

Ulighed i sundhed

En undersøgelse af etniske minoriteters
handlemuligheder i tolkesituationer

Af: Emil Blom Nielsen (70808),
Urd Alvang Bruun de Neergaard (708181)
& Mira Angel Kjær (70499)

Antal anslag: 97.821

Vejleder:

Susan Dawit Zekiros

Gruppenummer:

V2225033044

Abstract

This paper examines the translation challenges of the Danish healthcare system with a focus on the groups doctors, patients and relatives, and how these challenges affect the goal of equal access to healthcare. The project unfolds the current research on the field of translation in the healthcare system as well as an overlook of the problems that have emerged from the legislation of the translation fee. Through an analysis of interview and field observations concerning ethnic minorities experiences with interpretation in the healthcare system, the paper discovers how the subjectivity process, and how the subject positions of the ethnic minorities are limited and defined by the institutional systems. The analysis unfolds through Sara Ahmeds theory on whiteness as a phenomenology and Kelly Olivers theory on witnessing. Furthermore, the analysis explores the role of the institutions, the position of the translator, the influence of the translation fee and the position of the relatives. To summarize, the theories compared to our empirical research through an analysis unfolds the problematic position in which the ethnic minorities are placed by the healthcare system. Additionally, the paper discusses the prerequisites of equal access to healthcare through the significance of trust and safety and the consequences of the lack thereof, as well as the possibilities of challenging the subject positions or the subjectivity and lastly the meaning of inequality in an institutional context. In conclusion, the healthcare system faces a great deal of challenges regarding translation, and the paper uncovers the deeper layers of the issues that relate to the questions of orientations and hegemonial subject positions. Furthermore, it raises the question of the possibilities of equal access to healthcare.

Indholdsfortegnelse:

Abstract	1
Udfoldelse af tolkegebyrets problematikker	3
Udlægning af eksisterende, relevant forskning	5
Projektets videnskabsteoretiske afsæt	8
Præsentation af inddragede teorier	9
Hvidhed som fænomenologi	9
Witnessing	13
Teoriernes samspil	15
Metodiske forudsætninger og overvejelser	16
Refleksioner over udfordringer	16
Rammerne for projektets semistrukturerede interview	17
Deltagerobservation ved Mino Talks	18
Analyse af positioneringer, relationer og sundhedsvæsen	19
Sundhedsvæsenet som institution	19
Tolkens positionering	22
Tolkegebyrets indflydelse	26
Forældre-barn relation	27
Diskussion af forudsætninger for lige adgang til sundhed	30
Elementerne i den transparente kommunikation	30
Muligheder ved udfordring af subjektpositioner eller subjektivitet	32
Ulighed i en institutionel kontekst	33
Konklusion	35
Litteraturliste	37

Udfoldelse af tolkebyrets problematikker

I 2018 indførte den daværende regering et gebyr på brugen af tolke i sundhedsvæsenet, som omtales tolkegebyret. Loven lyder, at hvis der er behov for brug af tolk ved behandling i det danske sundhedsvæsen, er det patienten selv, der skal betale for det (Holm, 2018). I praksis betyder det, at hvis man har opholdt sig i Danmark i mere end tre år og ikke har lært sproget, skal man selv betale for sin tolk. Det underlæggende formål med dette ligger i, at det skal skabe et større incitament for at få lært det danske sprog, da det ellers kan koste en dyrt (Thomsen, 2019). I 2018 blev lovgivningen stærkt kritiseret, og efter et år hvor man har kunnet se dens virkning i praksis, er kritikken kun voksende i 2019. Et af kritikpunkterne er, at mange vælger at bruge deres pårørende til at oversætte frem for en professionel tolk. I en rapport lavet af Institut for Menneskerettigheder og Lægeforeningen, som blev udgivet i december 2019, vurderer 90 procent af de praktiserende læger samt 67 procent af hospitalslæger, at patienterne i stedet inddrager pårørende. Undersøgelsen er bygget på besvarelser fra 623 læger, som i gennemsnit har mindst en patient om ugen, der har behov for en tolk (ibid.).

Chefkonsulenten hos Institut for Menneskerettigheder og medforfatteren af rapporten, Line Vikkelsø Slot, mener, at dette er problematisk, da man dermed ikke kan garantere de rigtige kompetencer for tolkningen: “De pårørende har ikke nødvendigvis de sproglige kompetencer og den upartiskhed, der kræves for at kunne klare en tolkeopgave, og det kan give problemer” (ibid.). Formanden for Danske Regioners Sundhedsudvalg, Karen Friis Bach, mener ligeledes, at tolkegebyret er problematisk, og at det bør afskaffes: “Vi har jo nogle der bliver dårligere stillet i sundhedsvæsenet i forhold til at få en god behandling på grund af tolkegebyret. I Danmark har vi ellers en hovedregel om fri og lige adgang til sygehusvæsenet, og det går tolkegebyret på kompromis med. Det er dem, der har færrest midler, der bliver tvunget ned i den her position” (ibid.).

Yderligere er det problematisk at bruge pårørende til tolkning, da det kan resultere i fejltolkninger, og det kan begrænse patientens mulighed for at dele fortrolige oplysninger med lægen. Udover at sætte patienten i en svær situation, rammer det også lægen, da det er lægens ansvar at vurdere, om tolkens eller den pårørendes egenskaber er tilstrækkelige. Alternativet er slet ikke at behandle patienten, hvilket ikke er det optimale for nogle af parterne (ibid.). Begrundelsen for den treårige grænse er, at man efter tre år bør have tilegnet sig tilstrækkelige egenskaber til at kunne begå sig i sundhedsvæsenet ifølge den politiske linje. Men forventningen

om dette stemmer ikke overens med de læringsmål, der er på sproguddannelserne. En patient udtaler således: “Selvfølgelig skal vi lære sproget, og vi lærer det, så hurtigt som vi kan. Men i sprogskolen lærer vi almindelig hverdagsdansk, ikke sundhedsfaglige udtryk. Vi lærer ikke om symptomer, sygdomme eller diagnoser, så hvordan skal man forklare det?” (Davidsen, Krasnik, Michaëlis & Nørredam, 2021).

Misforståelser i kommunikation kan lede til flere problemer med varierende alvørsgrad. En effektiv kommunikation i sundhedsvæsenet er essentiel, så meddelelser og diagnosticeringer fremmes, og så misforståelser undgås. Mindre misforståelser kan f.eks. handle om mødetider eller lignende, men der findes også mere alvorlige tilfælde, hvor den sproglige barriere udmunder i kritisable situationer (Krag & Nielsen, 2020: 52). To eksempler på alvorlige misforståelser i kommunikation i sundhedsvæsenet kan findes hos Indvandrermedicinsk Klinik:

En kvinde lever isoleret i 15 år i den tro, at hun og hendes søn har HIV, efter hun havde fået svaret “negativ” på en HIV-test. Hun troede, at de skulle dø.

En kvinde henvises med angst og depression, som hun får medicin for. På klinikken viser det sig dog, at hun ikke er depressiv, men bange for, at hendes 2-årige barn skal dø, efter at barnet har været indlagt med mellemørebetændelse. På hospitalet har kvinden fået at vide, at hendes barn har en alvorlig smitsom infektion, der ikke kan behandles, og ved udskrivelsen har hun fået besked på at holde barnet indendørs og ikke at lade det komme i kontakt med andre børn (ibid.: 41).

Disse to eksempler viser, hvor galt det kan gå med en ineffektiv kommunikation, og når sprogbarrieren bliver for stor. Misforståelser kan lede til utilsigtede hændelser. Styrelsen for Patientsikkerhed har defineret dette: “[...] som en begivenhed, der forekommer i forbindelse med udførelsen af sundhedsfaglig virksomhed, og som forvolder skade eller kunne forvolde skade på patienten (Styrelsen for Patientsikkerhed 2019)” (ibid.: 53). Dette er sygeplejerskerne forpligtede til at rapportere (ibid.), og Indvandrermedicinsk Klinik anbefaler da også, at “[...] fejl og hændelser, der skyldes sprogbarrierer, bør registreres systematisk ligesom andre aktiviteter inden for sundhedsvæsenet. Endelig bør sundhedsprofessionelle tilbydes grundig undervisning i tolkebrug” (ibid.: 55). For det er stadig et grundlæggende problem, at der oftest ikke anvendes tolke til “[...] vigtige samtaler i sundhedsvæsenet og i den kommunale sektor [...]” (ibid.). For som Krag og Nielsen udtrykker, så: “Selvom patienten kan tale og forstå lidt dansk, kræver det et ret højt niveau, før man kan forstå og udtrykke sig præcist om sygdom/behandling. Nogle gange overvurderer patienten sine egne sprogkompetencer, og i de tilfælde kan det være den

sundhedsprofessionelles ansvar at “kræve” tolk for bl.a. at sikre informeret samtykke” (ibid.: 53).

I dette projekt vil vi derfor undersøge behovet for tolkning i sundhedsvæsnet, og granske de problemstillinger der findes vedrørende ulige adgang til sundhed for etniske minoriteter i Danmark. Vi vælger at benævne den gruppe, vi undersøger, som etniske minoriteter, da vi ønsker at specificere den gruppe. Vi mener, at betegnelsen etniske minoriteter er et diskutabelt udtryk, og at dette nærmere beskriver en tilblivelsesproces, der formes af ydre faktorer. Vi undersøger i høj grad ulige adgang til sundhed på baggrund af sociale faktorer, men med et ønske om at tydeliggøre fokus på denne gruppe, og deraf træffes valget om at tale om etniske minoriteter. Desuden vil vi diskutere, hvordan subjektivitet og subjektpositioner udfordres samt betydningen af ulige adgang til sundhed.

Dette har ledt os frem til vores problemformulering, som lyder:

- Hvilke udfordringer er der på tolkningsområdet i sundhedsvæsnet med henblik på grupperne patient, pårørende og tolk, og hvordan påvirker det målet om lige adgang til sundhed for alle?

Udlægning af eksisterende, relevant forskning

Med udgangspunkt i et humanistisk forskningsfelt og fokus på magt og kategorisering, vil vi i dette projekt forsøge at granske de nuancer, der kommer frem gennem de sproglige barrierer. Samtidig vil vi undersøge de subjektpositioner, der er på spil. Det er dobbeltsidigt, hvordan Sundhedslovens formål er at skabe lige adgang til sundhed for alle, og at en paragraf som tolkegebyret så kan indføres. Vi vil undersøge feltet med de udfordringer, der er for grupperne patient, pårørende og tolke, hvortil vi har fokus på subjektiveringsprocesser.

Vi er bevidste om, at der allerede findes en del nyere forskning på området omhandlende ulige adgang til sundhed. Dette afsnit vil derfor beskæftige sig med den forskning, som vi har ladet os inspirere af, og hvilke vigtige pointer der findes på området, og hvori vi ser dette projekts berettigelse til at skabe ny viden omhandlende ulige adgang til sundhed.

Der findes forskellige bøger, der behandler aspekterne med sprog, tolkning og ulighed i sundhed. Her har vi orienteret os i bøger som *Samtaler med tolk i udredning, behandling og rådgivning* af Tatiana Jessen, Inge Baaring og Tytte Hetmar fra 2014, *Kulturmøder i sygeplejen* af

Ben Nielsen og Helen Liesl Krag fra 2020 og *Ulighed i sundhed - Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver* af Sine Lehn-Christiansen fra 2016. Vi er dermed bevidste om, at der findes meget forskning på området, men vi ønsker at sætte endnu mere specifikt ind på lige netop tolkegebyret og ulige adgang til sundhed for etniske minoriteter.

Gennem vores søgning kom vi derfor frem til adskillige artikler, der handler om tolkegebyret. Her blev vi opmærksomme på den mediedækning, der generelt har været på området, hvor diverse politikere og fagpersoner har udtalt sig kritisk. Her har vi læst artikler fra bl.a. Altinget, Information og Politiken, men også faggrupperne Dansk Sygeplejeråd, Sundhed.DK og Dansk Selskab for Almen Medicin har udgivet artikler, hvori der sættes fokus på manglende incitamenter, klager over tolkegebyret og generel kritik på området.

Desuden ledte vores søgning os frem til forskellige rapporter, der behandler tolkegebyret. Særligt i 2018 blev der publiceret flere, hvilket stemmer overens med, at det var her, at det nuværende tolkegebyr blev indført. Gennem vores indledende researchfase orienterede vi os i rapporter såsom *Tolkegebyret varsler nye jagtmetoder over for sårbare patienter* af Morten Sodemann fra 2018, *Tolkegebyret rammer ikke kun patienten – men et helt sundhedssystem* af Abir Al-kalemji fra 2018 og *Er tolkeloven uetisk?* af Benjamin Miguel Olivares Bøgeskov og Ben Farid Røjgaard Nielsen fra 2019. Derudover fandt vi frem til rapporten *Egenbetaling for tolkebistand - Lægers erfaringer med ordningen* fra 2019, som Lægeforeningen og Institut for Menneskerettigheder har udgivet, der behandler de mulige negative konsekvenser i forhold til den lige adgang til sundhed, som Sundhedsloven ellers fordrer.

Men vi har særligt søgt at sætte fokus på de kulturmøder, der opstår i sundhedsvæsenet, og den interkulturelle kommunikation, som foregår. Derfor har vi gennem vores researchfase fundet frem til særligt tre artikler, der har inspireret os til videre forskning.

Forskningsartiklen *Moving beyond the 'language problem': developing an understanding of the intersections of health, language and immigration status in interpreter-mediated health encounters* af Teresa Piacentini, Catherine O'Donnell, Alison Phipps, Ima Jackson og Niamh Stack fra 2019 undersøger den interkulturelle kommunikation og tolkning, der foregår i sundhedsmøder med asylansøgere og flygtninge. Heri undersøges de intersektionelle uligheder, der er, og hvordan forskerne ser et behov for at undersøge andre variabler end blot sproget i disse møder (Jackson, Stack, O'Donnell, Phipps & Piacentini, 2019: 256). De har fundet frem til, hvordan en af de største uligheder i sundhed er den måde, hvorpå det etniske minoritetsindivid mødes af systemet (ibid.: 266), og hvordan der blandt de adspurgte tolke var uenighed om

tolkens rolle i en sundhedsmæssig kommunikation (ibid.: 263). I denne forskningsartikel vil de bevæge sig længere end blot 'the language problem', og netop dette har inspireret os til videre undersøgelse. Vi vil undersøge tolkning som andet og mere end 'bare' sprog, hvor vi vil undersøge subjektpositioner og kroppens rolle. Samtidig foretager vi ikke den samme afgrænsning som i denne forskningsartikel, da vi vil undersøge problematikken udover flygtninge og asylansøgere, og som noget der gør sig gældende i langt bredere grad hen over etniske minoritetsgrupper.

Imens beskæftiger forskningsartiklen *What it really takes* – *A qualitative study of how professionals coproduce healthcare service with immigrant patients* af Christina Radl-Karimia, Dorthe S. Nielsen, Morten Sodemann, Paul Batalden og Christian von Plessen fra 2022 sig med patientcentreret pleje, samproduktion og kulturelle kompetencer. Ligesom førnævnte forskningsartikel er deres udgangspunkt immigranter og flygtninge (Batalden, Nielsen, Radl-Karimia, Sodemann & von Plessen, 2022: 2), og de konkluderer, hvordan kommunikationstræningen for sundhedsfagligt personale er nødsaget til at tage højde for en række af ting, som der ikke sædvanligvis er fokus på (ibid.: 6). Gennem forfatternes forskning kommer de frem til, hvordan klinikken er nødt til at blive set som en 'safe harbor', hvor patienten bliver mødt af et støttende sundhedsfagligt personale, så patienten er i centrum, og en transparent og ordentlig kommunikation sikres (ibid.). Denne forskningsartikel har inspireret os til videre undersøgelse, omkring hvordan den rette kommunikation så opnås, og med afsæt i artiklens pointe om, at der ikke findes nogen one-size-fits-all (ibid.), vil vi gennem inddragelse af særligt Sara Ahmed diskutere, hvordan det er at blive mødt af et system, der er designet til den hvide dansker, der taler sproget.

Forskningsartiklen *"When I feel safe, I dare to open up": immigrant and refugee patients' experiences with coproducing healthcare* fra 2021 er udarbejdet af samme forskere som ovenstående forskningsartikel. I denne undersøger de igen samproduktion, men også patient-provi-der-forhold, og hvilken kulturel kompetent pleje der ønskes. Her er der ligeledes fokus på immigranter og flygtninge, og hvordan de risikerer at modtage en ringere kvalitet af sundhedspleje (Batalden, Nielsen, Radl-Karimia, Sodemann & von Plessen, 2021: 5). De konkluderer, at når patienten føler sig tryk, åbnes der op og spiller en aktiv og fælles rolle i at skabe deres egen sundhedspleje (ibid.). Her opstod inspirationen til, at vi i vores projekt vil undersøge, hvordan individet skal kunne føle sig tryk, hvis det ikke føler sig tryk i sproget? Her så vi et behov for en videre undersøgelse, om hvordan sprog og følelser hænger sammen, og hvorledes kommunikation er et samspil mellem disse. Gennem inddragelse af Kelly Oliver vil vi derfor

undersøge, hvordan individernes subjektposition(er) spiller en rolle i disse sundhedsmøder og i skabelsen af et trygt rum.

Pointerne fra de tre forskningsartikler vil løbende inddrages i dette projekts analyse, da vi mener, at adskillige pointer kan understøtte eller udfordre den viden, som vi er kommet frem til i vores projekt. Vi har netop set et behov for videre forskning omhandlende sprogets magt og tolkningens rolle i sundhedsmæssige situationer, og hvordan specifikt tolkegebyret bidrager til at skabe ulighed i sundhed. Med dette projekt søger vi derfor efter at bidrage til at skabe nye perspektiver på netop dette område.

Projektets videnskabsteoretiske afsæt

Dette projekts videnskabsteoretiske grundlag funderer på fænomenologien. Denne handler om at: “[...] forstå sociale fænomener ud fra aktørernes egne perspektiver og beskrive verden, som den opleves af subjekterne, ud fra den antagelse, at den vigtige virkelighed er det, mennesker opfatter den som” (Kvale & Brinkmann, 2015: 48). Omkring år 1900 blev fænomenologien grundlagt af Edmund Husserl, og den er senere hen blevet videreudviklet af bl.a. Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty (ibid.). Da dette projekts udgangspunkt er mennesket, nærmere bestemt etniske minoriteter i Danmark og deres oplevelser med tolkning, kan en fænomenologisk tilgang sætte fokus på netop denne gruppe. Det kan give et indblik i, hvordan den ulige adgang til sundhed med dertilhørende tolkegebyr påvirker subjektet og skaber den virkelighed, hvori det befinder sig. Vi tager udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns fænomenologiske tilgang, da vi også har udarbejdet et kvalitativt forskningsinterview, hvilket der vil redegøres for i projektets metodeafsnit. Fænomenologien giver menneskets egne erfaringer lov til at tale for sig selv, og vi søger at undersøge den virkelighed, også kaldet livsverden inden for fænomenologien, der findes for personer, som oplever ulige adgang til sundhed. Det er netop relevant, at omdrejningspunktet er livsverdenen, da denne: “[...] er verden, som man møder den i hverdagslivet, og som den fremtræder i den umiddelbare og middelbare oplevelse uafhængigt og forud for alle forklaringer” (ibid.: 50). De oplevelser og erfaringer, som subjektet gør sig, skaber således virkeligheden ifølge fænomenologien. I projektet vil vi bl.a. inddrage Sara Ahmeds *A Phenomenology of Whiteness*, hvor hendes afsæt ligeledes er fænomenologien. Her anvendes fænomenologi som linse, da teksten drejer sig om, hvordan vi kan gribe hvidhed an gennem denne (Ahmed, 2007: 149). Hun fremsætter følgende: “In this paper I re-pose the question of whiteness as a phenomenological issue, as a question of how whiteness is lived as

a background to experience” (ibid.: 150). Desuden vil vi inddrage Kelly Olivers teorier om subjektivering, hvoraf hendes videnskabsteoretiske grundlag udspringer af det poststrukturalistiske. Hun starter hendes skrift *Subjectivity and Subject Position: The Double Meaning of Witnessing* ud med at påpege følgende: “In the wake of post-structuralist theories of the decentered subject and the death of the author, feminists and other theorist concerned with politics have argued that we need a theory of subjectivity than can account for political agency and the possibility of ethical relationships” (Oliver, 2003: 132). Oliver sætter fokus på, hvordan der inden for de eksisterende teorier hersker et skel, hvoraf hun vil forsøge at artikulere en gældende subjektivitetsmodel. Inspireret af Olivers søgen efter subjektets egen vidnesbyrd samt Ahmeds fænomenologiske linse søger vi at tage et fænomenologisk afsæt og hoppe ud i det hav af menneskelige erfaringer, som de inddragede subjekter i dette projekt har. Projektets videnskabsteoretiske fundament er derfor fænomenologien, da vi med et udgangspunkt i et humanistisk forskningsfelt kan granske de nuancer, der kommer frem gennem de sproglige barrierer, og gennem de subjektpositioner der er på spil.

Præsentation af inddragede teorier

For at forstå, hvilke udfordringer tolkning kan medføre for de pårørende, og om dette står i vejen for lige adgang til sundhed for alle, vil vi undersøge nogle af de temaer, der ligger bag. Til dette bruger vi Sara Ahmeds *A Phenomenology of Whiteness* samt Kelly Olivers to tekster *Subjectivity and Subject Position: The Double Meaning of Witnessing* og *Witnessing and Testimony*. Disse er med til at skabe et indblik i de bagvedliggende processer, der både skaber grundlaget for de sociale handlinger og muligheder, som individet har, samt hvordan subjektivering og subjektpositioner påvirker individet.

Hvidhed som fænomenologi

I Sara Ahmeds tekst *A Phenomenology of Whiteness* undersøger hun, hvordan hvidhed kan gribes an gennem fænomenologi. Dette gør hun gennem en undersøgelse af, hvordan hvidhed kan blive en vane og derigennem bliver grundlaget for sociale handlinger (Ahmed, 2007: 149). Ahmed fokuserer i teksten på, hvad hvidhed gør, uden at hun antager hvidhed som en ontologisk sandhed, men derimod som noget, der er blevet opfattet eller er blevet til sandhed over tid. Hvidhed kan dermed ses som noget, som er med til at orientere kroppe i forskellige retninger, og dermed er med til at afgøre hvordan de optager plads (ibid.: 150). Ahmed bruger begrebet

orientering til at beskrive, hvordan hvidhed kan forstås gennem fænomenologi. Hun beskriver orientering som det sted, vi begynder, og hvordan vores verden derefter udfolder sig herfra. Hun beskriver således: “The starting point for orientation is the point from which the world unfolds: The ‘here’ of the body, and the ‘where’ of it’s dwelling” (ibid.: 151). Det sted, hvorfra verden udfolder sig, er defineret af dét, man kigger på, og dét, der er tilgængeligt for en. Hun beskriver, at de muligheder, man har, er determineret af tidligere orienteringer. Med dette mener hun, at kroppen er et begrænset middel, der formes af dens omgang med verdenen. Hun beskriver det sådan:

What you come into contact with is shaped by what you do: Bodies are orientated when they are accupied in time and space. Bodies are shaped by this contact with objects. What gets near is both shaped by what bodies do, and in turn affects what bodies can do (ibid.: 152).

Orientering er, ifølge Ahmed, beskrivelsen af det rum, hvori kroppen bevæger sig, og dette rum er determineret af tidligere orienteringer. Orienteringer er både dét, der åbner op for forskellige muligheder samt lukker af for andre muligheder (ibid.).

Ahmed uddyber, hvordan hvidhed fungerer som en orientering. Her kigger hun mod Frantz Fanon, som ifølge hende direkte adresserer sammenhængen mellem fænomenologi og race. Med Ahmeds udlægning af Fanon har kroppen kapacitet til at udføre handlinger på grund af de genkendeligheder, der er omkring den. Han forklarer, at dette ikke handler om en iboende kapacitet, men derimod om på hvilke måder verden er ledig som et sted med mulighed for handling. I denne verden har bestemte ting en plads, eller ting kan være på plads (ibid.: 153). Kroppens handlingsmuligheder er dermed begrænset af rum og plads. Herunder ligger et kropsligt skema, der beskriver en krop, der føler sig hjemme. Fanon henviser til, at man skal kigge på de raciale og historiske dimensioner, der ligger under den kropslige overflade, der er beskrevet gennem fænomenologien. Når Fanon kigger på kroppens orientering mod bestemte ting, foreslår han, at race strukturerer det kropslige skemas operationsmåder: “The corporeal schema is of a ‘body-at-home’. If the world is made white, then the body at home is one that can inhabit whiteness” (ibid.). Ahmed sætter dette i sammenhæng med Fanons arbejde, der viser, at alle kroppe er formet efter den koloniale historie, hvilket gør, at verden er ‘hvid’, og gør at det er en verden, der er arvet eller allerede givet, før et individ ankommer i den. Dette betyder dermed, at den hvide verden er den familiære verden, og dermed en verden der stiller bestemte ting til rådighed for nogle kroppe: “Race then does become a social as well as a bodily given, or what we recieve from others as an inheritance of this history” (ibid.: 154). Dette betyder, at når du fødes ind i verden, fødes du ind i den historie, som ligger forud, og dette er med til at definere

dine muligheder og afgrænsninger. Man arver tilgængeligheden af nogle objekter. Ahmed uddyber, at hun ikke foreslår, at hvidhed er et tilgængeligt objekt i den forstand, men derimod er hvidhed en orientering, der gør bestemte ting tilgængelige (ibid.). Yderligere fremlægger Ahmed, at race ofte forstås som en analogi for en familie, og at dette er ensbetydende med, at man har nogle ligheder. I stedet for denne forståelse foreslår hun en ny måde at se på familie og ligheder. Vi arver familiære nærheder, og dermed orienteringer, som en del af vores indtræden i det familiære rum. Denne arv er derefter med til at skabe ligheder (ibid.: 155). Man kan således tale om et familiært rum, hvor ting formes ud fra deres forhold til andre ting, samt viser den måde hvorpå verden er organiseret på bestemte måder og former orienteringen mod bestemte objekter. Det familiære handler om individets kapacitet til at bruge de objekter, der er inden for kroppens rækkevidde. Hvidhed er derfor arvet gennem placeringen af objekter (ibid.).

Når man så har kigget på hvidhed som orientering, er det dernæst relevant at undersøge, hvordan hvidhed fastholder sin plads. Ahmed argumenterer, at dette foregår gennem vaner. Hun påpeger, at fælles områder tager deres form efter de handlinger, der finder sted, sådan at steders ramme afgøres af de vaner, der foretages. Dette, mener Ahmed, er relevant at undersøge, da det ikke kun handler om, hvordan kroppe bliver hvide, men også om hvordan steder erhverver sig de samme egenskaber, der relaterer sig til disse kroppe. Disse vaner kan ses som en kropslig arv. Ahmed henviser til Pierre Bourdieu, der påpeger, hvordan vaner er underbevidste eller rutinehandlinger, der ligger som et naturligt handlemønster. Her peger hun på, at hvidhed kan beskrives som en naturlig handling, hvilket også viser, at hvidhed er noget, kroppen gør, og at den tager form efter dens handlinger og vaner. Dette betyder også, at hvis vaner former, hvad kroppe gør, kan vaner også forme, hvad de *kan* gøre (ibid.: 156). En krop er ikke kun vanemæssig, fordi den gentager handlinger, men også fordi den gentager handlinger uden at tage opmærksomhed. Den vanemæssige krop står dermed ikke i vejen for handlinger, men er tværtimod bag ved handlinger (ibid.). Ahmed foreslår her, at hvidhed kan forstås som dét, der er bagved handlinger. Hvide kroppe bevæger sig ubemærket og kan frit handle i deres møde med objekter og andre. Dette betyder, at hvide mennesker ikke behøver at konfrontere deres hvidhed, og at de ikke er orienterede mod den. Jo mere en krop kan træde i baggrunden, dets længere er kroppens rækkevidde (ibid.: 156). Ved at kigge på hvilke kroppe der træder i baggrunden, er det også muligt at snakke om hvide steder, da steder erhverver sig den hud, som de kroppe der er til stede. Et eksempel på dette er institutioner. De kan nemlig indebære hvidhed, da institutioner er orienterende redskaber, der tager form efter hvem, der bruger dem. Hvide kroppe er dermed dem, der skaber formen og kanterne i de rum, hvor hvide kroppe samler sig

(ibid.: 157). Ahmed uddyber, at hvis sorte mennesker træder ind i et hvidt rum, så lægger folk mærke til det, hvilket siger mere om, hvad der allerede er i det rum, end de mennesker der træder ind i det. Ahmed udlægger det således: “Whiteness is only invisible for those who inhabit it, or those who get so used to its inhabitation that they learn not to see it” (ibid.). Effekten af dette er en institutionalisering af hvidhed som en fællesnævner, og det kan derfor have den effekt på ikke-hvide kroppe, at de føler sig ukomfortable, eksponerede og synlige, når de træder ind i dette rum. Her påpeger Ahmed, at det er vigtigt ikke at tage en institutions hvidhed og form for givet. I stedet peger hun på, at institutioner former sig efter de vaner og gentagelser, der puttes i dem (ibid.). Institutioner er også med til at reproducere gamle vaner, da pladser i nye institutioner ofte går til den samme type mennesker, der er der i forvejen. Dette viser også, at institutioner er orienterede omkring hvidhed (ibid.: 158). Man kan se på institutioners orientering som et forsøg på at holde ting på deres plads, og denne orientering beskriver Ahmed som en slags komfort. Når man er orienteret, eller når man føler sig hjemme i verden, kan man dermed tale om, at man har komfort. Når man er komfortabel, betyder det derfor også, at man er i ro i den verden, man er i: “[...] whiteness may function as a form of public comfort by allowing bodies to extend into spaces that have already taken their shape” (ibid.). Ahmed pointerer også, at det er problematisk at se på hvidhed som noget, vi passerer gennem. Man skal huske ikke at reducere hvidhed til hudfarve, eller som noget man kan have eller være. Når man taler om hvide områder, taler man om steder, hvor hvidhed er blevet arvet og repeteret. Men i de steder finder man også ‘ikke-hvide’ kroppe, og hvis man antager steder som hvide, bliver disse kroppe gjort usynlige, samtidig med at de bliver meget synlige, netop ved at de ikke passerer og dermed adskiller sig (ibid.: 159). Hvidhed bliver på den måde en social og kropslig orientering, der determinerer en krops bevægelse i verden. Det betyder, at verden er orienteret omkring hvidhed, og at folk, der passerer som dette, har en hjemlig plads her (ibid.: 160).

Når man ikke hører under den hvide universalitet, møder man derfor problemer i sin bevægelighed. Ahmed henviser igen til Fanons forståelse af fænomenologi gennem race, hvor han betegner den sorte krop gennem den kropslige og sociale oplevelse af restriktioner og usikkerhed, eller beskrives gennem sætningen “jeg kan ikke”. Dét ikke at kunne beskriver også nogle af de sociale og eksistentielle realiteter, der ligger bag racisme (ibid.: 161). Ahmed beskriver, hvordan disse kroppe oplever begrænsninger således:

For bodies that are not extended by the skin of the social, bodily movement is not so easy. Such bodies are stopped, where the stopping is an action that creates its own impressions. Who are you? Why are you here? What are you doing? Each question,

when asked, is a kind of stopping device: you are stopped by being asked the question, just as asking the question requires that you be stopped (ibid.).

Dette beskriver Ahmed også som et karaktertræk i racismen, og at dét at blive stoppet er noget, der bevæger sig ud over flere institutioner. De kroppe, der bliver stoppet, bevæger sig på en anden måde, end dem der ikke gør (ibid.: 162). Dét ikke at være hvid betyder, at man ikke strækker sig ud gennem de rum, man beboer, hvilket resulterer i en følelse af ubehag. At have en krop uden samme bevægelighed som en hvid, og at verden er arrangeret på en anden måde end for hvide, gør også, at man har et andet perspektiv på tingene. Ahmed argumenterer, at dette ikke altid er en negativ ting, men at det også betyder, at verden åbnes op på en ny måde (ibid.: 163).

Witnessing

Vi inddrager teorier fra Kelly Oliver, da vi søger at undersøge og analysere de pårørendes situation ved ulige adgang til sundhed. Olivers tekster *Subjectivity and Subject Position: The Double Meaning of Witnessing* fra 2003 og *Witnessing and Testimony* fra 2004 er udvalgt, da de indeholder en række relevante forståelser for opfattelsen af subjektivitet og subjektpositioner i kulturer. Fælles for begge tekster er Olivers formål om at etablere en subjektivitetsmodel, der er baseret på subjektets eget vidnesbyrd (Oliver, 2004: 80).

Oliver indleder teksten *The Double Meaning of Witnessing* med at beskrive, hvordan tidligere teoretikere som Judith Butler, Maurice Merleau-Ponty og Michel Foucault alle korrekt har bidraget til viden om subjektivitet og dets relation til magt, men hævder heri også, at der eksisterer et unødigt skel mellem én gruppe teoretikers syn på subjektivitet og en anden gruppe teoretikers syn på subjektpositioner. Ifølge Oliver er tankerne om subjektivitet forankret i individets etiske ansvarlighed, og dermed opstår der en forståelse om, at subjektivitet altid vil være intersubjektivt og afhængigt af andre (Oliver, 2003: 132). Teoretikere med fokus på subjektpositioner fjerner etik og erstatter det med politik i deres fortolkning. De mener, at individer deltager i forskellige sociale rum og miljøer, og at de dermed kan befinde sig i forskellige subjektpositioner. Den konkrete kontekst, som altid vil være politisk opbundet, er ifølge denne tankegang en nødvendighed for at forstå subjektet (ibid.: 133). Oliver ærgrer sig over denne distinktion og manglende mulighed for at kombinere etik og politik i forståelsen om subjektet. Som resultat af dette inddrager hun begrebet 'vidne', som ifølge hende kan hjælpe til at forstå forskellen mellem subjektivering og subjektposition, men samtidig vise sammenhængen mellem disse (ibid.: 134). Olivers teori om subjektets position arbejder ud fra to forskellige slags

vidnesbyrd: *Eye-witness* og *bearing witness*. Denne dobbelte betydning af vidne-begrebet skal bidrage til en forståelse og adskillelse af subjektivering og subjektposition (ibid.: 133). Dét at være *eye-witness* er noget, som alle individers subjektivitet indebærer. Det er de erfaringer, som vi har set med egne øjne, og det er derfor den førstehandsviden, vi gennem livet erfarer os, og samtidig er det den førstehandsviden, som samfundet stiller os ansvarlige for. Denne form for 'vidne' indeholder juridiske konnotationer, da vi, uagtet om vi ønsker det, skaber vores forståelse af verden gennem vores førstehåndserfaringer. *Eye-witness* er ifølge Oliver forbundet med historiske fakta, der er skabt af samfundet på baggrund af individers oplevelser (Oliver, 2004: 80). Som modsætning til dette mener Oliver, at begrebet *bearing witness* skal inddrages i ligningen. Dette er, fordi der eksisterer et skjult vidnesbyrd i alle subjekter, og det er de følelser og erfaringer, der påvirker vores indre, men som omverdenen ikke kan se:

There is a tension inherent in the notion of witnessing in the sense of *eye-witness* to historical facts or accuracy on the one hand, witnessing in the sense of *bearing witness* to a truth about humanity and suffering that transcends those facts (ibid.: 81).

Som Oliver skriver i citatet ovenfor, er der en spænding mellem de to vidneformer. Teorien er en kritik af historikere og politikeres entydige formål, hvilket er at lokalisere fakta i individers erindring, så den stemmer overens med samfundets fælles erindring. Dette betyder, at individers indre erfaringer, som måske ikke stemmer overens med samfundets erindringer, ofte vil blive udeladt og ignoreret, når det store billede af historien optegnes. Derfor er formålet med Olivers teori at ændre denne opfattelse, og i stedet vil hun inddrage begge vidneformer til forståelsen af både individers subjektpositioner og subjektivitet (Oliver, 2003: 136).

Olivers teori rummer en vigtig inddeling mellem subjektposition og subjektivering. Ifølgende er individers subjektposition altid et resultat af vores sociale interaktioner og vores relation til omkringliggende kontekst og kultur (ibid.: 137). Subjektpositionerne bliver skabt ud fra fortiden og de nuværende omstændigheder, og det er derfor relaterbart til begrebet om øjenvidneudsagn, der som tidligere beskrevet også er påvirket af samfundet og historien. Subjektivering bliver derimod skabt af de etiske forpligtelser, vi som individer har gennem handlefrihed og omgang med andre individer (ibid.). Om disse to forskelle og sammenspillet imellem dem siger Oliver følgende:

And, although subjectivity is logically prior to any possible subject position, in our experience, they are always profoundly interconnected. This is why our experience of our own subjectivity is the result of the productive tension between finite subject position and infinite response-ability of the structure of subjectivity itself (ibid.).

Olivers teori om subjektivitet og subjektposition kan dermed opsummeres som værende en forlænget udgave af tidligere teoretikers ideer om subjektets dannelse, som er et resultat af en universal, fænomenologisk forståelse af subjektets udvikling. Oliver erkender den fænomenologiske relevans til forståelsen af subjektivitet og dens etiske ansvar, men inddrager samtidig subjektpositioner som et nødvendigt redskab for forståelsen af individet (Oliver, 2003: 142). Dette sker gennem de førnævnte vidneformer, der skal eksemplificere samspillet imellem dem og understrege forskelle og ligheder.

Teoriernes samspil

Vi har valgt de to teorier, da vi mener, at Ahmeds og Olivers begreber i samspil kan bidrage til en diskussion af, hvordan kroppe og subjekter skabes, opfattes og positioneres i institutioner i sundhedsmæssig sammenhæng.

Ahmeds blik på kroppes orienteringer giver et perspektiv på, hvordan arv, repetition og vaner er med til at skabe det rum, hvori kroppe kan bevæge sig. Hun viser, hvordan disse rum er skabt til kroppe, der passerer som hvide, og hvordan deres bevægelighed falder i baggrunden, og at disse kroppe dermed kan række længere ud i disse rum. Når en person, der ikke passerer som hvid indtræder i disse rum, vil de stå ud fra mængden, og deres bevægelighed bliver derfor begrænset. Ahmed kigger ind i institutioner som et rum, der er tilpasset hvide kroppe, og som derfor er med til at reproducere en begrænset bevægelighed for de kroppe, der ikke passerer som hvide. Imens skaber Olivers inddragelse af vidneformer, i forsøget på at undersøge subjektivitet og subjektpositioner, et nyt syn på forståelsen af individer og grupperes placering og handlemuligheder i samfundet. Ved at undersøge dette gennem individers erindring, bliver det muligt at undgå en tilsidesættelse af enten individets subjektivering eller position, og i stedet se dem som værende konstante variabler der påvirker hinanden i udviklingen af individet.

Ahmed fremsætter navnlig, hvordan individet arver tilgængeligheden af nogle objekter, der går forud for individet selv. På samme måde beskæftiger Olivers eye-witness sig med, hvordan individet har sine egne erfaringer, men samtidig bliver det bestemt, hvordan det skal udføres i praksis. Institutioner er baseret på hvidhed som en orientering – det vil sige, at institutioner orienterer sig efter den hvide krop. Dette udmunder i, at kroppe, der ikke passerer som hvide, ikke passer ind i det givne rum. Det hvide rum definerer således individets handlemuligheder. Hertil er det interessant at inddrage Olivers bearing witness, da det i bredere plan beskæftiger sig med, hvordan de fastlagte subjektpositioner er bestemt ud fra fortiden. Generelt set kigger

Ahmeds teori på, hvordan verden er forudbestemt, mens Olivers teori fremsætter, hvordan individers subjektivitet er begrænset af denne forudbestemmelse, men samtidig hvordan individer kan udfordre det forudbestemte rum, hvori de befinder sig.

Metodiske forudsætninger og overvejelser

For at få en forståelse og indsigt i dette forskningsområde, har vi undersøgt hvilken forskning, der allerede eksisterer på området. Dette har vi gjort med det formål at opnå viden om, hvilke retninger der er i den aktuelle forskning, samt hvordan problemfeltet ellers er blevet tilgået. Dette har givet os muligheden for at både at bruge eksisterende viden på området og samtidig kigge i en ny retning end den eksisterende forskning. Denne forskning har også bidraget til at give os en bedre forståelse af de teorier, vi bruger, da vi på grund af denne baggrundsviden bedre har kunnet skabe sammenhæng mellem teori og egen empiri. Vores egen empiri består af interview og feltobservationer af personer med relevans for projektets forskningsfelt, der gennem en analyse på baggrund af teorien bidrager med ny viden.

Refleksioner over udfordringer

For at opnå ny viden inden for vores forskningsfelt har vi valgt at bruge interview og feltobservationer. Dog har vi mødt nogle udfordringer undervejs. Vores empiri har taget udgangspunkt i at få indsigt i levede erfaringer for grupper, der falder under kategorien etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen. Denne gruppe er som tidligere nævnt en udsat gruppe, og vi har derfor haft vanskeligheder med at finde interviewpersoner. Først og fremmest skal der tages højde for, at vi har en sproglig barriere, da de, der har behov for tolkning i sundhedsvæsenet, også ville have behov for tolkning med os. Da vi ikke umiddelbart selv havde nogle i vores omgangskreds, der faldt under kategorierne tolk, patient, læge eller pårørende til etniske minoriteter i sundhedsvæsenet, forsøgte vi at søge gennem sociale medier og række ud til vores netværk, samtidig med at vi sendte mails og ringede til forskellige institutioner. Trods en bred søgning og forsøg på kontakt med forskellige foreninger, fandt vi ud af, at denne gruppe var svær at komme i kontakt med. Vi har derfor forsøgt at finde interviewpersoner, der enten var pårørende til disse mennesker, eller som arbejdede i sundhedsvæsenet, og der dermed havde oplevelser og erfaringer med denne gruppe. Her har vi forsøgt at kontakte forskellige Facebookgrupper, tolkeforeninger, hospitalsafdelinger og organisationer, der beskæftiger sig med etniske minoriteter. Her havde vi desværre heller ikke meget held med os, og vi fandt ud af, at

disse grupper også var svære at komme i kontakt med. Vi mener dog, at dette også viser noget om emnets sværhedsgrad - det berører i høj grad en gruppe mennesker, der udover at have sproglige udfordringer, også generelt møder et udfordrende system, hvad end det er som læge, patient eller pårørende. Vi har fundet udtalelser fra læger, der i høj grad ser tolkegebyret som et problem og en barriere, og som et sted hvor der allerede er mangler og en tydelig ulighed, når det kommer til adgang til sundhed. Vi kan dog se, at der er mangel på udtalelser fra patienter og pårørende, hvilket, i sammenhæng med vores udfordringer, viser en manglende fokus på denne gruppes begrænsede handlemuligheder.

Rammerne for projektets semistrukturerede interview

Til dette projekt har vi bl.a. udført et kvalitativt forskningsinterview, da: "Det kvalitative interview er en forskningsmetode, der giver privilegeret adgang til menneskers grundlæggende oplevelse af den levede verden" (Kvale & Brinkmann, 2015: 50). Da vi netop har gået til interviewet med et ønske om at undersøge subjektets egen positionering og oplevelser, har vi foretaget et semistruktureret livsverdensinterview, som: "[...] forsøger at forstå temaer fra den levede hverdagsverden ud fra subjekternes egne perspektiver" (ibid.: 49). Strukturen i denne nærmer sig en hverdagssamtale (ibid.: 45), samtidig med at det: "[...] hverken er en åben hverdagssamtale eller et lukket spørgeskema" (ibid.: 49). Vi har således valgt denne struktur med ønsket om at åbne op så bredt som muligt for informantens levede erfaringer og oplevelser, der konstituerer den virkelighed, hvori personen befinder sig.

Vi tager udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns udlægning af forskningsinterviewet, hvor vi løbende har forholdt os til interviewundersøgelsens syv faser, som er tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation og rapportering (ibid.: 154-155). På bilag 3 ses vores interviewguide, som er opbygget efter forskningsspørgsmål og dertilhørende interviewspørgsmål. Dette er gjort, da vi således har vores tematiske forskningsspørgsmål for øje, mens vi har selve interviewspørgsmålene, der åbner op for samtalen om netop de temaer (ibid.: 186). På den måde åbnes der op for en nuanceret og varieret information omkring tematikken (ibid.), samtidig med at vi har holdt os for øje at stille opfølgende spørgsmål gennem aktiv lytning for yderligere at åbne op for samtalen (ibid.: 193).

Formålet med interviewet var at undersøge de problematikker, der opstår i tolkesituationer. Vi ønskede at granske nuancerne i de oplevelser og situationer, som informanten har mærket på

egen krop. Da vi var bevidste om, at det kan være et sårbart emne, opstillede vi ligeledes rammerne for interviewet efter dette. Det var ikke muligt at foretage interviewet fysisk, men i stedet foretog vi det over videoopkald, så det stadig var muligt at se hinanden og opfatte mimik og gestikulation. Som præsenteret i foregående afsnit har det udgjort en udfordring at finde interviewpersoner, så derfor var det essentielt, at den informant, som vi opnåede at interviewe, havde en ben i forskellige lejre – han har tidligere været tolk, han læser til sygeplejerske, og han taler urdu. Han er således både en del af den sundhedsfaglige institution, han har tidligere været en del af tolkemiljøet, og han har en levet erfaring med at være til stede hos lægen som pårørende, hvor der har været behov for oversættelse. Heraf ser vi, at interviewets berettigelse ligger, da det udgør et spektrum af varierende perspektiver og erfaringer. Transskriptionen af interviewet ses på bilag 1, mens transkriberingsnøglen ses på bilag 4.

Deltagerobservation ved Mino Talks

Udover vores kvalitative forskningsinterview har vi i projektet også benyttet os af metoden observation. Dette gjorde vi, da vi d. 15. november overværede Mino Danmarks seminar ‘Ulighed i sundhed for minoritetsetniske ældre’ i Albertslund. Inden seminaret besluttede vi os for at benytte os af den specifikke observationsmetode, *deltagerobservation*. Denne observationsmetode indebærer en naturlig forekommende observation, hvor forskerne ikke eksperimenterer med udfaldet (Nielsen, 2012: 14). Da vi ønskede at få et indblik i de faglige eksperter, pårørende og patienters syn på ulighed i sundhed, ønskede vi at være passive og ikke forstyrre eller påvirke informanternes deltagelse i seminaret. Som Klaus Nielsen beskriver det i *Deltagerobservation*, er det meget givende at deltage i de sociale kontekster, som man ønsker at undersøge: “Deltagerobservation udspringer fra en videnskabsteoretisk erkendelse af, at det er nødvendigt at deltage i sociale sammenhænge for at kunne opnå indsigt i dem” (ibid.: 17). Netop forståelsen af miljøet og de sociale sammenhænge har været vigtig for os at få indblik i, da vi som forskere kommer fra et andet miljø, og samtidig besidder vi en vis forudindtagetthed og tese omkring emnet, som vi reelt set ikke har mulighed for at be- eller afkræfte, før vi inddrager informanternes synsvinkel. Ved metoden deltagerobservation kan forskerne enten arbejde med fuld deltagelse eller passivt (ibid.: 18). Som beskrevet ovenfor havde vi et ønske om at være passive og indtog derfor denne rolle. Yderligere kan man argumentere for, at en fuld deltagelse ville være svær at realisere, da vi med vores baggrund ville have svært ved at passe ind og interagere i debatten på lige fod med de øvrige deltagere. Den passive forskerrolle gav os muligheden for at fordybe os i den sociale kontekst og samtidig medførte det et øget overblik over

miljøet, hvilket formentlig ikke havde været muligt, hvis vi samtidig med observationen selv skulle deltage i debatten.

Analyse af positioneringer, relationer og sundhedsvæsen

For at analysere vores interview og feltobservationer vil vi gøre brug af teorierne fra Ahmed og Oliver som beskrevet tidligere. Yderligere vil vi gøre brug af vores indsigt i eksisterende forskning på området, da disse i høj grad har relevans til vores problemfelt samt kan være med til at belyse nogle af de emner, der analyseres. Formålet med analysen er at undersøge sammenhængen mellem tolkeudfordringerne for tolk, patient og pårørende, samt hvordan disse har en effekt på adgangen til sundhed for etniske minoriteter. Herunder undersøger vi institutionens rolle, tolkens position, tolkegebyrets indflydelse og de pårørendes positionering.

Sundhedsvæsenet som institution

Sundhedsvæsenet som institution spiller en central rolle, når det kommer til lige adgang til sundhed for alle. Det er dem, der sætter retningslinjerne for systemerne, og de behandlinger der foretages. Yderligere er det også dem, der står med både ansvaret og konsekvenserne af de områder, hvor der opstår problematikker. I Sara Ahmeds *A Phenomenology of Whiteness*, udlægger hun, hvordan institutioner kan være bygget til at huse nogle kroppe frem for andre. I et samfund som Danmark er det tilfældet, at en institution som sundhedsvæsenet er bygget til hvide kroppe. Dette bliver tydeliggjort gennem lovgivninger som tolkegebyret samt manglende kompetencer inden for kulturforståelser og oversættelser, hvilket vil blive fremlagt i følgende analyseafsnit

Vores informant i interviewet er på nuværende tidspunkt sygeplejerskestuderende og har herigennem fået erfaringer med sundhedsvæsenet i praksis, hvor manglende system- og kulturforståelse tydeliggøres. Informanten nævner en episode, hvor han er i praktik på et sygehus, hvor en thailandsk kvinde stod som den eneste pårørende til en mand i koma. Han ventede på at dø, og hun kunne ikke snakke dansk. Hun stod pludselig med alt ansvaret for at skulle ordne de praktiske ting i forbindelse med mandens begravelse og lignende. Men da hun var pårørende og ikke patient, havde personalet ikke mulighed for at bestille en tolk til hende, og de måtte hente særlige tilladelser for at hjælpe hende (Bilag 1: 2-3 ll. 51-71). Dette er et eksempel på, hvordan systemer i sundhedsvæsenet kan stå i vejen for at hjælpe patienter og pårørende. Her

ender ansvaret hos personalet, og de skal derfor finde en løsning til situationen, hvor de måske ikke har klare retningslinjer for, hvad der skal gøres.

Informanten fremhæver, at de højeste diabetestilstande i Danmark findes hos indvandrere og migranter, og den eneste måde at kurere dette på er ved at ændre livsstil. Informanten beskriver, at den sproglige barriere her kan udgøre et stort problem, da mange ikke kan følge med (ibid.: 7 ll. 193-196). Han udtaler følgende:

Så man kan ikke gå til de der forskellige, sådan noget sukkersygekursus og alle mulige forskellige, øh... livsstilskurser, som der er af tilbud i kommunen, men altså man kan ikke motivere dem til at være der, fordi det er på dansk mange gange (ibid.: 8 ll. 200-202).

Under paneldebatten til Mino Talks blev systemet også kritiseret. Det blev blandt andet pointeret, at det danske sundhedsvæsen har en hvid infrastruktur. Dette betyder, at man kigger på sociale faktorer og glemmer at kigge på f.eks. kulturelle og religiøse forskelle. Der blev til debatten spurgt ind til, hvilken betydning etniske forskelle har i sundhedsvæsenet. Her blev der bl.a. svaret, at uligheden går ned til efterkommere, eftersom at etnicitet påvirker helbredet, og på den måde bliver der derfor skabt systematiske forskelle mellem patienter alt efter deres etnicitet (Bilag 2: 2, nr. 10). Dette stemmer overens med Ahmeds teori om, at man kan arve tilgængelighed. Samtidig nævnes det også, at det er dyrt at fejlbehandle, og at det ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv giver mening at ændre infrastrukturen, så den også imødekommer dem, der ikke passer ind i det hvide system. Herunder nævnes også eksemplet med diabetes, og at information om dette burde være tilgængeligt på flere sprog.

Ahmeds forståelse af, at institutioner er orienterede efter hvide kroppe, bliver her eksemplificeret. Specielt gennem manglen på systematik der imødekommer sprogbarrierer og kulturforskelle. Når en patient eller pårørende ikke passer ind i det rum, træder de dermed frem og kan føle sig utrygge og fremmedgjorte. Denne følelse opstår, når en person, der ikke passerer som hvid, indtræder i et hvidt, orienteret rum, som en institution som sundhedsvæsenet er. Dette resulterer ifølge Ahmed i, at individet har en begrænset bevægelighed, og ikke kan strække sig lige så langt som dem der passer ind i rummet. Dette hænger også sammen med Olivers forståelse af subjektpositioner, da denne institutionelle orientering kan være dét, der former bestemte subjektpositioner ved at se forskelligt på kroppes etnicitet. Når et individ dermed møder et rum med begrænset bevægelighed, er deres sociale interaktioner, og den kultur de møder, med til at determinere individets subjektposition.

Informanten nævner også et andet område, hvor institutioner kan være problematiske. Det påpeges inden for de erfaringer, som informanten har, både personlige og professionelle, at der generelt mangler en kulturforståelse, og at den nok går begge veje. Informanten kommer med et eksempel:

Og der er rigtig mange fordomme i forvejen. Altså, f.eks. har jeg tit hørt sådan nogle læger til morgenmøder, hvor lægen f.eks. siger, nååå, ja, det er nok, hun er nok mellemøstlig, og vant til at sige lidt for meget av end os, og sådan nogle ting, ikk' (Bilag 1: 10 ll. 267-269).

Her uddyber informanten, at i denne situation ser lægen ikke på selve individet, men snarere som et individ der er en helhed af en kultur, og på den måde fremmedgøres individer. Informanten mener også, at disse fordomme gør sig gældende i andre danske institutioner som f.eks. politiet (ibid.: 11 ll. 289-291).

Disse eksempler stemmer overens med Ahmeds beskrivelse af dét at blive stoppet, hvilket hun ser som et karaktertræk i racismen. Når der bliver stillet bestemte spørgsmål eller lavet bestemte konnotationer om folk på baggrund af deres etnicitet, bliver individet begrænset i det rum, de er i. Dette beskriver Ahmed som det 'ikke-at-være', hvilket betyder, at man er i et rum, der bevæger sig efter andre kroppe end din. Når et individ får disse erfaringer, kan det være med til at forme den måde, de oplever ting på. Dette kan relateres til Olivers begreb bearing witness, der handler om subjektets rolle i den eksisterende subjektposition, og hvordan disse spiller sammen. Her kan man tale om, at de individer der 'ikke-er' bærer denne oplevelse og rolle med sig på grund af institutionens orientering.

Til Mino Talks var der yderligere et fokus på, hvilke områder sundhedsvæsenet bør ændre for bedre at kunne imødekomme patienter af forskellige baggrunde. Her blev det bl.a. nævnt, at personalet bør være mobiliseret til at kunne håndtere situationer, hvor tolkning og kulturforskelle spiller en rolle (Bilag 2: 3, nr. 17). Her nævnte en medicinstuderende, at dette bestemt manglede på studiet. Her blev også nævnt, at man i region Syddanmark har haft stor succes med at uddanne tolke inden for sundhedsvæsenet, og dette kan være en løsning på at skabe et tryggere rum for patienten, samtidig med at det kan være en måde at undgå dilemmaer og uetiske situationer for lægerne (ibid.: 3, nr. 20).

Hertil vil vi også henvise til forskningsartiklen "*What it really takes*" – *A qualitative study of how professionals coproduce healthcare service with immigrant patients*, der berører, hvordan sundhedspersonalet skal trænes i at arbejde med kulturelle forskelle. I artiklen ligger fokus på, at patienten skal have et sikkert sted, de kan være, og at de skal blive mødt af et sundhedsvæsen,

der sætter dem i fokus (Batalden et al., 2022: 6). Ligesom Ahmed taler om, at man skal have et sted at være hjemme, og når kroppen har et sted, hvor den kan være det, så har den mere mobilitet og komfort. Yderligere kan vi også henvise til *Moving beyond the 'language problem'*, der undersøger, hvordan andre variabler end bare sprog kan have en betydning. Samtidig pointerer artiklen, at en af de største uligheder i sundhed er mødet mellem systemet og etniske minoritetsindivider (Jackson et al., 2019: 256). Dette hænger også sammen med Ahmeds udlægning af institutioner, der er formet til og af hvide kroppe, og at man derfor bliver meget synlig, hvis man ikke passerer som hvid.

Tolkens positionering

Følgende afsnit vil centrere sig omkring tolkens rolle og den tolkning, der kan foregå. Vores informant i interviewet har erfaringer med tolkning på vidt forskellige måder, da han har indtaget alsidige positioner i forskellige situationer. Han har f.eks. selv som pårørende ageret tolk for sin mor, han har arbejdet som professionel tolk, og da han er sygeplejerskestuderende, har han også selv oplevet, hvordan det som sundhedspersonale har været at stå i en tolkesituation. Derfor træder forskellige aspekter omkring tolkning frem i interviewet, hvilket dette afsnit vil behandle.

Til at starte med er det essentielt at fastlægge, hvad tolkens rolle egentlig er. Her kommer der forskellige perspektiver frem, alt efter hvem man spørger. Vores informant fremfører, hvordan der for ham oftest er to forskellige roller at påtage sig som tolk:

[...] altså, for det meste har det været lidt som en slags mægler eller brobygger-agtigt. Øh... men så mange gange har det været meget mekanisk, hvor man bare skal oversætte de små ting (Bilag 1: 5 ll. 124-126).

Således påtager vores informant sig enten rollen af at være mægler eller af at være en slags transformator, der blot skal oversætte det ene ord til det andet sprog så neutralt som muligt. Men hvordan skelner tolken mellem, hvilken rolle der er nødvendig? Tolkens rolle i en sundhedsmæssig situation er nemlig en, som der er uenighed om, også tolke imellem, peger forskningsartiklen *Moving beyond the 'language problem'* på. I denne undersøgelse blev forskellige tolke spurgt ind til, hvad de selv forventer af deres rolle som tolk:

There was a mixed response from interpreters on their desire to perform any 'navigator' role. Two felt uncomfortable about this, that it pushed their professional boundaries, while the three others interviewed could see it as part of their remit as a community interpreter (Jackson et al., 2019: 263).

I denne forskningsartikel er der to tolke, som mener, at den mæglende rolle er ukomfortabel, mens tre andre ser det som en forlænget del af deres rolle som formidler for et fællesskab. Netop denne skelnen kommer vores informant ligeledes ind på, når han siger, at han som tolk enten fungerer som mægler eller som en transformator. Det kan derfor påpeges, hvordan der opstår et dilemma om, hvorledes tolkens videreformidlende position bør være. Her kan Olivers teori benyttes til at vise, hvordan informantens subjektivitet er forankret i etisk ansvar. På den måde er subjektiviteten altid intersubjektivt, og den påvirkes af andre mennesker – tolkens rolle kan derfor også skifte, alt efter hvilken situation og kontekst der er tale om. Tolken kan ikke selv vælge sin rolle, da det afhænger af situationen, samt alt efter hvad de andre individer i miljøet har behov for, enten den mæglende eller transformerende funktion. Vores informant fremfører om selve tolkningen, at det eksempelvis kan foregå som såkaldt robot-tolkning:

Altså, normalt med tolkning så plejer det altid at være, at jeg oversætter direkte, hvad der bliver sagt. Og så... f.eks. det er lidt ligesom sådan en robot-tolkning, tror jeg, hvor jeg også bruger ordet 'jeg', når jeg taler på nogles vegne (Bilag 1: 4 ll. 88-90).

Med i denne såkaldte robot-tolkning hører sig til, at tolken fungerer som et direkte bindeled mellem den, der oversætter, og den, der skal oversættes for. Selve brugen af 'jeg', og at det bliver direkte videreført, gør, at tolken på denne måde agerer som denne form for transformator. Dette er således den ene type for tolkning, som kan gøre sig gældende. Men vores informant fortæller, hvordan han har oplevet sensitive episoder, der kræver andre midler. Han har bl.a. arbejdet som tolk på et krisecenter, hvor han har oplevet at skulle formidle ting, der ikke lige umiddelbart var til at oversætte, som f.eks. psykisk vold: "Så der var mit krav lidt mere en mægler, altså f.eks. psykisk vold er der ikke rigtigt, det kan ikke oversættes direkte på urdu" (ibid.: 4 ll. 97-98). Her krævede det både andre midler i forhold til, at der var ord, der ikke fandtes på det ene sprog, og som derfor gjorde det vanskeligt at oversætte, men samtidig krævede det også andre midler på det mentale plan, da det var så sårbart et emne. Olivers begreb witnessing kan her bruges til at forklare, hvordan han som tolk observerer det usete (Oliver, 2003: 133). Informanten ser i disse situationer, at der er behov for en formidler for den, der skal have oversat, og han vidner de bagvedliggende faktorer, der er grund til dette. Her forklarer informanten, hvordan han var nødsaget til at påtage sig en mere uddybende rolle som tolk:

Så der skulle jeg bruge, altså, selvom der blev sagt en lille replik fra sådan en kommunemedarbejder, så skulle jeg uddybe det lidt mere, med at give eksempler på hvad psykisk vold kunne være. Og der blev det nogle gange, når sagsbehandlerne eller politiet, de blev bare ved med at være sådan, oversætter du det korrekt? Så var det altid sådan der, at jeg prøvede at give en tilbagemelding til dem, om at det er vigtigt, at de forstår, hvad I mener, for man kan ikke bare direkte oversætte tingene (Bilag 1: 4 ll. 101-106).

Så vores informant oplevede at befinde sig i pressede situationer, hvor han blev udfordret på og spurgt ind til sit professionelle virke af det omkringværende personale. Her insisterede han på, hvordan en klar og tydelig oversættelse er af afgørende betydning, førend de, der oversættes for, forstår den rette betydning og kan forholde sig til det. I forskningsartiklen *Moving beyond the 'language problem'* behandler de samme dilemma omkring, hvordan interkulturel kommunikation skal foregå, hvor de finder frem til, at det: “[...] requires certain attitudes, knowledge and skills in addition to linguistic competence and demands a curiosity and openness as well as readiness to see other cultures without being judgmental” (Jackson et al., 2019: 257-258). På samme måde fremsætter informanten i vores interview selv, hvordan han mener, at han tager yderligere kompetencer med sig i sit arbejde som tolk grundet hans humanistiske baggrund (Bilag 1: 4-5 ll. 112-116). Her fremsætter han, hvordan det ikke altid er nok, at tolken blot oversætter direkte, men de skal også have kendskab til sociale og psykologiske aspekter (ibid.).

Desuden er der naturligvis en forskel på, om individet har en tolk, som det kender, eller om det er en fremmed. Dette påvirker de emner, som der tales om, og det kan have indflydelse på graden af sandhed. Nuancerne kan variere alt efter tolkens kendskab til personen, der skal tolkes for. Her fremsætter vores informant, hvordan han selv oplevede at få flere tolkejobs, da han kom ind som en, de, han skulle tolke for, ikke havde kendskab til:

Jeg startede med at være afløser, og så lige pludselig, det virkede rigtig godt, for mange kvinder vil ikke have andre pakistanske kvinder som tolk, men de vil gerne have en ung pakistansk mand, som ikke kender noget til (ibid.: 2 ll. 46-48).

Informanten fremsætter, hvordan de kvinder, han tolkede for på krisecentret, ellers havde oplevet at få kvindelige tolke, der kunne urdu, hvor de ofte havde oplevet, at hun kendte enten dem selv eller en i deres familie. Dette udfordrer neutraliteten i en tolkesituation, og udfordrer hvordan den, der oversættes for, udtaler sig om tingene, hvis der er en bekymring for, at det bliver sagt videre, eller hvis der direkte er en frygt for fordømmelse og udskamning. Her sætter vores informant ord på, at fordelen ved, at han kom ind som fremmed tolk, var, at han kunne: “[...] minde my own business agtigt” (ibid.: 2 ll. 49-50). Dette aspekt understøttes også af resultaterne i *Moving beyond the 'language problem'*, hvor de fremfører, at de fleste migrantpatienter ønsker en professionel tolk snarere end en, de kender i forvejen:

Migrant patients have their own issues, with many wanting to have a professional interpreter rather than a family member or friend interpret for them, as they have concerns about confidentiality and appropriateness of the interpreting when ad hoc interpreters were used (Jackson et al., 2019: 259).

Fortrolighed er således essentielt, førend en ordentlig kommunikation kan opnås. Tolkens rolle udfordres dog af en af paneldeltagerne til Mino Talks, som udtrykker en bekymring for, at læge-patient-forholdet kan gå tabt, når der er tolk som bindeled (Bilag 2: 1, nr. 1). Men forskningsartiklen *“What it really takes” – A qualitative study of how professionals coproduce healthcare service with immigrant patients* har fundet frem til det modsatte. Forskerne har foretaget 25 observationer af konsultationer mellem syv professionelle (læger, sygeplejersker, socialrådgiver) og 24 patienter med varierende baggrunde og sundhedsproblemer, og her fandt de frem til følgende om brugen af tolke:

Interpreters were present in most consultations. They proved to be vital not only for mutual understanding but also for helping patients to articulate feelings and emotions. Health professionals considered interpreters not as a tool but as equal colleagues and as cultural mediators that were needed to establish trust and co-create a common understanding of a problem (Batalden et al., 2022: 5).

Det er derfor gavnligt, når tolke bliver betragtet på lige fod med de lægefaglige. Dette understreger en af paneldeltagerne i Mino Talks også, hvor hun samtidig siger, at tolke kalder på kompetencer (Bilag 2: 3, nr. 20). Hun fremsætter, hvordan tolke ikke bør betragtes som patientens bedste ven, men snarere som en faglig samarbejdspartner til lægen (ibid.). Dette gøres gennem uddannelse, men også supervision – samtidig med at der opnås tryghed (ibid.). Dette perspektiv går også igen i *“What it really takes” – A qualitative study of how professionals coproduce healthcare service with immigrant patients*, hvor de dog gør opmærksom på, at de lægefaglige også skal være bevidste om der er noget, som patienten ønsker at tale om, uden at tolken er til stede (ibid.). Dette aspekt kommer vores informant i interviewet ligeledes ind på, hvor han reflekterer over, om der er personer, der vil lade være med at gå til lægen, hvis de har brug for tolkning:

[...] jeg kan godt forestille mig, at der nok er nogle, der ikke ville, altså, ja, jeg kan godt forestille mig, at min mor ikke ville... ja, hun ville ikke være særlig komfortabel med at snakke om sit seksualliv eller lidt intime emner foran en mandlig tolk (Bilag 1: 9 ll. 241-243).

Således er tolkens rolle en, der kan diskuteres, og som varierer alt efter kontekst og hvilken person man spørger, hvilket er eksemplificeret gennem vores informant og de inddragede i de to forskningsartikler. Men fælles kan det siges, at tolken enten kan påtage sig rollen som en direkte transformator, eller som en mægler der forsøger at bygge bro mellem de forskellige sprog og betydninger. Samtidig er det essentielt, at tolken besidder kompetencer udover oversættelse, da der er sociale og psykologiske behov, der skal tages stilling til i en sundhedsmæssig

oversættelsesproces. Det er afgørende, at der skabes et trygt rum, uden at tolken går hen og bliver personens bedste ven, men snarere fungerer som en tryk og tillidsfuld formidler.

Tolkegebyrets indflydelse

Som belyst i ovenstående analyseafsnit er det essentielt, at der er nødvendige kompetencer i en formidlings- og oversættelsesproces, og det er derfor ikke en uvæsentlig faktor, at tolkegebyret er blevet indført. Som vores informant tydeligt fremsætter, er det uundgåeligt, at folk tabes til tolkegebyret: "Altså, selvfølgelig, så vil folk tilbageholde sig, hvis de skal betale for det, altså, ikk'. Så vil de ikke få den behandling, som de har brug for" (ibid.: 12 ll. 321-322). Dette understøttes også af en af paneldeltagerne til Mino Talks, der udtaler, at hvis det er et hjem, som er økonomisk presset i forvejen, kan udgifterne til tolkning blive endnu en byrde, og givetvis kan det i værste tilfælde slet ikke udgøre en mulighed. Projektets informant udtaler yderligere, hvordan det økonomiske, praktiske aspekt ved tolkning også har gjort sig gældende i hans eget liv, da han var nødsaget til at agere som tolk for sin egen mor, når hun skulle til lægen. En af årsagerne var følgende:

Og ja, det var også noget med, fordi vi boede i Fredericia, der var ikke rigtigt nogen urdu-talende tolk i nærheden, så skulle det bestilles med tre ugers varsel, så det kunne man ikke rigtig planlægge, når man er syg og sådan noget (ibid.: 2 ll. 32-35).

Så det økonomiske aspekt ved tolkning er et, som kan spænde ben for den rette behandling. Samtidig er det noget, som det sundhedsfaglige personale ikke altid er klar over, kan udgøre en udgift. Vores informant fortæller om en episode, hvor der var brug for tolk, hvor han tænkte det som en selvfølge, men i stedet opdagede hvordan det forholder sig:

Altså, jeg troede bare, at man bare kunne bestille tolk til en, hvis man havde brug for det, ikk'. Så var det selvfølgelig sådan et... det kom lidt bag på mig, ikk'. Altså, så tænkte jeg bestemt, hvordan kan det være, at vi ikke kan få en til hende (ibid.: 7 ll. 173-176).

At en tolk er noget, der koster penge, hvis patienten har opholdt sig i Danmark i mere end tre år og ikke kan sproget, gør, at det ikke er alle, der har de økonomiske midler til at få oversat, og dermed kan det risikere at gå ud over behandlingen. Desuden forudsætter tolkegebyret, at det drejer sig om patientens behov i forhold til tolkning. Dermed opstår et helt nyt problem, når det er den pårørende til patienten, som har brug for tolk, hvilket projektets informant kommer ind på. Her kommer han ind på hans egen erfaring som sygeplejeparaktikant i sundheds-væsnet, da han fortæller om tidligere nævnte episode med den mandlige patient, der ligger i

koma, hvor det er den kvindelige pårørende, som ikke taler dansk. Hertil fortæller projektets informant: "Og vi kunne ikke bestille en tolk til hende, fordi hun var jo ikke egnet til en tolk, hun var jo pårørende. Så hospitalet kunne ikke rigtig tilbyde det" (ibid.: 3 ll. 61-62). I forlængelse af Ahmed besidder den pårørende kvinde således en orientering sat uden for den hvide, danske, hvilket gør, at hun bliver sat i en situation, hvor hun reelt hverken kan gøre fra eller til. Det bliver også et spørgsmål om at plejepersonalet skal finde nye ressourcer, hvis ikke der kommer tolk på - hvilket er helt andet dilemma om tid og nærvær, for plejepersonalet vil selvfølgelig gerne hjælpe, som informanten også selv udtaler (ibid.: 7 ll. 173-176). Samtidig nævner vores informant, hvordan det var nødsaget, at det var den kvindelige pårørende, som de talte med, da hun jo netop stod som pårørende (ibid.: 3 ll. 66-68). Det endte med, at overlægen gik til kommunen, og de fik bevilliget to timers tolkning, den dag som kvindens mand døde (ibid.: 3 ll. 62-69). Her oplevede vores informant således, at det blev et spørgsmål om praktik i forhold til alle forberedelserne og praktiske gøremål. Men samtidig gjaldt det også et langt vigtigere spørgsmål om nærvær og om at hjælpe et andet menneske igennem en tragisk situation, hvor forudsætningerne for en ordentlig formidling er komplicerede og i værste fald svækkede.

Forældre-barn relation

En yderligere relevant tematik, som er relevant at analysere i forbindelse med undersøgelsen af ulige adgang til sundhed, er relationen mellem forældre og barn. Ved Mino Talken var der fokus på de ældre i etniske minoriteter, og det resulterede også i, at mange pårørende, som i størstedelen af tilfældene var deres børn, deltog i debatten. Som både vores informant fra interviewet og flere af de pårørende fra Mino Danmark-seminaret udtrykker det, er forældre-barn relationen et vigtigt tema, som kan belyse flere skjulte faktorer. Det er dermed ikke kun sundhedsvæsnet og de danske normer og regler, der skaber problemer hos børnene og de pårørende, hvilket følgende citat viser:

Man vil gerne fungere bedst muligt i den travle vestlige verden, men kulturen gør, at vi [pårørende] ikke kan vise følelser eller f.eks. give afkald på vores forældre, fordi kulturen og traditionerne siger, vi skal tage os af dem (Bilag 2: 3, nr. 22).

Citatet fra en pårørende, der deltog i Mino-talken som gæst, viser endnu en side af denne svære debat om, hvordan man bedst muligt optimerer forholdene for den ulige adgang til sundheden. Ved at inddrage det kulturelle aspekt flytter hun dele af ansvaret hen på egen kultur og deres traditioner. Det fremstod tydeligt gennem hendes udtalelse, med dertilhørende kropssprog og

emotionelt toneleje, at det frustrerer hende at skulle fungere og præstere både som travl arbejdskvinde, mor, og pårørende, der plejer hendes forældre. Denne indsigt som hun bidrager med til Mino Talken kan analyseres både igennem Ahmed og Olivers teorier. Ifølge Ahmeds fænomenologiske teori kan der argumenteres for, at den pårørendes orientering er tydeligt påvirket af hendes multikulturelle baggrund. Hendes kropslige handlemuligheder er blevet påvirket af både hendes opvækst i det danske samfund og samtidig de traditioner, som hendes forældre har videregivet til hende. Som Ahmed fremlægger det, og som den pårørende anerkender i citatet ovenfor, så er det den 'hvide' verden, der er definerende, og som begrænser en række kroppes muligheder. Det interessante ved dette eksempel fra Mino Talks er den pårørendes bevidsthed om dette, samtidig med at hun stadig må agere ud fra de tvingende handlinger og rutiner, som dominerer i den hvide orientering (ibid.). Det skaber åbenlyst en distinktion mellem individets ønskede ageren i samfundet og de muligheder, som bliver tilbudt hendes krop.

Ovenstående afsnit analyserede den hvide orienterings påvirkning på den pårørendes situation. Undersøger man i stedet indflydelsen af de kulturelle traditioner fra den pårørendes familiebaggrund, kan man benytte Olivers teori om subjektivitet og subjektpositioner gennem vidnerfaring. Her fremgår det, at den pårørende tydeligt har en række familiære erfaringer i bearing witness-kategorien, herunder den daglige kamp med at yde støtte til den ældre generation. Dette er erfaringer, som ikke stemmer overens med det danske samfunds narrativ om ældre generationer, der også indeholder omsorg, men som i stedet hviler på en almen forestilling om, at plejehjem kan overtage den praktiske og moralske støtte. Som Oliver foreslår i hendes teori, havde det i dette tilfælde, og måske generelt ved debatten om ulige adgang til sundhed, været relevant at inddrage både historiske fakta og de skjulte fortællinger, som de forskellige erfaringer udgør, der i sandhed også præger subjektiviteten i individer.

Et andet relevant input til analysen af relationen mellem forældre og børn er følgende citat fra vores informant: ”Nogle gange var det ubehageligt for mig at være tolk for min mor, fordi sådan en ung en, der skal oversætte alt muligt for mor, som man ikke gider at snakke om med sin mor...” (Bilag 1: 2 ll. 35-37). Som citatet fortæller, indebærer dét at være tolk for bekendte, og særligt nære familiemedlemmer som sin mor, en negativ følelse. Flere paneldeltagere og pårørende ved Mino Talken gav udtryk for samme følelse, som et resultat af at skulle oversætte dybt private emner til deres nærmeste. Årsagen til, at de pårørende, ofte børnene, ender i denne tolkesituation, kan findes i Ahmeds teori om hvid orientering. Som Ahmed, og især Fanon, beskriver det, er årsagen til den hvide orientering, og at vores kropslige handlemuligheder er forudbestemt, resultatet af den koloniale fortid: ” [...] after all, bodies are shaped by histories

of colonialism, which makes the world ‘white’, a world that is inherited, or which is already given before the point of an individual’s arrival” (Ahmed, 2007: 153). Denne forestilling om den evige tilblivelse af den hvide orientering gennem reproducering er med til at skabe de daglige ubehagelige oplevelser mellem forældre og børn i sundhedssektoren. For årsagen til, at tolkegebyret er blevet etableret, og dermed at dette scenarie mellem forældre og barn opstår, kan netop spores tilbage til Ahmeds tanker om den hvide orienterings (u)intentionelle reproducering af begrænsende handlemuligheder for bestemte kroppe. Hvis ikke den hvide orientering havde eksisteret i samfundet, havde der måske eksisteret en mulighed for at skabe bedre vilkår til alle slags kroppe, og på den måde lige handlemuligheder, uagtet historikken.

Ved Mino Talken opstod der under den afsluttende spørgerunde en særlig fælles følelse blandt de yngre pårørende i salen. En tydelig berørt pårørende fortalte i forlængelse af et andet spørgsmål, om hvordan hun havde udfordringer med hendes mentale helbred, som hun følte sig alene med: ”Jeg har det svært, men mine forældre havde det sværere. Så jeg føler ikke at jeg kan brokke mig” (Bilag 2: 4, nr. 23). Sætningen blev leveret i et udmattende og rørt toneleje, som er svært at gengive på tekst. Efter en kort stilhed blev stemningen hurtigt vendt væk fra en sårbar personlig erfaring til en fælles forståelse for problemet. Flere i salen nikkede anerkendende, og den pårørende rettede sig op og kiggede mod panelet efter svar. Citatet fra den pårørende er sigende for hele problematikken, særligt set ud fra Olivers tankegang. Dette er nemlig et eksempel på, hvordan hendes eget bearing witness, altså hendes indre erfaringer, bliver godtaget som værende de gængse erfaringer i miljøet. Andetsteds ville reaktionen formentlig have været anderledes, da der ikke ville eksistere den samme opfattelse af en pårørendes pressede, mentale sundhed. Den pårørendes eksempel og de andres genkendelighed illustrerer de skjulte faktorer, som Olivers vidnebegreber skal kunne fremhæve. På den ene side er den pårørendes subjektivitet allerede bestemt af de eksisterende narrativer og den fælles øjenvidnehistorik der hersker i både den danske kultur, men også i hendes baggrundskultur. Derudover viser eksemplet også, hvordan hendes indre erfaring er så stærk, at den går ind og påvirker hendes handlemuligheder, som ellers allerede var blevet bestemt af hendes subjektposition. Eksemplet tydeliggør, hvorfor begge vidneformer er nødvendige at inddrage i overvejelsen om subjektets identitet, men samtidig retter den en kritik mod hendes egen baggrund og dens ansvar for netop denne subjektivitets krise.

Som den pårørende påpeger, så bidrager hendes egen kulturs tildeling af subjektpositioner til elementer af de problemer, hun oplever som pårørende. Hendes erfaring og de andre pårørendes erfaringer om selvsamme problem illustrerer, at de er en del af to forskellige hegemonier,

som begge sætter dem i særlige subjektpositioner. Når man er en del af to forskellige hegemonier og dermed oplever forskellige subjektpositioner, skal man hele tiden forhandle mellem disse, og dette påvirker deres subjektivitet. Det vil automatisk være vanskeligt at udfordre disse subjektpositioner, da man ikke blot skal gøre op med én, men to samfundsbestemte holdninger, og hvis man forsøger at udfordre én, vil den anden position også blive ændret. Derfor kunne man diskutere, hvorvidt det egentlig er relevant og muligt at gøre oprør mod subjektpositionerne, og om man i stedet burde kigge mod subjektivitet som et middel mod ændringer. For som Oliver m.fl. hævder, er subjektpositioner socialt og historisk skabt, hvorimod subjektiviteten også er et resultat af det sociale, men i særdeleshed også af individet og de indre erfaringer. Så hvad kan egentlig bedst betale sig at arbejde på for Mino Danmark og de involverede etniske patienter og pårørende, når de ønsker at skabe forandring i debatten om ulighed i sundhed?

Diskussion af forudsætninger for lige adgang til sundhed

Elementerne i den transparente kommunikation

Gennem opdagelserne i vores analyse samt de inddragede forskningsartikler vil vi søge at diskutere, hvordan der i lægefaglige situationer kan skabes et trygt rum. For hvordan sikres et rum, der rummer patientens behov for oversættelse, og hvor den konstruktive samtale indgår? Det er et spørgsmål, der indebærer adskillige facetter og således også mulige løsninger, der vil kunne afhjælpe på problematikken. Som introduceret har forskerne i artiklen *“When I feel safe, I dare to open up”*: immigrant and refugee patients’ experiences with coproducing healthcare fundet frem til, at et såkaldt safe space er nødvendigt, førend patienter med en marginaliseret baggrund kan åbne op om deres sundhedsproblemer (Batalden et al., 2021: 5). Det fremsættes, hvordan relationen mellem lægefaglige personer og patienter vil fremmes gennem et trygt rum, hvor patienterne opfordres til at fortælle om deres sundhedsproblemer (ibid.). Det kan påpeges, at dette naturligvis udgør det bedst mulige scenarie i alle interaktioner mellem patient og læge, men særligt i tilfælde med sproglige barrierer er det essentielt, at den åbne samtale om sygdom, følelser og udfordringer opstår, således det er den rigtige behandling, der opnås.

Blandt paneldeltagerne ved Mino Talken var der som tidligere introduceret en tolk tilstede, der stillede spørgsmålet om, hvorfor proceduren ikke er, at der er én tolk koblet til, der følger med patienten (Bilag 2: 3, nr. 19). For hvis tolken følger med, bliver der oprettet en stærkere tillid imellem dem, ligesom der gør, når en patient går til den samme læge. En mulig løsning på at

skabe det trygge rum kunne således være at forfølge dette. Men samtidig påpeges det af selvamme paneldeltager, der selv arbejder som tolk, hvordan der ikke er gunstige nok vilkår i sundhedsvæsnen til, at uddannede tolke ønsker at arbejde der (ibid.). Så hvorfor skabes der ikke en øget indsats for netop at sørge for bedre arbejdsvilkår, således at uddannede tolke med rigtige kompetencer ansættes, så de kan fungere som bindeled mellem patient og læge? Samtidig blev det hos en af paneldeltagerne til Mino Talken præsenteret, hvordan Region Syddanmark har uddannet tolke til at besidde de nødvendige kompetencer i en sundhedsfaglig situation. Så hvorfor gør det sig ikke gældende overalt i Danmark? I en artikel fra DR påpeges det, hvordan det har kostet regionerne cirka syv millioner at opkræve gebyret, mens selve tolkegebyret blot har indtjent fire millioner (Mansø & Pedersen, 2019). Så hvorfor har tolkegebyret stadig sin berettigelse? Selvom det givetvis ville kræve en omstrukturering af de økonomiske goder, så koster det jo også samfundet dyrt at fejlagnosticere, så hvorfor ikke allerede sætte ind, før det sker? Vi vil på baggrund af vores teori og analyse hævde, at det er obscult, at det ikke er kutyme at inddrage tolkene i langt højere grad, således at den gode kommunikation sikres i behandlinger.

Som belyst gennem projektets analyse er det sundhedsvæsnen som institution, der udformer de retningslinjer og rammer for, hvorledes behandling finder sted. Gennem inddragelsen af Ahmed, er det blevet tydeliggjort, hvordan sundhedsvæsnen er indrettet efter hvide kroppe, og hvordan det går ud over mennesker, der ikke kan dansk, og som skal til lægen. For når et individ står ud, føler det sig ikke trygt, og således kan det trygge rum ikke skabes. Derfor er det essentielt at sætte ind her, men hvis sundhedsfagligt personale ikke allerede klædes på ude på uddannelsesinstitutionerne som en forebyggelsesfase, så starter grundlaget for de rette kompetencer ud fra et endnu smallere udgangspunkt. Så klædes det sundhedsfaglige personale ikke ordentligt nok på gennem deres uddannelser? Vores informant kom ind på, hvordan de i hans nuværende sygeplejefag tit taler om konsekvenserne ved sproglige problematikker særligt i forhold til kroniske sygdomme (Bilag 1: 7 ll. 191-193). Så det kan tyde på, at der er ved at være et større fokus på dette indsatsområde, og at uddannelsesinstitutionerne er sig bevidste om at undervise i problemet. Men bør der ikke være stadig langt større fokus på at implementere kulturforståelse på uddannelserne?

For på den anden side spiller kultur en mere væsentlig rolle, fremfører vores informant, samtidig med at en af paneldeltagerne til Mino Talken mener det samme (Bilag 2: 2, nr. 10). I både interviewet samt talken, sættes fokus i flere tilfælde på kultur frem for sproget, men kan det passe, at man kan være nødsaget til at gå på kompromis med oversættelse for at skabe et trygt

rum? Bør begge elementer ikke kunne gå hånd i hånd og være en indlejret proces, der foregår i lægefaglige rum? Gennem analysen er det blevet belyst, hvordan de sundhedsprofessionelle bør oplæres i tolkesituationer for at undgå dilemmaer og uetiske situationer. Det drejer sig om at sætte ind, *før* skaden er sket. Vores informant taler om kultur som noget af det vigtigste, da han har oplevet et sundhedsvæsen præget af fordomme (Bilag 1: 10 ll. 267-269). Samtidig understøttes dette fokus på kulturforståelse gennem resultaterne af forskningen fra *Moving beyond the 'language problem'*, hvor de fremsætter, hvordan den stigende diversitet påvirker sundhed, og deraf sundhedspolitik med alt hvad den indebærer (Jackson et al., 2019: 257). Der er nødt til at være bevidsthed om forskellige erfaringer om tro, oplevelser og sundhedsproblematikker, da de er formet af subjektets sociale og kulturelle positionering (ibid.). Forholdet med subjektets positionering er også blevet behandlet gennem projektets analyse, hvor det blev undersøgt gennem projektets interview og feltnoter, hvordan subjektet særligt formes af de eksisterende narrativer, der er. Samtidig spiller bredere sociale fænomener, retningslinjer og politik ind som belyst gennem Ahmed.

Så hvad, det trygge rum præcis skal indebære, er et svært spørgsmål, da alsidige facetter gør sig gældende. Kombinationen af sprog og kulturforståelse er essentiel, samtidig med at det er uvægerligt at komme uden om, hvilken rolle som praktikaliteten tid spiller. Men en ting kan siges at være sikkert: Den transparente og gode kommunikation mellem grupperne tolk, læge og patient er altafgørende for at skabe et trygt rum, hvori patienten åbner sig op, og den rette behandling sikres.

Muligheder ved udfordring af subjektpositioner eller subjektivitet

Udover diskussionen af hvordan den trygge relation skabes, finder vi det både interessant og relevant at diskutere udfordringerne ved henholdsvis arbejdet med subjektpositioner og subjektivitet. Spørgsmålet opstår om, hvorvidt det er subjektpositioner eller individets subjektivitet, der giver bedst mening at forsøge at påvirke. Kigger man på de to markante subjektpositioner, som de involverede i projektets deltagerobservation er en del af, kan vi konstatere, at det ville indebære et stort, fælles arbejde at ændre på deres subjektpositioner, da de bliver dannet gennem historik og sociale erindringer. Det kan virke indlysende, at hvis man ikke kæmper imod systemet og de indlejrede uretfærdigheder, så sker der ingen ændringer. Vi vil dog påpege, at man udover udfordring af subjektpositionerne også kan udfordre sin subjektivitet, som fordelagtigt kan bidrage til andre løsninger og forståelser for problemet.

For at forstå, hvordan det overhovedet kan lade sig gøre at lægge subjektpositioner på hylden for en stund, og i stedet arbejde med sine indre erfaringer og subjektivitet, kan vi inddrage de deltagendes kommentarer fra Mino Talken igen. I den afsluttende indvending i spørgerunden til talken sagde en paneldeltager, som er udviklingschef i Fonden for Socialt ansvar, hvordan parterne i salen var nødt til at forstå helheden omkring debatten i stedet for at fortsætte med kritikken af sundhedssystemets begrænsninger. Han kom ind på følgende: “Vi er nødt til at forstå, at løsningen ikke er lighed. Mere lighed vil reproducere problemerne” (Bilag 2: 4, nr. 24). Denne tankegang, om at en forbedring af sundhedssystemet, og de vilkår de producerer, ikke ville være til gavn, var en tydelig overraskende udmelding, som de færreste i salen havde set komme. Men har han ret i denne tankegang?

Hans tankegang startede refleksioner om, hvordan de kulturelle forskelle og ideologier handler om mere end blot ulighed i danske institutioner. Det handler også om de indre strukturer, der findes i subjektet selv – og dette gælder ikke blot etniske minoriteter, men alle lag i samfundet. Hvis man tager udgangspunkt i Olivers teori, hvori hun hævder, at subjektivitet altid vil være intersubjektivt og påvirket af de omkringliggende miljøer og sociale faktorer, så kan det være værd at undersøge muligheden for at influere sin egen subjektivitet og handlemuligheder. Det er disse tanker, som opstår, når paneldeltageren udtaler noget, der på sin vis er kontroversielt, men som føder stof til eftertanke om, hvorvidt subjektet kan forholde sig til de problematikker, det står over for.

I et samfund, hvor der er forskellige, sociale grupper med dertilhørende forskellige subjektiviteter, vil vi rejse spørgsmålet om, hvorvidt det er muligt at finde et fælles grundlag for subjektivitet i én institution? I forhold til den lige adgang til sundhed vil det ifølge Ahmed og Oliver ikke kunne lykkes at være lige, da de begge påpeger, hvordan forskellige kroppe skal behandles forskelligt. I og med at der er hegemonier, der konstruerer subjektpositioner, vil vi stille spørgsmålstegn ved, om det overhovedet er muligt for grupper af forskellige orienteringer at kunne forenes, eller vil de snarere leve parallelt? Kan der overhovedet opstå lige behandling, eller vil disse orienteringer altid afføde nye problematikker?

Ulighed i en institutionel kontekst

Tolkegebyret er med til at tydeliggøre, hvordan der skabes en systemisk institutionel ulighed, når det kommer til lige adgang til sundhed. Dette tydeliggøres både i eksisterende forskning, der, som tidligere nævnt, peger på, at patienter har behov for tryghed. Her er sproget en vigtig

faktor, da man ved manglen af sproglige kompetencer bliver nødt til at gå på kompromis med dette.

Som tidligere nævnt kan vi se, at problemet om lige adgang til sundhed ligger dybere end tolkebyret og sproglige barriere. Det handler i højere grad om institutioner, der er indrettet efter nogle bestemte systemer, og hvordan dette møde mellem system og mennesker går skævt. Igen gennem projektet har vi udfoldet, hvordan nogle institutioner kan være indrettet af og for hvide, samt hvilken effekt dette har på dem, der ikke passer ind i disse. Samtidig har vi søgt at forstå, hvordan dette kan skabe ulige adgang til sundhed. Dertil er det relevant at diskutere, hvad ulighed betyder i den kontekst, vi arbejder med. Gennem analysen af vores interview og feltobservationer har vi set, hvordan etniske minoriteter har navigeret i det danske sundhedsvæsen, der som system på mange måder ikke imødekommer de behov, der er. Så kan man i virkeligheden tale om, at ulighed er et udtryk for en mangel? Ulighed kan i virkeligheden ikke koges ned til, at alle skal have samme behandling, men derimod er der nogle grupper, der har behov for yderligere rettigheder end andre. Dette handler ikke kun om etniske minoriteter, men gør sig generelt gældende i et samfund, hvor der er forskellige sociale forhold.

Ifølge Ahmed orienterer og former institutioner sig gennem arv, repetition og vaner via de kroppe, der bruger dem. På den måde skabes der et rum, hvor bestemte kroppe har fuld bevægelighed, og hvor andres er begrænset. Der opstår her et problem, når andre kroppe har et behov for at bruge de rum, men bliver mødt af de begrænsninger. Hvor rummet egentlig burde tage en ny form og åbne op for nye orienteringer, fortsættes en reproduktion af de systemer, der er tilpasset de hvide kroppe. Der opstår derfor en ulige balance, da dem, der bruger rummene, ikke har de samme muligheder. Gennem projektets analyse er det også blevet tydeliggjort, at de involverede bliver fastholdt i en position, hvor der er manglende mulighed for handlinger. Eller rettere, bliver handlingerne defineret af systemet, da de etniske minoriteter er nødsaget til at handle på bestemte måder, da de ikke har fri mobilitet i sundhedsvæsenet. På denne måde fortsættes systemets retning og dem, der falder uden for, må forsøge at følge med, med de midler de har. Dette kan også relateres til vores diskussion af omtalen etniske minoriteter, der som tidligere nævnt nærmere defineret er en tilblivelsesproces, der afgrænser gruppering. Herunder kan vi også inddrage Olivers forståelse af subjektiveringsproces og subjektposition, da disse i dette tilfælde defineres af institutioner, der tilgodeser hvide.

Som nævnt tidligere i diskussionen findes der mange forslag og idéer til, hvordan det danske sundhedsvæsen kan ændre systemer, så de i højere grad imødekommer etniske minoriteter og

andre, der for den sags skyld ikke har fuld bevægelighed i det rum. Dette vil vi argumentere for, kun er en bekræftelse af, at en institution som det danske sundhedsvæsen er orienteret efter hvide kroppe, og at dette går videre ind i andre institutioner som f.eks. regeringen, hvilket vises gennem lovgivninger som tolkegebyret. Ud fra vores analyse vil vi derfor argumentere for, at ulige adgang til sundhed for etniske minoriteter ikke kun relateres til sundhedsvæsen, men til et system der gennemsyrrer institutioner og begrænser handlemuligheder.

Konklusion

Med afsæt i en undersøgelse af tolkegebyrets påvirkning af lige adgang til sundhed har en bred vifte af problematikker vist sig at være relateret til dette område. Gennem vores analyse og diskussion er det ikke overraskende blevet belyst, hvordan der gennem denne lovgivning opstår konflikter og uetiske situationer, der påvirker individers adgang til sundhedsvæsenet. Dette drejer sig ikke blot om de basale sproglige barrierer, men har implikationer, der rækker langt bredere end dette. Den umiddelbare sproglige problematik åbenbarede sig gennem projektets empiri som ikke værende det altoverskyggende, da det viste sig, at institutionerne lå til grundlag for modstridende orienteringer og subjektiveringsprocesser, der fastlåser patienten i en bestemt subjektposition med begrænsede handlemuligheder.

Samtidig kan vi på baggrund af projektets analyse konkludere, at tolkegebyret påvirker bredere, end blot de umiddelbart involverede parter – familiemedlemmer og pårørende inddrages, og de etiske dilemmaer, der er ved disse, kommer til at præge et sundhedssystem, der i sidste ende selv lider last. For fejldiagnosticering koster samfundet penge, samtidig med at tolkegebyret selv kræver økonomi, for både regioner og de patienter, der givetvis enten selv må betale, eller som ikke har midlerne til det. Dette sætter subjektet i en position, hvor det kan udmunde i, at der må gås på kompromis med egen sundhed, eller at der må anvendes pårørende som tolk. Eksempelvis kan der være følsomme og sårbare oplysninger, som patienten føler sig nødsaget til at dele til en person, de ikke ønsker, men som de er nødt til grundet at forsøge at overkomme en sproglig barriere. Samtidig er tid en vanskelig faktor, der er med til at svække processen, mens kultur ligeledes er essentiel at tage med i betragtningen, hvilket både projektets informant samt paneldeltagerne i feltarbejdet understreger. Desuden er det gennem projektets diskussion blevet belyst, hvordan grupper med forskellige orienteringer kan have svært ved at finde en

forenelighed, når hegemonier definerer subjektpositioner og dermed subjekters handlemuligheder. Dette rejser spørgsmål ved, hvorvidt et mål om lige adgang til sundhed overhovedet er opnåeligt?

Litteraturliste:

Ahmed, S. (2007). "A Phenomenology of Whiteness". I: *Feminist Theory* vol. 8(2): 149-168. SAGE Publications.

Batalden, P., Nielsen, D. S., Radl-Karimia, C., Sodemann, M. & von Plessen, C. (2021). "“When I feel safe, I dare to open up”": immigrant and refugee patients' experiences with coproducing healthcare". I: *Patient Education and Counseling*, vol. 105 (7). Elsevier.

Batalden, P., Nielsen, D. S., Radl-Karimia, C., Sodemann, M. & von Plessen, C. (2022). "“What it really takes” – A qualitative study of how professionals coproduce healthcare service with immigrant patients". I: *Journal of Migration and Health*, vol. 5. Elsevier.

Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Davidson, A. S., Krasnik, A., Michaëlis, C., Nørredam, M. (16.05.2021). "Forskere: Tolkegebyret skaber ulige adgang til behandling". Politiken.dk. Lokaliseret d. 31.10.2022. på: <https://politiken.dk/debat/debatindlaeg/art8204964/Tolkegebyret-skaber-ulige-adgang-til-behandling>.

Holm, P. K. (23.06.2018). "Bekendtgørelse om tolkebistand efter sundhedsloven". Retsinformation.dk. Lokaliseret d. 31.10.2022 på: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/855>.

Jackson, I., Stack, N., O'Donnell, C., Phipps, A. & Piacentini, T. (2019). "Moving beyond the 'language problem': developing an understanding of the intersections of health, language and immigration status in interpreter-mediated health encounters". I: *Language and Intercultural Communication*, vol. 19 (3), 256-271. Routledge: Taylor and Francis Group.

Krag, H. L. & Nielsen, B. F. (2020). *Kulturmøder i sygeplejen*. Samfundslitteratur.

Mansø, R. G. & Pedersen, D. M. (2019). "Der er brugt flere millioner på at opkræve tolkegebyr, end der er kommet i kassen". DR.dk. Lokaliseret d. 31.10. 2022 på:

<https://www.dr.dk/nyheder/politik/der-er-brugt-flere-millioner-paa-opkraeve-tolkegebyr-end-der-er-kommet-i-kassen>

Nielsen, K. (2012). Deltagerobservation i et historisk og videnskabsteoretisk perspektiv. I M. Pedersen, J. Klitmøller & K. Nielsen (red.), *Deltagerobservation: En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener* (s. 28-38). København: Hans Reitzels Forlag.

Oliver, K. (2003). "Subjectivity and Subject Position: The Double Meaning of Witnessing". I: *Studies in Practical Philosophy*, Vol. 3. No. 2, s. 132-143.

Oliver, K. (2004). "Witnessing and Testimony". I: *Witnessing Theory*. Routledge: Taylor and Francis Group. Witnessing Vol. 10. No. 1, s. 79-88.

Thomsen, M. T. (19.12.2019). *Nye tal: Patienter med tolkebehov bruger i stigende grad pårørende som tolke i sundhedsvæsenet*. Information.dk. <https://www.information.dk/indland/2019/12/nye-tal-patienter-tolkebehov-bruger-stigende-grad-paarørende-tolke-sundhedsvæsenet>. Lokaliseret 31.10.2022.