger har været tale om en svær samtale med patienten. I 13 af disse 16 tilfælde har der ikke været holdt et formøde med tolken for at forberede denne til samtalen.

Ved svær samtale: Har du holdt formøde med tolken for at forberede denne til samtalen?	Antal*	Procent
Ja	3	19%
Nej	13	81%
Total	16	100%

* Baseret på spørgeskemaundersøgelse blandt klinikkerne.
21 (57%) har krydset af, at der ikke var tale om en svær samtale

At tolkene gerne vil have oplysninger om tolkningens indhold på forhånd, er også kommet frem af interviewet med tolk:

”Vi får ikke altid information om, hvad det handler om, så vi kan forberede os på de glosser, som findes inden for området eller mentalt, hvis det er en svær samtale.

Det er særligt de komplicerede områder som hjerteafdelingen og ortopædkirurgisk samt børneafdelinger med alle fagområder, at vi har behov for at vide det på forhånd, så vi kan læse op på det rigtige.”

Problemstillingen omkring information inden tolkningen er ikke isoleret for videotolkninger men er også aktuel for tolkninger, hvor tolken er til stede. Der er imidlertid kommet ekstra fokus på det i forbindelse med videotolkning.

Af figuren ovenfor ses endvidere, at tolkene i relation til booking af videoudstyret vurderer, at der altid er udstyr til rådighed, og at booking i øvrigt fungerer godt.

Dog udtrykker tolkene, at de savner tilbagemeldinger fra afdelingerne om forsinkelser og aflysninger af videotolkninger. I den forbindelse efterlyser tolkene et telefonnummer til den afdeling, der har bestilt tolkesamtalen, således at de ikke skal spekulere på, om der nu er telefonsvarer på eller ej. En administrativ medarbejder fra en af spydspidsafdelingerne rejser samme problemstilling:

”Det er et problem med telefonisk forbindelse/service for at afbestille tolk, det er svært at komme igennem. Dette skulle være elektronisk dvs. over internettet for at spare tid”.

5.4.3. Ændret arbejdsmiljø for tolkene

Generelt vurderer tolkene, at deres arbejdsmiljø er blevet væsentligt forbedret ved brug af videotolkning. For det første fremhæver de, at de er blevet mindre stressede, når de ikke længere skal bruge tid på transport, ventetid og besværet med parkeringsplads, mv.

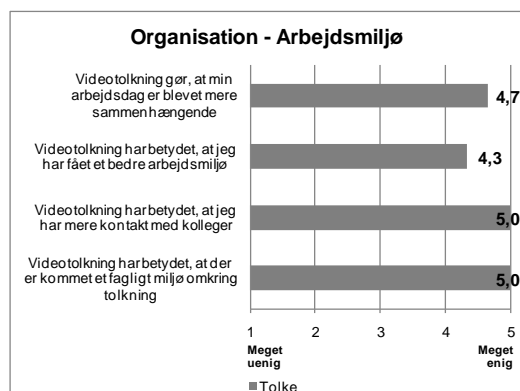
”Det bedste ved videotolkning er, at jeg er mindre stresset. Jeg har mere overskud og er næsten altid frisk. Mindre træt, da jeg ikke skal tænke på parkeringspladser eller skynde mig ud for at nå bussen. Det er et roligt arbejdsmiljø, så jeg bedre kan koncentrere mig om kun at være *tolk*”.

For det andet fremhæver de, at det er en lettelse, at de undgår samtaler med patienten i venterummet.

”Tolken er KUN en tolk, ikke støtteperson eller patientens ledsager. Det er nemmere at holde professionel afstand til begge parter af samtalen.”

En kliniker bifalder ligeledes ”afstanden til tolken”: ”Terapirummet bliver igen til et møde imellem to parter, patient og behandler, og forstyrres ikke af tilstedeværelse af et 3. menneske i lokalet”.

Af figuren nedenfor ses endvidere, at tolkene vurderer, at videotolkning har betydet, at de har mere kontakt med kolleger, og at der er kommet et fagligt miljø omkring tolkning.



I det interview, som er blevet gennemført med en tolk, blev det nævnt, at det er positivt, at tolkene har fået et fagligt miljø med kolleger, som kan støtte hinanden, men at det stadig kan være hårdt at være tolk:

”Afdelingerne skal huske, tolken er en person, som også bliver præget af voldsomme begivenheder. Derfor vil vi gerne briefes på forhånd, hvis man forventer, at det er en svær samtale.”

Derudover kan der være behov for supervision til tolkene, så de kan bearbejde de til tider ubehagelige ting, som de hører om:

”En tolk er gået ned med post traumatisk stress på grund af genoplevede krigstraumer. Vi har ikke supervision, men i modsætning til når man er fremmødetolk, har vi et sammenhold, hvor vi kan støtte hinanden, hvis der fx sker noget ubehageligt. Det er en form for supervision, men det mangler stadigvæk meget. Indvandremedicinsk Klinik har på eget initiativ tilbudt os det, fordi de kan se, at det kan være hårdt for os, men det er ikke noget, der er sat i system.”

På Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Holstebro er man også opmærksomme på, at det kan være hårdt for tolkene. Her har man udnyttet, at videotolkning forbedrer muligheden for at give tolkene supervision, efter at patienten er gået:

”Tolkene bliver berørt – bl.a. fordi de ofte selv er flygtninge med lignede oplevelser. Vi har taklet det ved lave sessionerne med patienten på 45 minutter, men booke en time med tolkene, så vi har lidt tid til at tale med tolkene, hvis det har været hårdt. Det er svært ved fremmødetolkning, hvor tolken går sammen med patienten, men med videotolkning kan vi lige vende, hvad der er sket, når patienten er gået.”

En mere praktisk problemstilling, som en tolk har nævnt er, at afdelingerne skal være opmærksomme på, at tolkene efter en times tolkning har brug for en pause. Nogle klinikere er selv opmærksomme på det og opfordrer selv tolkene til tage en pause, mens andre har svært ved at forstå behovet.

5.5. Økonomi

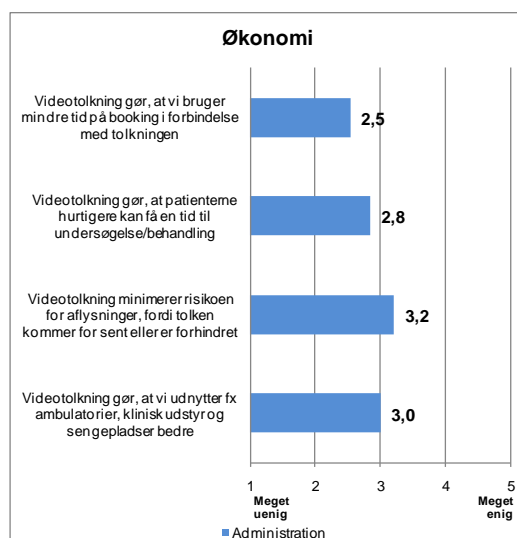
Inden for dette MTV-område er spørgsmål om følgende søgt besvaret:

- Bedre udnyttelse af ressourcer (fx kommer i gang til tiden, flere tolkninger pr. dag, mv.)
- Undgået spildtid (transport, ventetid)
- Øget effektivitet (hurtigere booking, tolkning, mv.)
- Færre aflyste tolkesamtaler

Spørgsmål inden for dette område er stillet til hhv. de administrative medarbejdere og tolkene.

De administrative medarbejders vurdering

Samlet set vurderer de administrative medarbejdere, at der ikke er sparet tid eller ressourcer ved indførelsen af videotolkning. Som nævnt i afsnit 5.4.2 om ændringer i arbejdsgangene, vurderer flertallet af de administrative medarbejdere, der booker tolke fra Tolkecentret på OUH, at det ikke er blevet lettere at booke en tolk til et videomøde end til et almindeligt tolkemøde. Dette afspejles i figuren nedenfor, hvor det ses, at de administrative medarbejdere vurderer, at de ikke bruger mindre tid på booking i forbindelse med videotolkninger. De vurderer heller ikke, at videotolkning har betydet, at patienterne hurtigere kan få en tid til undersøgelse/behandling, eller at videotolkning minimerer risikoen for aflysninger.

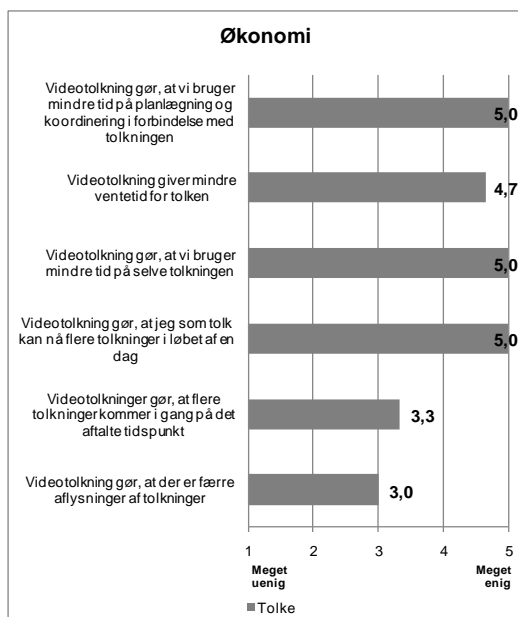


På en af de afdelinger, hvortil tolkene ofte kommer kørende fra andre byer, har man imidlertid oplevet, at der er færre forsinkelser og færre aflysninger ved videotolkning end ved fremmødetolkninger:

”Der har ikke været den samme hyppighed af afbud. Vi ligger langt væk, så der er ikke trafik og andet, som kan komme i vejen, så vi har ikke så mange aflysninger med videotolkning.”

Tolkenes vurdering

Samlet set vurderer tolkene, at de sparer tid ved indførelsen af videotolkning. Af figuren nedenfor fremgår det, at tolkene specielt mener at bruge mindre tid på planlægning og koordinering i forbindelse med tolkning, at der er mindre ventetid, og at de bruger mindre tid på selve tolkningen. Tolkene vurderer, at den sparede tid betyder, at de kan nå flere tolkninger i løbet af en dag.



Derimod vurderer tolkene – ligesom det administrative personale – at videotolkning ikke minimerer risikoen for aflysninger. Videotolkninger vurderes heller ikke at have mærkbar indflydelse på, at flere tolkninger kommer i gang på det aftalte tidspunkt.

Nedenstående tabel viser, hvor lang tid en videotolkning typisk tager sammenholdt med den planlagte tolketid. Af tabellen fremgår det, at en planlagt videotolkning typisk tager 4 minutter kortere end planlagt, mens en akut videotolkning typisk tager 11 minutter kortere en planlagt. Der er således ikke nogen stor forskel på bestilt og reelt brugt tolketid, ligesom der kun sjældent er overskridelser af den bestilte tolketid.

Længden af tolkningerne (timer: minutter)	Planlagte tolkninger			Akutte tolkninger		
	Bestilt	Reelt	+/-	Bestilt	Reelt	+/-
Middel	00:49	00:44	-00:04	00:47	00:35	-00:11
Median	01:00	00:40	-00:20	00:30	00:30	00:00
Typetal	01:00	01:00	00:00	01:00	00:10	-00:50
Minimum	00:15	00:02	-00:13	00:15	00:05	-00:10
Maksimum	02:00	03:00	01:00	02:00	01:40	-00:20

Tal fra tolkecentret på OUH (baseret på registrering blandt de 271 planlagte videotolkninger og de 82 akutte videotolkninger)

5.6. Opsummering på anvendelsen af videotolkning

Som det fremgår af de foregående afsnit, har indførelsen af videotolkning betydet ændrede forhold for de involverede administrative medarbejder, klinikere, tolke samt patienter. Nedenfor vil evalueringens resultater blive opsummeret i forhold til hver af parterne.

Patienterne

Patienterne har generelt været meget tilfredse med at modtage tolkning over video. Hovedparten af patienterne har følt sig trygge i situationen og har udtrykt, at de gerne modtager tolkning over video en anden gang. Patienterne har været yderst tilfredse med kvaliteten af videoudstyret, og de ser endvidere en fordel i, at der ikke er så mange i rummet, og at man kan lukke for kameraet, så tolken ikke kan se patienten fx i forbindelse med undersøgelse.

Patienterne har endvidere været overvejende tilfredse med den information om tolkningen, som de modtog, inden de mødte op til videotolkning. Dog er afdelingernes vejledninger til patienterne ikke altid blevet udleveret, vejledningen har ikke altid informeret om fx tolkens tavshedspligt, og der ligger en udfordring i, at ikke alle patienter kan læse.

Tolkernes vurdering af videotolkning

Tolkene har været meget tilfredse med indførelsen af videotolkning. For tolkene har videotolkning fx betydet, at de bruger mindre tid på planlægning og koordinering af tolkninger, på rejsetid, på ventetid og på selve tolkningen. Herved kan tolkene nå flere tolkninger i løbet af en dag.

Videotolkning har også betydet et bedre arbejdsmiljø for tolkene. Tolkene føler sig fx mindre stressede, nu hvor at de ikke skal bruge tid på transport, og tolken kan holde en professionel ”afstand” til patienten. Samtidig har tolkene fået et fagligt miljø med kolleger, som kan støtte hinanden.

Tolkene vurderer endvidere, at videotolkninger har betydet et øget fokus på det kliniske indhold i samtalen, og at videotolkninger ikke forringer den faglige kvalitet af tolkningen. Tolkene efterlyser imidlertid bedre arbejdsgange i forbindelse med forsinkelser og aflysninger af videotolkninger, ligesom at de efterlyser information om tolkningen fra afdelingen inden videotolkningen – specielt hvis der er tale om svære tolkesamtaler.

Trods enkelte tekniske problemer med videoudstyret, er tolkene generelt godt tilfredse med videoudstyrets lyd- og billedkvalitet samt udstyrets brugervenlighed. Det er imidlertid afgørende for tolkene, at de til enhver tid kan se, de der taler.

Klinikernes vurdering af videotolkning

Klinikerne har generelt været tilfredse med brugen af videotolkning. Klinikerne vurderer, at videotolkning egner sig til de fleste typer undersøgelser og behandlinger samt til akutte tolkninger. Sidstnævnte åbner mulighed for at undgå brugen af familiemedlemmer som tolk.

Klinikerne, som kalder patienten ind fra venteværelset til behandling/undersøgelse, vurderer endvidere, at ændringerne i modtagelse af patienten, der nu ikke følges med en tolk, har fungeret tilfredsstillende.

Trods enkeltstående tekniske problemer med videoudstyret har klinikerne generelt været tilfredse med kvaliteten af udstyret – og udstyret er placeret tæt på, hvor de skal bruge det. Klinikerne er endvidere godt tilfredse med udstyrets brugervenlighed.

De administrative medarbejders vurdering af videotolkning

For de administrative medarbejdere har indførelsen af videotolkning ikke betydet, at booking af tolke er blevet lettere eller mindre tidskrævende, og nogle oplever dele af arbejdsgangen som mere besværlig end tidligere. De efterlyser derfor et nyt fælles system, hvor alle kolleger kan se de bestilte videotolkninger, så alle kan se, hvad der er booket af andre.

De vurderer heller ikke, at videotolkning har betydet, at patienterne hurtigere kan få en tid til undersøgelse/behandling, eller at videotolkning minimerer risikoen for aflysninger.

De administrative medarbejdere er imidlertid overvejende tilfredse med muligheden for at få en tolk til videotolkning i akutte situationer, med tilgængeligheden af videoudstyret samt med muligheden for at få en tolk på det tidspunkt, der er brug for det til en videotolkning.

6. Den videre udbredelse af videotolkning - kritiske succesfaktorer og gode råd

I dette afsnit beskrives kort de kritiske succes faktorer og gode råd, som vi har opsamlet dels gennem spørgeskemaerne og dels gennem interviewene. Disse kan anvendes i videre udrulning af videomødeudstyr i sundhedssektoren (primær og sekundær sektor) og i kommunalt regi.

Succes faktorerne er struktureret efter de fire MTV-temaer:

Teknologi

- Det skal være let at slutte udstyret til strøm og netværk.
- Udstyret og netværket skal virke, ellers mister brugerne og patienterne troen på det.
- Udstyret skal placeres, så alle kan se tolken og omvendt – brug eventuelt rigtigt videokonferenceudstyr eller kamera med vidvinkel, hvis der er mange deltagere til fx tværfaglige konferencer.

Organisation

- Den øverste ledelse skal bakke op og melde ud, at videotolkning er den måde, man anvender tolke på. Fremmødetolkning er undtagelsen.
- Det personale, som booker tolkningerne, skal informeres ekstra godt om, at de skal booke videotolkninger, når det er muligt.
- Der skal defineres klare arbejds gange (fx i forbindelse med forsinkelser og aflysninger) og god arbejdspraksis (fx overholdelse af aftalt tid og fokus på gensidig information)
- Der skal gives grundig information til medarbejderne ved møder, uddannelse, demonstration og i det daglige.
- Vær opmærksom på, at høj kvalitet i videotolkningen (herunder velkvalificerede tolke) motivere personalet til at anvende denne løsning frem for fremmødetolkning.
- Det bør tilstræbes at tolke og klinikere får uddannelse i videotolkning.

Patienten

- Patienterne skal have information om videotolkning herunder tavshedspligt for at føle sig trygge.
- Tolke af andet køn end patienten er ikke et større problem, end man gør det til, og med videotolkning kan man slå kameraet fra.

- Klinikeren skal huske at tale til patienten og ikke til tolken under tolknin-gen.
- Videotolkning kan stort set altid bruges.

Økonomi

- Afdelingerne skal huske at aflyse tolkninger, der ikke bliver til noget.

Evalueringen har således vist, at videotolkning er særdeles anvendeligt i stort set alle situationer, men at en udbredt anvendelse kræver brugervenligt videoudstyr, ledelsesopbakning og gåpåmod, klart definerede arbejdsgange samt information til de involverede parter.

Bilag 1: Før-analysen

Dette bilag indeholder resultatet af før-analysen, der blev gennemført i perioden oktober - primo november 2009. (På tidspunktet for analysen var kun 8 spydspidsafdelinger omfattet af evalueringen).

Nedenstående afdelinger indgår i før-analysen:

1. Region Hovedstaden, Bispebjerg Hospital, Akut Medicinsk Afdeling, Afdeling L
2. Region Hovedstaden, Bispebjerg Hospital, Akut Hjertemedicinsk afdeling, Y21
3. Region Hovedstaden, Herlev Hospital, Onkologisk afdeling
4. Region Hovedstaden, Herlev Hospital, Urologisk afdeling
5. Region Nordjylland, Ålborg Hospital, Skadestuen
6. Region Nordjylland, Psykiatrien, Psykiatrisk skadestue, afdeling Syd.
7. Region Syddanmark, Odense Universitets Hospital, Hudafdeling, afd. I
8. Region Midt, Skejby Sygehus, Svangreambulatorium, afd. Y2.

Fakta om de enkelte afdelinger ses i appendiks.

Konsulenter fra Devoteam Consulting besøgte spydspidsafdelingerne i perioden d. 12/10-6/11 2009. På besøgene blev de data, der danner grundlag for dette notat, indsamlet.

Notatet indeholder en kort beskrivelse af før-situationen, hvad angår:

- Antallet af tolkninger og de mest tolkede sprog
- Arbejdsgangen for tolkning uden brug af video
- Brugernes vurdering af nuværende tidsforbrug ifm. tolkning
- Nuværende patientinformation inden tolkesamtalen
- Forventede ændringer til arbejdsgangen ved brug af videotolkning

Antallet af tolkninger og de mest tolkede sprog

	Volumen af tolkninger (antallet i jan.-okt. 2009)			Mest anvendte sprog (ikke prioriteret)	Andre kommentarer
	Planlagte	Akut	Anvendelse af slægtning eller andre ikke-professionelle		
1. Bispebjerg Hospital, Akut Medicinsk Afdeling, Afdeling L	÷	Ca. 2 om ugen	Det sker i akutte situationer	<ul style="list-style-type: none"> • Tyrkisk • Iransk (Farsi) • Irakisk • Albansk/ serbokroatisk • Grønlandsk 	Ofte er det patienten, som vælger at bruge familie til tolkning, da det ofte tager noget tid at få hentet en tolk ind – op til 2-3 timer
2. Bispebjerg Hospital, Akut Hjertemedicinsk Afdeling, Y21	÷	1-2 om dagen	Bruges kun akut, hvis de ikke har en tolk lige med det samme	<ul style="list-style-type: none"> • Arabisk • Tyrkisk • Persisk • Serbokroatisk 	
3. Herlev Hospital, Onkologisk afdeling	77 for de tre valgte tolkesprog i 2008	÷	Ingen data	<ul style="list-style-type: none"> • Tyrkisk (29%) • Urdu/Punjabi/Hindi (18%) • Arabisk (21%) • Bosnisk/Serbo-kroatisk (10%) • Somalisk (5%) 	
4. Herlev Hospital, Urologisk afdeling	110 for de valgte tolkesprog i 2008	÷	Ingen data	<ul style="list-style-type: none"> • Tyrkisk (29%) • Urdu/Punjabi/Hindi (18%) • Arabisk (21%) • Bosnisk/Serbo-kroatisk (10%) • Somalisk (5%) 	Man vil spørge patienten først, om de vil bruge videotolkning. Fremmødetolkninger er allerede bestilt i perioden, og de ventes ikke konverteret til videotolkning
5. Aalborg Sygehus, Skadestue	÷	6-8 i perioden	Bruger nogle gange personale fra de andre afdelinger (røntgenafd.)	<ul style="list-style-type: none"> • Somali (mange børnetolkninger) • Arabisk • Bosnisk • Forskellige slaviske sprog 	Videotolkning vil nok ikke blive brugt ved voldtægts ofre
6. Aalborg Sygehus, Psykiatrisk skadestue, afdeling Syd	÷	Ca. 4 i perioden	Anvender ofte personale til de europæiske sprog	<ul style="list-style-type: none"> • Somalisk • Arabisk • Iransk (Farsi) • Evt. kinesisk 	Ved svært psykotiske patienter vil fremmødetolkning blive foretrukket
7. Odense Universitetshospital, Hudafdeling, afd. I	18 tolkninger i nov.–dec. 2009. (21 forudbestilte tolkninger dags dato til fremtidige konsultationer).	÷ Det er sket, at tolken er med fra henvisende instans	Et gæt, at ca. 2 ud af 10 har pårørende med, som evt. kan tolke.	Forudbestilte tolkninger (antal i parentes): <ul style="list-style-type: none"> • Polsk (4), Vietnamesisk (4), Arabisk (4), • Albansk (2), Fransk (2) • Somali (1), Serbisk (1), Urdu (1), Afghansk (1), Bosnisk (1) 	Forudbestilte tolkninger vil blive konverteret til videotolkninger Hvis det er en kompleks sag med fx de sociale myndigheder involveret, vil de foretrække en fremmødetolk
8. Skejby Sygehus, Svangre-ambulatorium, afd. Y2	Ca. 1 om ugen	Sker sjældent	Gæt på mellem 0 og 1 ud af 10 planlagte tolkninger	<ul style="list-style-type: none"> • Arabisk • Somali • Iransk (Farsi) • Fransk (pga. afrikanske kvinder fra tidligere franske kolonier) • Polsk (oplever det mere end bosnisk) 	

Tabel 1. Oversigt over anvendelsen af tolke på spydspidsafdelingerne. ÷ angiver ikke relevante celler til udfyldelse.

Tabel 1 viser stor variation i behovet for anvendelsen af tolke samt hvilke sprog, som anvendes på spydspidsafdelingerne. Arabisk er det eneste sprog, som er nævnt af alle spydspidsafdelingerne.

Antallet af tolkninger og brugen af slægtninge og andre ikke professionelle tolke i perioden fra jan.-okt. 2009 er anslået af spydspidsafdelingerne fra Bispebjerg Hospital, Region Nordjylland og Region Midtjylland. På Herlev Hospital er der trukket en statistik over foretagne tolkninger i 2008 for de sprog, som indgår i afprøvningen på spydspidsafdelingerne, og på Odense Universitetshospital er der lavet en optælling over allerede foretagne tolkninger og planlagte tolkninger fra jan. 2009 til dec. 2009.

Alle spydspidsafdelingerne ligger i de fire største byer i Danmark, og de må derfor formodes at have både et større behov for tolkninger og flere tilgængelige tolke, da der er en større andel af borgere af udenlandsk afstamning, end i resten af landet.² Afdelingerne i Aalborg skiller sig her ud, da det er akutafdelinger, som må trække på tolke, som typisk kommer fra Aarhus, fordi der ikke lokalt findes tolke til de pågældende sprog, fx arabisk eller tyrkisk. Det betyder, at reaktionstiden kan være for lang i forhold til behovet i den akutte situation.

At spydspidsafdelingerne tilhører hospitaler i storbyerne gør, at analysen ikke direkte vil kunne vurdere, om der i højere grad end tidligere vil blive anvendt en professionel tolk pga. geografiske forhold.

Besøgene på afdelingerne har vist, at det bliver en udfordring at få nok tolkninger til, at der er en tilstrækkelig datamængde til en solid analyse af, hvordan patienter og personale har oplevet videotolkning.

² Tabellen nedenfor viser, at de kommuner (på nær Aalborg), som sygehusene ligger i, pr. 1. januar 2009 havde en større andel af indvandrere og efterkommere end landsgennemsnittet:

Kommune	Indvandrere og efterkommere fra vestlige lande i % af befolkningen i kommunen	Indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande i % af befolkningen i kommunen
København	6,7 %	14,4 %
Herlev	2,8 %	11,7 %
Odense	3,1 %	9,9 %
Århus	4,0 %	10,0 %
Aalborg	2,7 %	4,8 %
Hele landet	3,1 %	6,5 %

Kilde: Udlændingesservice, Tal og fakta - befolkningsstatistik om indvandrere og efterkommere, juli 2009, side 10 og 42-45 (http://www.nyidanmark.dk/NR/rdonlyres/1515B0D4-92A1-451F-905C-8AC5A595C9EB/0/tal_fakta_juni2009_revideret_090709.pdf)

Telefontolkninger

Telefontolkninger anvendes generelt ikke på spydspidsafdelingerne.

Ålborg psykiatriske skadestue har prøvet at bruge telefontolkning til at forklare en patient, at denne skulle flyttes til en anden afdeling. Det fungerede fint, men ellers er der ingen ønsker om at bruge telefontolkning.

Aflysninger

Spydspidsafdelingerne har ingen data på hvor mange tolkninger, som bliver aflyst, da de kun dokumenterer det i journalen. Antallet af bestilte tolkninger eller fremsendte fakturaer vil ikke give information om aflysninger af tolkene. Flere afdelinger har nævnt, at de betaler for en times tolkning plus transport, hvis de ikke kan nå at aflyse tolkningen, inden tolken møder op.

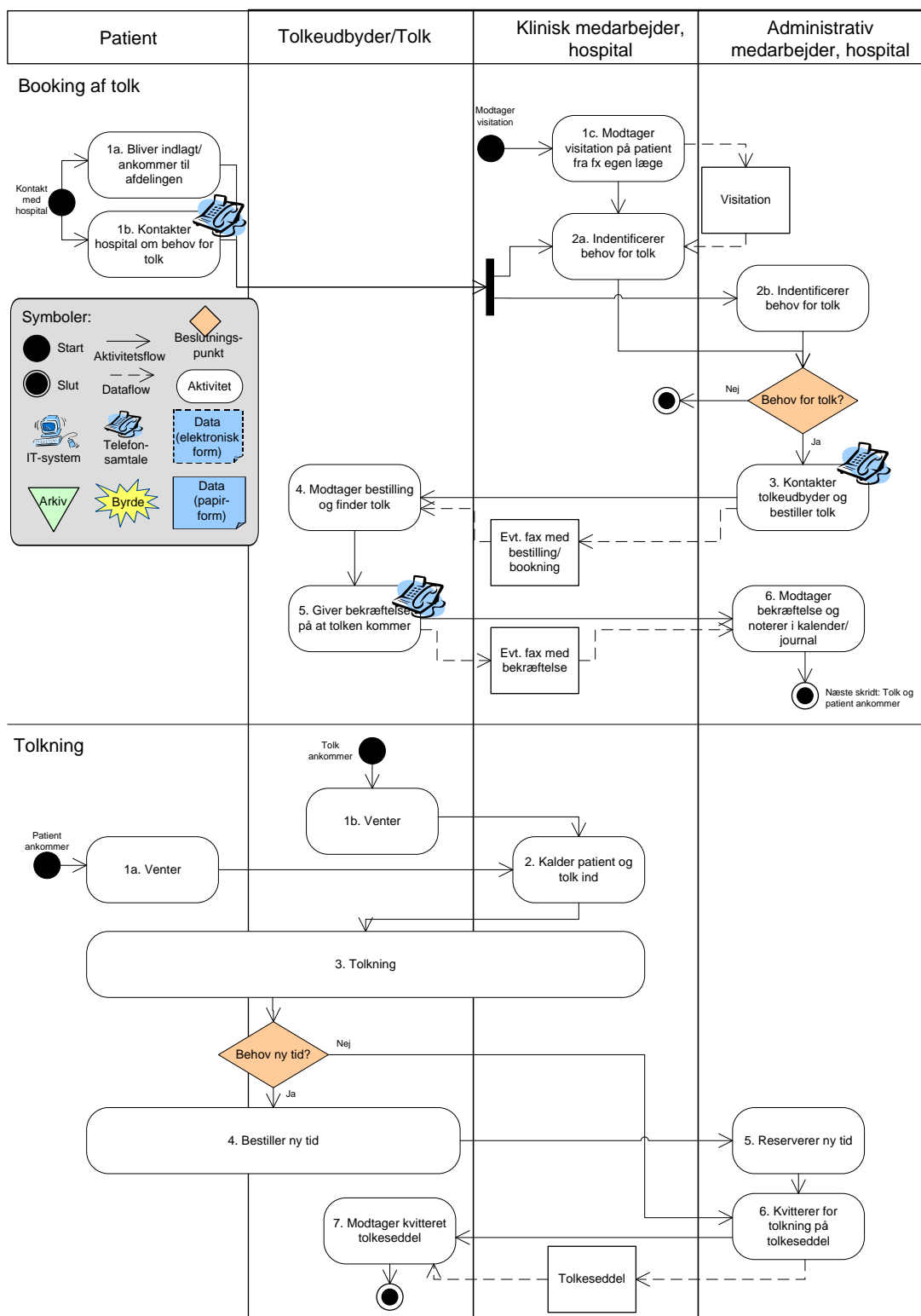
Afdeling L på OUH vurderer, at ca. 1 ud af 10 planlagte tolkninger aflyses, fordi patienten ikke møder op. Andre afdelinger oplyser, at de har erfaring med, at hvis religiøse muslimske patienter har en planlagt tid på en fredag, hvor der er fredagsbøn, aflyser patienten tiden eller møder slet ikke op.

Det sker også, at man fra afdelingernes side glemmer at aflyse tolken, når patienten har aflyst eller flyttet en aftale, men det er ikke noget, som sker ofte.

Hvis der ikke er bestilt en tolk, fx fordi personalet på afdelingen ikke er blevet gjort opmærksom på behovet fra den, som har henvist patienten, eller hvis tolken udebliver, kan det betyde, at man må sende patienten hjem igen. Det er f.eks. sket på Svangreambulatoriet på Skejby Sygehus.

Arbejdsgang for tolkning uden brug af video

Arbejdsgangen for bestilling/booking af tolke samt efterfølgende betaling og evt. genbestilling af tolke er så ens på alle spydspidsafdelingerne, at der kan tegnes én generisk arbejdsgang. Der er naturligvis små variationer alt efter, om det er en planlagt eller en akut tolkning, og fra afdeling til afdeling. Arbejdsgangen er tegnet op nedenfor.



Figur 1. Figur over arbejdsgang i forbindelse med brugen af fremmøde tolke.

Spydsspidsafdelingernes vurdering af nuværende tidsforbrug ifm. tolkning

Spydsspidsafdelingerne har estimeret tidsforbruget på følgende aktiviteter således:

Aktivitet	Estimeret tidsforbrug	Evt. kommentar
Booking af tolk 3. Kontakter tolkeudbydere og bestiller tolk	3-5 min	Som regel sker bestillingen via telefon til én af de tolkeudbydere, som afdelingen/hospitalet/ regionen har aftale med, men ved planlagte tolkninger kan det ske, at en afdeling bruger fax. Ofte er det den samme tolkeudbyder, som kontaktes for bestilling, men i tilfælde af at en tolk ikke kan på et bestemt tidspunkt, kan det ske, at en anden tolkeudbyder kontaktes.
Booking af tolk 6. Modtager bekræftelse og noter i kalender/journal	3-5 min	Det dokumenteres, at der er bestilt tolk.
Tolkning 1a. Venter (patient)	0-30 min	Det er meget forskelligt, hvor lang tid patienten venter. Ventetiden kan være afhængig af ledigt udstyr, personale, som er forsinket, eller tolk, som er forsinket.
Tolkning 1b. Venter (tolk)	0-30 min	Der kan være ventetid for tolken på afdelingen, hvis patienten ikke er ankommet til tiden eller hvis udstyr/personale til aftalen ikke er klar. Hvis ventetiden overskrider tolkens tidsplan, er denne nødt til at gå, før tolkning er gennemført.
Tolkning 6. Kvitterer for tolkning på tolkeseddel	1-2 min	Efter endt tolkning – eller fremmøde, hvor der alligevel er aflysning af tolkningen – skal personalet på afdelingen kvittere for tolkens fremmøde og anvendt tid. Uden denne kvittering vil der ikke blive sendt en faktura på tolkningen.

Tabel 2. Estimeret tidsforbrug på enkelte aktiviteter.

Nuværende patientinformation inden tolkesamtalen

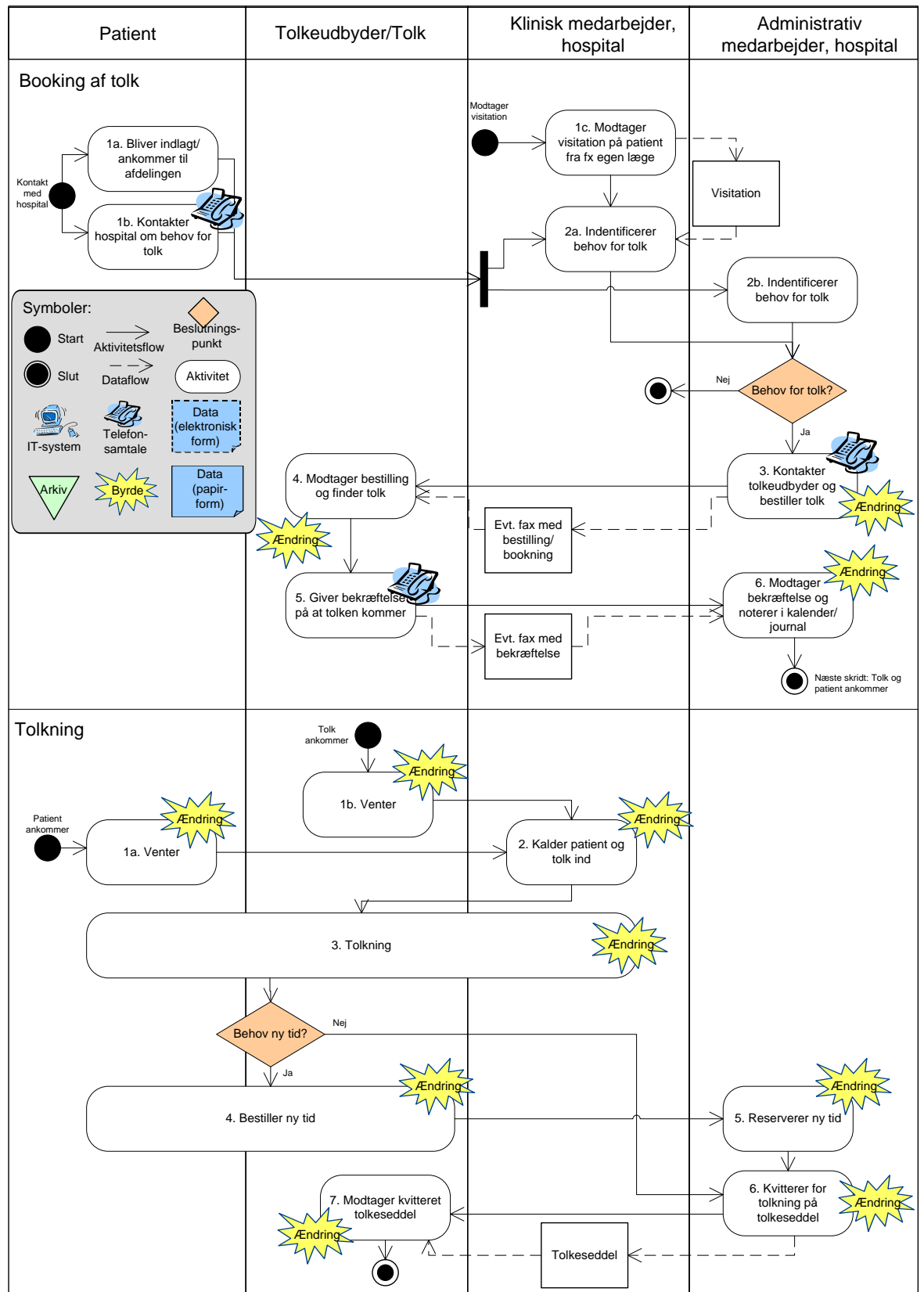
Ingen afdelinger udleverer i dag information til patienterne om brugen af tolke – hverken på dansk eller andet sprog.

I generelt oplysningsmateriale fra hospitalerne ved indkaldelse til undersøgelse/behandling er der information om, at patienterne skal henvende sig på afdelingen, hvis der er behov for tolk. Dette materiale er på dansk.

Som regel er der i henvisningen fra egen læge, speciallæge eller andet hospital/afdeling angivet, om der er behov for tolk, men det sker at det glipper.

Forventede ændringer til arbejdsgangen ved brug af videotolkning

Nedenfor i figur 2 er angivet, hvor vi i den nuværende arbejdsgang for bestilling/bookning af tolke og selve tolkningen forventer, at der sker ændringer ved overgangen til video.



Figur 2. Oversigt over, hvor der forventes at ske ændringer.

Nedenfor i tabellen er de forventede ændringer kommenteret.

Aktivitet	Forventet ændring ved brug af videotolkning
Booking af tolk 3. Kontakter tolkeudbyder og bestiller tolk	Det er muligt at proceduren for kontakt af tolke ændres.
Booking af tolk 4. Modtager bestilling og finder tolk	Det vil i højere grad blive muligt at få en tolk ved akutte behov. Det vil i højere grad blive muligt at få en tolk til sprog, der ikke er særligt udbredte i optageområdet, forudsat der er aftale med sådanne.
Booking af tolk 5. Giver bekræftelse på at tolken kommer	Det er muligt at proceduren for bekræftelse af bestillingen ændres
Booking af tolk 6. Modtager bekræftelse og noterer i kalender/journal	Det er muligt at proceduren for bekræftelse af bestillingen ændres
Tolkning 1a. Venter (patient)	Patienten vil sidde og vente alene uden tolken, hvis det er personalet/udstyret, som er årsagen til forsinkelse.
Tolkning 1b. Venter (tolk)	Tolken vil ikke skulle sidde og vente sammen med patienten. Der kan stadig være ventetid, som så foregår i tolkecenteret. Ved længere forsinkelse kan en (akut)-tolkning i ventetiden være en mulighed. Det vil efter alt at dømmes være hensigtsmæssigt, at afdelingerne indfører rutiner, som sikrer, at tolken bliver kontaktet, hvis der er større forsinkelser.
Tolkning 2. Kalder patient og tolk ind	Når patienten bliver kaldt ind, vil tolken ikke være der sammen med patienten. Her kan der blive behov for, at personalet sikrer sig, at det er den rigtige patient, når de har ringet tolken op.
Tolkning 3. Tolkning	Brugen af teletolkning vil i større eller mindre omfang ændre måden at gennemføre tolkning på (selv tolkeopgaven ændres ikke, men måden, tolken agerer, kan ændre sig qua ændrede de ændrede omstændigheder).
Tolkning 4. Bestille ny tid	Ved bestilling af ny tid vil der evt. ske en ændring som følge af, at tolken ikke er til stede og/eller der indføres en ny procedure for bestilling generelt.
Tolkning 5. Reservér ny tid	I dag går tolken med patienten ud til sekretæren, hvis der skal bestilles ny tid, og forestår dialogen mellem patient og sekretær samtidig med, at en ny tid koordineres med tolkens tid. Da tolken ikke kan følge med patienten ud, vil denne arbejdsgang ændres.
Tolkning 6. Kvittering af tolkning på tolkeseddel	I dag kvitteres på en tolkeseddel, som er forudsætning for betaling for tolkning. Da der ikke er fremmøde, vil denne arbejdsgang ændres.
Tolkning 7. Modtage kvitteret tolkeseddel	I dag modtager afdelingen en kopi af den underskrevne tolkeseddel. Da der ikke er fremmøde, vil denne arbejdsgang ændres.

Appendiks: Fakta om de enkelte afdelinger

1. Region Hovedstaden, Bispebjerg Hospital, Akut Medicinsk Afdeling, Afdeling L

Kontaktperson: Afd.sgpl. Ruth Nasnas

Antal ansatte: 34 ansatte sygeplejersker. Lægerne er ansat på andre afdelinger

Speciale: AMA (Akut Medicinsk Afdeling) modtager patienter akut og udskriver ca. 60 % af deres patienter selv. Afdelingen har ikke behandlingsansvar – det har én af de andre medicinske afdelinger på BBH

Geografisk spredning: AMA er lokaliseret geografisk på BBH i en samlet enhed

Deltagere på faktaindsamlings-mødet: Afd.sgpl. Ruth Nasnas (eneste deltager på mødet). Repræsentanter fra Region H's Koncern IT.

2. Region Hovedstaden, Bispebjerg Hospital, Akut Hjertemedicinsk afdeling, Y21

Kontaktperson: Jane og Kristina, sygeplejersker

Antal ansatte: ca. 35 sygeplejersker + læger fra andre afdelinger (ikke ansatte på Y21)

Speciale: Akut modtagelse af hjertepatienter. Afdelingens personale vurderer, om et tilfælde er så alvorligt, at patienten skal køres direkte til Rigshospitalet til en ballonudvidelse eller bypass operation - eller skal indlæggelse til videre undersøgelse og behandling.

Geografisk spredning: Afdelingen er lokaliseret geografisk på BBH i en samlet enhed

Deltagere på faktaindsamlings-mødet: Jan og Kristina samt en repræsentant fra Region H's Koncern IT.

3. Region Hovedstaden, Herlev Hospital, Onkologisk afdeling

Kontaktperson: Michael Kruise, GS-centeret, Herlev Hospital. Sygeplejerske Charlotte Hald

Antal ansatte: 55 lægesekretærer, 80 læger, 200 plejepersonale

Speciale: Behandling af kræft. Afdelingen består af en sengeafdeling med 33 senge, et daghospital, et ambulatorium, en stråleterapi og et Center For Kræftforskning.

Geografisk spredning: Okologisk afdeling ligger geografisk samlet på Herlev Hospital.

Deltagere på faktainsamlings-mødet: Charlotte Hald, Michael Kruuse,

4. Region Hovedstaden, Herlev Hospital, Urologisk afdeling

Kontaktperson: Michael Kruuse, GS-centeret, Herlev Hospital. Sygeplejerske Helle Espersen

Antal ansatte: Frederikssund: 15 lægesekretærer, 20 læger, 60 plejepersonale. Herlev: 30 lægesekretærer, 30 læger, 120 plejepersonale.

Speciale: Urologi omfatter sygdomme i nyrer, binyrer, blære, urinrør, prostata, testikler samt potens forstyrrelser. Afdelingen foretager behandling, pleje, kontrol og forebyggelse af medfødte og erhvervede sygdomme og skader både hos børn og voksne.

Geografisk spredning: Afdelingen er fordelt på tre adresser: Herlev Hospital, Frederikssund Hospital samt ambulans og dagkirurgisk urologisk service på Amager Hospital. Funktionen på Amager Hospital indgår ikke i evalueringen.

Deltagere på faktainsamlings-mødet: Helle Espersen, Michael Kruuse,

5. Region Nordjylland, Ålborg Hospital, Skadestuen

Kontaktperson: Sygeplejerske Povl Erik Vinter

Antal ansatte: ca. 40 sygeplejersker. Ingen læger ansat da akutafdeling. Læger tilkaldes fra andre specialer

Speciale: I Skadestuen behandles patienter med alle typer af akutoptåede skader lige fra sår, forvridninger og knoglebrud til svært tilskadekomne. Desuden behandles patienter med forskellige akutte medicinske lidelser.

Geografisk spredning: Afdelingen er ikke spredt geografisk.

Deltagere på faktainsamlings-mødet: Povl Erik Vinter

6. Region Nordjylland, Psykiatrien, Psykiatrisk skadestue, afdeling Syd

Kontaktperson: Sygeplejerske Tina Groosmann Riis

Antal ansatte: Samlet antal klinikere på afdelingen: 17

Speciale: Psykiatrisk Skadestue er et tilbud til mennesker, der på grund af psykisk sygdom har akut brug for hjælp. Skadestuen er åben for henvendelse hele døgnet

Geografisk spredning: Afdelingen er ikke spredt geografisk.

Deltagere på faktaindsamlings-mødet: Tina Groosmann Riis samt hendes sekretær

7. Region Syddanmark, Odense Universitets Hospital, Hudafdeling, afd. I

Kontaktperson: Lægeseekretær Hanne Feldfoss

Antal ansatte: 25 læger, 46 andre sundhedsprofessionelle (sygeplejersker, SOSU-assisiteter), 16 sekretærer

Speciale: Afdelingen modtager patienter fra alle aldersgrupper med hudsygdomme efter henvisning fra praktiserende læger, praktiserende speciallæger i hudsygdomme og andre hospitalsafdelinger

Geografisk spredning: Afdelingen er ikke spredt geografisk.

Deltagere på faktaindsamlings-mødet: Hanne Feldfoss

8. Region Midt, Skejby Sygehus, Svangreambulatorium, afd. Y2

Kontaktperson: Afdelingssygeplejerske Lisbeth Saaeby

Antal ansatte: 6 sygeplejersker og 1 afdelingssygeplejerske. 15 læger tilknyttet men ikke ansat på ambulatoriet

Speciale: Ambulatoriet tilbyder information, behandling, kontrol og pleje af gravide herunder 1) forundersøgelse inden provokeret abort, sterilisation, cyster på æggestok, udskrabning 2) kvinder med blødningsforstyrrelser 3) kvinder med nedsyknning 4) kvinder, der har problemer med at holde på vandet

Geografisk spredning: Afdelingen er ikke spredt geografisk.

Deltagere på faktaindsamlings-mødet: Lisbeth Saabye