

Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézet
horvath.agnes1@semmelweis-univ.hu
<https://orcid.org/0000-0001-7717-0778>

Horváth Ágnes: Betegbiztonság és hatékony kommunikáció multikulturális és többnyelvű egészségügyi intézményekben. Nemzetközi jó gyakorlatok hazai adaptálásának lehetőségei
Patient safety and effective communication in multicultural and multilingual healthcare settings.
Possibilities of adapting international good practices in Hungary
Alkalmazott Nyelvtudomány, Különszám: Egészségügyi kommunikáció, 2023/1. szám, 5–34.
doi:<http://dx.doi.org/10.18460/ANY.K.2023.1.001>

Betegbiztonság és hatékony kommunikáció multikulturális és többnyelvű egészségügyi intézményekben. Nemzetközi jó gyakorlatok hazai adaptálásának lehetőségei

Patient safety and effective communication in multicultural and multilingual healthcare settings.
Possibilities of adapting international good practices in Hungary

Several studies have reported communication difficulties in cases where a patient has used health services in a foreign country. As there is a high risk of misunderstanding, misinterpretation and loss of information in such a multicultural and multilingual environment, foreign patients are at increased risk of some form of health damage. In order to avoid this, clear oral and written communication is necessary for the patient.

The aim of the study is to describe the wide range of adverse events resulting from cultural and linguistic barriers and to propose solutions to prevent and reduce their prevalence. In addition, it aims to explore how WHO member countries overcome language barriers so that linguistic minorities or patients who do not speak the local language receive safe and quality care just like the majority patient population. By presenting international experiences, the study highlights good strategies that can be usefully transferred to Hungarian practice to avoid similar difficulties.

The countries presented in the study were mapped in a previous research based on a predefined set of criteria and, in some cases, on personal interviews. The situation analysis in Hungary was supplemented by a questionnaire survey.

Keywords: patient safety communication, adverse events, language barriers, translations

1. Bevezetés

A WHO meghatározása szerint a **betegbiztonság** (*patient safety*) „az egészségügyi ellátás folyamata során a beteget ért megelőzhető károk elkerülése, valamint az egészségügyi ellátással kapcsolatos szükségtelen károk kockázatának elfogadható minimumra csökkentése”¹ (WHO, n.d.). Ehhez kapcsolódik a **nemkívánatos esemény** (*adverse event*) fogalma, amely nem más, mint „az egészségügyi ellátás következményeként, nem pedig a betegség eredményeként fellépő károsodás”

¹ A tanulmányban szereplő, idegen nyelvű munkákból átvett idézeteket saját fordításban közlöm.

(WHO, 2005: 8). Ez olyan nem várt esemény, amely ideiglenes vagy tartós egészségromlással vagy életminőség-romlással jár, de akár halálos kimenetele is lehet.

Közvetlenül a második világháború után, amikor a nemzeti egészségügyi rendszerek még csak kialakulóban voltak, „a betegbiztonság fogalma olyan hagyományos veszélyekre korlátozódott, mint például a tűzveszély, a berendezések meghibásodása, a betegek elesése és a fertőzések kockázata” (WHO, 2021: 6), miközben az egészségügyi dolgozók teljesítménye megkérdőjelezhetetlen volt. Hasonló esetnek számított még – és a mai napig előfordul – a rossz vérkészítmény transzfúziója, a diagnosztikai és gyógyszer-adagolási hiba, a hibásan rögzített betegadat, az elcserélt lelet, a kórházi szerzett fertőzés vagy az ellenoldali műtét. Egészen az 1990-es évekig az ilyen nem várt komplikációkra, melyek a páciens betegségétől függetlenül következtek be, úgy tekintettek, mint elkerülhetetlen hibákra, melyek természetes velejárói a modern egészségügyi ellátás hektikus színterén nagy nyomás alatt dolgozó egészségügyi szakemberek munkájának. Akkoriban ezek az ügyek csak belső vizsgálat tárgyát képezték (WHO, 2021).

Később azonban kutatások (Brennan et al., 1991; Leape et al., 1991; Kohn et al., 1999; IOM, 2008) rámutattak arra, hogy ezeknek az orvosi hibáknak a száma drámaian magas a vizsgált kórházakban. Az egyének hibáztatása helyett arra hívták fel a figyelmet, hogy ezek a hibák rendszerszintű problémákból fakadnak: az egészségügy rendszere és szervezése biztosít teret a nemkívánatos és elkerülhető egészségkárosító, esetenként halálos kimenetelű eseményeknek. Meglátásuk szerint a vizsgált kórházakban hiányzott többek között a megfelelő szabályozási rendszer, szervezeti kultúra, kommunikáció és technológia. Ha mindezek rendelkezésre álltak volna (illetve rendelkezésre állnának), véleményük szerint lehetőség nyílhatna a hibák pontos dokumentálására és kategorizálására, megoldások keresésére, a dolgozók edukálására, valamint (ezzel együtt) a szóban forgó hibák megelőzésére.

A kutatások hatására az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) 2002-ben elindított egy úgynevezett globális betegbiztonsági mozgalmat, és vezető szerepet vállalt a probléma felszámolásában (WHO, 2002). Közel húsz év elteltével azonban 2019-ben, a WHO 72. Egészségügyi Világközgyűlésén (World Health Assembly, WHA) az a sajnálatos megállapítás hangzott el, hogy a tagállamok számára kidolgozott számos standard, útmutató és norma ellenére a „betegbiztonság napjainkban nagy és növekvő közegészségügyi kihívást jelent” (WHO, 2019: 1). Ez olyan mértékű probléma, hogy a nemkívánatos események miatti betegkárosodás világszerte a tíz leggyakoribb halálozási és rokkantsági ok közé tartozik (National Academies of Sciences, 2018). A magas jövedelmű országokban a rendelkezésre álló adatok szerint minden tizedik, az alacsony jövedelmű országokban pedig minden negyedik ember lesz áldozata nemkívánatos eseménynek (NASEM, 2018). Az európai adatok 8–12%-os érintettséget mutatnak (European Commission, 2017). A biztonságos egészségügyi környezet hiánya

ugyanakkor nemcsak egészségkárosodást okoz, hanem jelentős anyagi többletterhet ró a gazdaságra – hiszen ezekben az esetekben sokszor kiegészítő vizsgálatokra és beavatkozásokra van szükség –, továbbá megingathatja az emberek egészségügybe vetett bizalmát is (Graham et al., 2011; Aaraaen et al., 2018; WHO, 2019).

Tanulmányom célja a fentiekkel összefüggésben az, hogy bemutassa, milyen hatással lehetnek a nyelvi akadályok a betegek biztonságára multikulturális és többnyelvű egészségügyi környezetben. A kérdéskört szakirodalmi áttekintésen és egy kérdőíves felmérésen keresztül járom körül, tanulmányomban azonban – mivel aktuális, de jelenleg kevésbé kutatott témáról van szó – hangsúlyosabb szerepet kap a szakirodalom releváns megállapításainak felvázolása. Ennek megfelelően először korábbi kutatások eredményeit összegezve bemutatom, hogy az idegen nyelven történő kommunikáció hogyan befolyásolhatja a betegbiztonságot (2.), majd ismertetem a szakirodalomban megfogalmazott megoldási javaslatokat arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet csökkenteni, illetve megelőzni a nyelvi akadályokból származó ún. nemkívánatos eseményeket (*adverse events*) (3.). A 4. részben nemzetközi tapasztalatokra építve egy kérdőíves vizsgálattal azt járom körül 110 egészségügyi dolgozó reflexiói alapján, hogy milyen tapasztalatokkal rendelkeznek a magyarul nem beszélő páciensekkel történő konzultációs helyzetekben, végezetül tanulmányomat összegzéssel zárom (5.).

2. Betegbiztonság és kommunikáció multikulturális és többnyelvű egészségügyi környezetben

A globalizáció és az elvándorlás miatt az egészségügynek számos új kihívással kell megküzdenie, melyek közül az egyik a kulturális és nyelvi akadályok leküzdése, áthidalása. Több kutatás is beszámolt arról (Bladd, 2008; Almalki et al., 2011), hogy milyen kommunikációs nehézségek merülhetnek fel azokban a kórházakban, ahol az egészségügyi dolgozók nagy része olyan expatrióta, aki nem ismeri behatóan a fogadó ország kultúráját, és nem beszéli annak nyelvét (vagy nyelveit). Ezek a kutatások tárgyalták azt is, hogy a szakemberek kulturális és nyelvi ismereteinek hiánya milyen hatással van az általuk ellátott helyi betegek gyógyulására, illetve elégedettségére. Arról is számos tanulmány jelent meg, hogy milyen hátrányokat szenvedhetnek azok a betegek, akik külföldi ország egészségügyi szolgáltatásait veszik igénybe, de nem beszélik a helyi nyelv(ek)et, vagy valamely kisebbségi nyelv beszélői közé tartoznak (Kagawa-Singer & Kassim-Lakha, 2003; Johnstone & Kanitsaki, 2006; Jaramillo et al., 2016; Pak, 2020). Az ő esetükben az egészségügyi kommunikációban nagyon fontos szerepet töltenek be a tolmácsok, akik szerencsés esetben hivatásos tolmácsok, nem pedig ún. *ad hoc* tolmácsok (pl. családtagok, barátok, helyben lévő egészségügyi dolgozók). A hivatásos tolmácsok nagymértékben hozzájárulhatnak az ellátás magasabb színvonalához, a betegek jobb

egészségügyi eredményeihez, sikeresebb gyógyulásához és magasabb szintű elégedettségéhez (Flores, 2005).

A helyi nyelvet nem beszélő betegek esetében a világos és hatékony kommunikáció (*clear communication*) hiánya könnyen kommunikációs zavarokhoz (félreértéshez, információvesztéshez, félrefordításhoz, a kommunikáció elmaradásához), valamint félelemhez és bizalomvesztéshez vezethet, amelyek egyébként egynyelvű közegben is gyakran előfordulnak. Ennek legfőbb következménye az egészségügyi szolgáltatás elérésének terén kialakuló egyenlőtlenség, hiszen a nyelvi akadályok eredményeként a betegek korlátozottan férnek hozzá egészségügyi szolgáltatásokhoz, a szolgáltatások minősége esetükben alacsonyabb minőségű lehet, a megelőzhető nemkívánatos események kockázata pedig nő (Horváth & Molnár, 2021).

Előfordulhat például, hogy a beteg nem keresi fel az orvosát, amikor szükség lenne rá, nem kér segítséget, mert kellemetlenül érzi magát amiatt, hogy nem beszéli a helyi nyelvet, és arra számít, hogy a kommunikáció közte és az orvos között nem tud sikeresen megvalósulni. Olyan is előfordulhat, hogy eljut orvoshoz, de kontrollvizsgálatokra már nem megy el, a kezelést nem folytatja, a gyógyszert nem szedi be, mert nem érti az instrukciókat és a tájékoztatást. A nyelvi akadályok miatt elhanyagolhatja a szűrővizsgálatokat vagy rehabilitációs kezeléseket, mert nincs, aki a nyelvi közvetítésben segíteni tudna neki. Gyakori, hogy nem is szerez tudomást bizonyos szolgáltatásokról, mert azok csak a helyi nyelven érhetők el. Ez magyarázhatja azt, hogy azon kisebbségi származású betegek esetében, akik nem ismerik a többségi, illetve helyi nyelvet, jóval gyakoribb a súlyos egészségkárosodás és a nemkívánatos események előfordulása, mint a helyi nyelvet beszélő betegek között (Flores & Vega, 1998; Kagawa-Singer & Kassim-Lakha, 2003; Johnstone & Kanitsaki, 2006; Bladd, 2008).

Cohen és munkatársai (2005) arról számolnak be, hogy gyakoribbak a nemkívánatos események azon gyermek betegek körében, akiknek a családja nyelvi akadályokkal küzd, mint a helyi (többségi, jelen esetben angol) nyelvet anyanyelvként beszélő családban nevelkedő gyermekek körében. A szülők korlátozott angolnyelv-tudása miatt ezeknek a gyerekeknek sokszor kiegészítő vizsgálatra és hosszabb kórházi kezelésre van szükségük.

Több kutatás (Bladd, 2008; Almalki et al., 2011) arra is rámutatott, hogy Szaúd-Arábiában, ahol a nővérek 70%-a külföldi, és jellemzően angolul beszélnek a többségükben arab, angolul nem kommunikáló betegekkel, a páciensek és családjaik is sokkal elégedettebbek voltak az ellátással, illetve sikeresebbnek érezték a gondozást, amikor az ápoló valamennyire beszélte a nyelvüket. A nyelvi akadály a szülésznő és szülő nő közti bizalmi kapcsolat kiépülését és az érzelmi támogatás nyújtását is hátráltathatja, ami szintén a szolgáltatás minőségének romlásához vezethet (Graham et al., 2011).

Összességében elmondható, hogy a helyi nyelvet nem beszélő betegeknél nagyobb a nemkívánatos események előfordulásának kockázata, a nyelvi akadályok miatt rosszabb minőségű ellátásban részesülhetnek, hosszú távon pedig rosszabbak lehetnek az egészségügyi mutatóik, és alacsonyabb lehet a várható élettartamuk (Flores & Vega, 1998; Kagawa-Singer & Kassim-Lakha, 2003; Cohen et al., 2005; Johnstone & Kanitsaki, 2006; Bladd, 2008; Almalki et al., 2011; Graham et al., 2011; Jaramillo et al., 2016; Health Policy Institute, 2019; Pak, 2020; Horváth & Molnár, 2021). A szakértők ezért hangsúlyozzák az egyértelmű és világos kommunikáció szükségességét az egészségügyben, amely – mivel előfeltételezi, hogy a beszédpartnereknek van közös nyelvük – a szóban forgó esetekben teljeskörűen csak akkor valósulhat meg, ha az egészségügyi intézmények rendelkeznek a többnyelvű esetek kezelésére vonatkozó szakmai és működési szabályozásokkal; a dolgozók felkészültek a helyi nyelvet nem beszélő betegekkal való kommunikációra (amelyhez esetenként kulturális ismeretek is szükségesek); valamint rendelkezésre állnak (a dolgozók és a betegek számára is) professzionális nyelvi szolgáltatások.

3. Megoldási javaslatok a nyelvi akadályokból származó nemkívánatos események gyakoriságának csökkentésére és megelőzésére

Annak érdekében, hogy elkerülhetők legyenek a nyelvi akadályokból származó egyenlőtlenségek, és a helyi nyelvet nem beszélő betegek ne legyenek egyébként elkerülhető nemkívánatos események áldozatai, szükség lenne egy nemzeti vagy legalább intézményi szintű szabályozási rendszerre, protokollra, illetve kommunikációs stratégiára, amely hozzájárulhat a nyelven alapuló megkülönböztetés minimalizálásához, illetve megszüntetéséhez, továbbá elősegíti, hogy kulturális és nyelvi háttértől függetlenül minden beteg számára biztosított legyen a minőségi ellátáshoz való hozzáférés.

A tanulmányban felvázolt általános megoldási javaslatokat három korábbi irodalmi áttekintés alapján foglaltam össze (Horváth et al., 2021; Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2022), amelyeket a következő országokban végeztek: Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália, Új-Zéland, Nagy-Britannia, Írország, Németország, Ausztria és Svájc. Fontos megjegyezni, hogy ezek a vizsgálatok alapvetően gazdasági szempontból fejlett országokra irányultak, amelyekre jellemző a többnyelvűség és a multikulturalizmus, ebből fakadóan az idézett kutatások megállapításai, illetve javaslatai nem általánosíthatók. Az említett országokra vonatkozó megoldási javaslatok alapvetően három nagy területre vonatkoznak, amelyek többször szorosan összefüggnek egymással: (i) a központi, rendszerszintű szabályozásokra; (ii) az egészségügyben dolgozók tájékoztatására, oktatására, képzésére; (iii) valamint egy úgynevezett „nyelvi segítségnyújtási terv” kidolgozására.

A 3.3. alpontban bemutatom, hogy az említett három irodalmi áttekintésben megvizsgált kilenc külföldi országban hogyan próbálnak meg biztonságos környezetet biztosítani a helyi nyelvet nem beszélő betegek számára.

3.1. Központi szabályozások

A szakirodalom alapján (Horváth et al., 2021; Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2022) elmondható, hogy a nyelvi segítségnyújtásnak több szintje lehet. A legjobb megoldásnak az tűnik, ha nemzeti szinten van előírva a professzionális nyelvi közvetítők (tolmácsok, fordítók) bevonása az egészségügyi ellátásba. Amennyiben ez nem lehetséges, akkor az intézmények is állást foglalhatnak abban, hogyan járnak el a helyi nyelvet nem beszélő betegek esetében. Ilyenkor fontos tisztázni, hogy pontosan milyen szituációkban javasolt tolmácsot hívni, és kit terhel a nyelvi szolgáltatás költsége. A tolmács személyét – vagyis azt, hogy ki és milyen végzettséggel láthat el tolmácsolási feladatokat – szintén fontos meghatározni.

Egyértelmű, hogy a képzett tolmács tudja a leginkább biztosítani a pontos információközvetítést: a tolmácsok etikai kódexének megfelelően jár el, valamint képes pontosan mediálni nyelvek és kultúrák között. Hivatásos nyelvi közvetítők bevonásával a betegek nagyobb sikerrel élhetnek a tájékoztatáshoz való jogukkal, tisztábban látják egészségi állapotukat, és képesek aktívan részt venni a saját egészségükkel kapcsolatos döntésekben. Szintén a tolmács az, aki segít a betegnek eleget tenni együttműködési kötelezettségének. Azaz a tolmáccsal ideális esetben anyanyelvén kommunikáló beteg pontos válaszokat tud adni az orvos kérdésére, aki így megfelelő tájékoztatást kap a beteg állapotáról, és csökken a nemkívánatos események kockázata (Horváth et al., 2021).

A képzett tolmácsokon kívül ún. *ad hoc* vagy laikus tolmácsok is segíthetik a kommunikációt. Laikus tolmácsnak tekinthetők a beteg családtagjai, hozzátartozói, barátai vagy az egészségügyi intézmény dolgozói, akik kényszermegoldásként lépnek fel a tolmács szerepében, de nem képzett nyelvi szakemberek. Rájuk sokszor azért esik a választás, mert helyben vannak, és nem jár költséggel a szolgáltatásuk, azonban mivel nem hivatásos nyelvi közvetítők, a nyelvi, illetve közvetítői kompetenciáik megkérdőjelezhetők. Ezért az ő bevonásuk a kommunikációs szituációba nem garantál ugyanolyan szintű információátadást, mint a hivatásos tolmácsok alkalmazása. Ezenkívül problematikus lehet az is, hogy a beteg kellemetlenül érezheti magát attól, hogy intim és magánjellegű információt kell a hozzátartozójával, barátjával megosztania (Hemberg & Sved, 2021). *Ad hoc* tolmácsok esetenként kisgyermek is lehetnek, azonban az ő esetükben nemcsak a nyelvi és/vagy közvetítői kompetenciák hiánya okozhat nehézséget, hanem az is, hogy elég érettek-e ahhoz, hogy az adott egészségügyi problémáról közvetíteni tudjanak (Horváth et al., 2021).

Annak érdekében, hogy az egészségügyi intézmények minél egyszerűbben és gyorsabban hozzá tudjanak férni a tolmácsszolgáltatáshoz, Nagy-Britanniában például megalapították a Fordító- és Tolmácsintézetet (*Institute of Translation and Interpreting, ITI*), ahova végzett tolmácsok és fordítók regisztrálhatnak. Ennek az intézetnek van egy egészségügyi ága is, az ITIMedNet (*ITI Medical & Pharmaceutical Network, 2021*), amely szintén rendelkezik egy online adatbázissal, és ezen keresztül könnyen rá lehet találni arra a nyelvi közvetítőre, aki az adott egészségügyi szituációban professzionális nyelvi segítséget tud nyújtani.

A tolmácsoláshoz hasonlóan azt is meg lehet határozni, hogy ki fordíthat egészségügyi dokumentumokat: hivatásos fordító, egészségtudományi szakfordításra specializálódott fordító és/vagy az adott idegen nyelvet magas szinten beszélő egészségügyi szakember. Írott szövegek esetén a fordítások elkészítése korlátozott mennyiségben teljesíthető, aminek sokszor anyagi és humán-erőforrásbeli oka van. Erre részben megoldást jelenthet egy lista összeállítása az ún. vitális dokumentumokról, vagyis azokról a kulcsfontosságú jogi vagy egyéb tájékoztató jellegű információkat tartalmazó dokumentumokról, amelyekre jogi kérdés esetén a beteg hagyatkozhat. Ezeket – például a betegtájékoztatókat, beleegyező nyilatkozatokat, zárójelentéseket vagy vizsgálati leleteket – különösen fontos lenne, hogy az intézmény idegen nyelven is biztosítani tudja a helyi nyelvet nem beszélő betegek számára. Az idegen nyelvet, amelyre a szövegeket fordítják, ugyancsak szükséges meghatározni (hiszen döntő kérdés, hogy valamely közvetítő nyelv és/vagy a beteg anyanyelve legyen-e a célnyelv) (HHS, 2020).

A központilag megfogalmazott útmutatók szintén nagyban segítik az orvos-beteg kommunikációt. Útmutatók készülhetnek például arról, hogyan ajánlott fordítani egyes dokumentumokat (Hablamos Juntos, 2012). Érdekes például a zárójelentések epikrízisre vonatkozó részének esete, hiszen változó, illetve vitatható, hogy pontosan kik a célközönsége ennek a szövegnek: a betegek vagy a következő beavatkozást végző orvosok (Fogarasi, 2018). Felmerül a kérdés, hogy a fordító hogyan járjon el a fordítás regiszterét illetően. Hasonló problémával áll szemben a fordító a beleegyező nyilatkozatok fordítása során is. A beleegyező nyilatkozatok nemcsak orvosi, hanem jogi dokumentumok is egyben. A magyar szövegekre sokszor jellemző az orvosi és jogi szakkifejezések gyakori alkalmazása, valamint a bonyolult, laikusok számára nehezen érthető mondatok nagy aránya. Kérdésként merül fel, hogy mit tegyen ekkor a fordító: készítsen egy szöveghű fordítást, vagyis hozzon létre egy nehezen érthető célnyelvi szöveget a betegek számára eleve nehezen érthető forrásnyelvi szövegből, vagy távolodjon el a forrásnyelvi szöveg stílusától, és készítsen egy betegközpontú fordítást, amelyet a laikus beteg is nagyobb valószínűséggel megért. Ez utóbbi megoldás jobban megfelel a beleegyező nyilatkozatok egyik fontos funkciójának, amely a betegek tájékoztatása, ugyanakkor

jogi dokumentumként más elvárásoknak is meg kell felelnie. Fordítási instrukciók és szabályozások hiányában azonban ezek a döntések gyakran magát a fordítót terhelik.

Egy fordítási útmutató mindenképpen nagy hasznára lehet a fordítóknak, akik így nagyobb mennyiségű, megközelítőleg azonos minőségű fordítást is el tudnak készíteni; emellett a már meglévő fordítások minőségének felülvizsgálatát is lehetővé teszi (House, 1977; Nord, 1997). Protokoll készülhet arról is, hogy az egészségügyi dolgozók hogyan tudnak együttműködni a tolmáccsal, melyek azok a helyzetek, amikor kifejezetten ajánlott tolmács segítségét kérni, illetve ha már ott van a tolmács, akkor például hova álljanak a tolmácsolás résztvevői, ki kihez beszéljen, kivel tartson szemkontaktust (Horváth et al., 2021).

Ezenkívül lényeges még az adatszolgáltatás a betegpopuláció összetételéről, a páciensek anyanyelvéről, arról, hogy mely nyelvet részesítik előnyben az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele során, valamint a nyelvi akadályok miatt bekövetkezett nemkívánatos eseményekről. Ezen adatok segítségével egyrészt körvonalazódhat, hogy jellemzően milyen nemkívánatos események következnek be nyelvi akadályok miatt, és ezek elkerülésének érdekében célzott intézkedéseket lehet hozni. Másrészt az adatok áttekintése segít a nyelvi segítségnyújtás megtervezésében és kivitelezésében is, hogy biztonságosabb környezetet és magasabb szintű egészségügyi szolgáltatást lehessen biztosítani a helyi nyelvet nem beszélő betegek számára (The Joint Commission, 2011; Regenstein et al., 2013).

3.2. Oktatás, tréning

Az egészségügyi szakemberek képzésének első számú célja a tudatosítás: az egészségügyi dolgozókat és a orvosokat érdemes tájékoztatni arról a jelenségről, hogy a betegek között egyenlőtlenség alakulhat ki a nyelvi akadályok miatt, valamint hogy a helyi nyelvet nem beszélő betegek esetében a kommunikációs nehézségek a nemkívánatos események kockázatának növekedéséhez vezethetnek. Az interkulturális kompetencia fejlesztése szintén kulcsfontosságú. A világos és hatékony kommunikációhoz elengedhetetlen egymás megértése, ami egyrészt a betegek szociális, kulturális és nyelvi igényeinek felmérését és figyelembevételét jelenti, másrészt egy multikulturális környezetben a minőségi és biztonságos betegellátás érdekében elengedhetetlen az eltérő kultúrájú betegek egészségről és egészségmegőrzésről alkotott hitrendszerének megismerése. Az intézmény is hozzájárulhat az interkulturális kompetencia fejlesztéséhez például kulturális mediátorok (*cultural broker*) bevonásával, a kommunikációt és a tájékozódást segítő piktogramok kihelyezésével vagy olyan névkitűzők gyártásával, amelyeken nemzeti színű zászlók jelzik, hogy az adott kollégától milyen nyelven lehet segítséget kérni. Szintén magasabb fokú interkulturális kompetenciát hozhat magával, ha az intézmények törekszenek kétnyelvű dolgozók alkalmazására, ha rendelkeznek nyelvi segítségnyújtási tervvel, valamint ha a kulcsfontosságú dokumentumaik közül

igyeksenek minél többet más nyelvekre lefordítani (Health Policy Institute, 2019; Horváth & Molnár, 2021).

Az interkulturális kompetencia mellett a nyelvi és kommunikációs készségek fejlesztésére is szükség van. Első lépésként azonban ajánlott felmérni a dolgozók nyelvtudásának szintjét. Ez azért fontos, hogy elkerülhetők legyenek az olyan esetek, amikor az egészségügyi szakember rosszul méri fel a saját nyelvi kompetenciáit, és nem hív tolmácsot, nem számolva azzal, hogy a nem megfelelő minőségű nyelvtudás milyen következményekkel járhat a beteg egészségére nézve (Cohen et al., 2005). A szintfelmérést követően sor kerülhet nyelvi képzésekre is. Érdeemes megemlíteni a kétnyelvű munkatársak helyzetét, hiszen a kétnyelvű egészségügyi szakemberek bevonása az egészségügyi ellátásba megoldás lehet a tolmácsiánnyra (Bowen, 2001). Azonban fontos megjegyezni, hogy ezek a két nyelven magas szinten beszélő emberek egyrészt nem biztos, hogy mindkét nyelven jól ismerik az adott terminológiát, valamint az is kétséges, hogy jobb minőségben közvetítenek-e, mint bármelyik *ad hoc* tolmács (pl. családtag vagy barát). Ezért az ő esetükben is ajánlott a nyelvi készségek fejlesztése, főként a szaknyelvi regiszter elsajátítása, esetleg felmerülhet egy tolmácsképzés elvégzése. A kétnyelvű munkatársak bevonása mellett szól az is, ha nemcsak beszéljük azt a nyelvet, amelyet a beteg használ, hanem ugyanabból a kultúrából is jönnek – hiszen ez még inkább megkönnyíti a betegek megértését (Bowen, 2001; HSE, 2009; QGH, 2015).

Az egészségügyi dolgozók nyelvtudásának fejlesztése, illetve néhányuk esetében a tolmácsképzés elvégzése azért is fontos, mert a szakirodalmi áttekintésekből kiderült, hogy a gyakorlatban nagyon sokszor ők látják el a mediátor feladatát, hiszen ők vannak helyben, értik az egészségügyi problémákat, rendelkeznek a megfelelő szókinccsel, és ingyenes a szolgáltatásuk (Horváth et al., 2021; Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2022). Tolmács és/vagy szakfordítói szakképzettség esetén viszont érdemes az új feladatot a munkaköri leírásban is rögzíteni, és elkerülni azt, hogy az egészségügyi szakember a betegellátás rovására nyújtson nyelvi szolgáltatást (Bowen, 2001). A kommunikációs készségek fejlesztése, az érzékenyítés ugyanakkor az anyanyelvi kommunikációban is kiemelten fontos terület, hiszen egynyelvű közegben is egyfajta (nyelven belüli) fordítási folyamat zajlik a szakember és a laikus között (Williams & Ogden, 2004).

3.3. Nyelvi segítségnyújtási terv és képzett nyelvi közvetítők

A nyelvi segítségnyújtási terv (*Language Access Plan, LAP*) az a dokumentum, amely tételesen rögzíti, hogy az adott nemzet, esetleg konkrét egészségügyi intézmény milyen módon, milyen szolgáltatások segítségével teszi lehetővé a helyi nyelvet nem beszélők számára is, hogy minőségi ellátásban részesüljenek.

Ennek a tervnek az alábbi kérdésekre kell választ adnia:

- Milyen tolmácsolási és fordítási szolgáltatások érhetők el az egyes intézmények, illetve az adott intézmény számára?
- Hogy lehet ezeket a szolgáltatásokat igénybe venni?
- Az egyes tolmácsolási módok (pl. telefonos tolmácsolás, Skype, egészségügyi szakember vagy hozzátartozó tolmácsolása) közül milyen helyzetekben melyeket preferálja az intézmény?
- Hogyan kell együtt dolgozni egy tolmáccsal?
- Mi a teendő, ha a beteg nem akar tolmácsot?
- Ki végezhet tolmácsolást?
- Milyen végzettséggel kell rendelkeznie a tolmácsoló személynek?
- A kétnyelvű egészségügyi dolgozóknak milyen tréninget kell elvégezniük?
- Ki fordíthat egészségügyi dokumentumokat?
- Milyen végzettséggel kell rendelkeznie a fordító személynek?
- Mely dokumentumokat kell vagy ajánlott lefordítani?
- Milyen nyelvre kell lefordítani ezeket a dokumentumokat (közvetítő nyelvre vagy a beteg anyanyelvére)?

Mivel a nyelvi segítségnyújtás lehetséges módjairól és a nyelvi közvetítők képzettségéről már a központi szabályozások, valamint az oktatás és a tréning kapcsán is esett szó, az alábbiakban a segítségnyújtási tervnek csak azon kérdéseit tárgyalom, amelyekkel korábban még nem foglalkoztam.

A tolmácsolási és fordítási szolgáltatásokat illetően az egészségügyi intézményeknek maguknak kell kialakítaniuk az irányelveket a saját igényeiket figyelembe véve. Ilyen értelemben egy-egy intézménynek lehetnek saját hivatásos tolmácsai és fordítói, akik alkalmazotti státuszban, teljes vagy részmunkaidőben végeznek nyelvi közvetítést. Ugyanilyen státuszban foglalkoztathatók egészségügyi vagy adminisztratív személyek is, akik nem képzett nyelvi közvetítők, de magas szinten beszélnek idegen nyelveket. Ilyen esetekben azonban fontos, hogy az alkalmazottak munkaköri leírásában szerepeljen a tolmácsolás és/vagy a fordítás. Ha ez nem kerül be a munkaköri leírásba „az alkalmazott úgy érezheti, hogy igazságtalanul nehezedik rá többletterher a munkája során” (Horváth et al., 2021: 48). Ha nincs saját alkalmazottja, akkor az intézmény igénybe veheti külsős, megbízással dolgozó szakemberek szolgáltatásait is: fordulhat fordítóirodákhoz, fordítókhoz vagy tolmácsok esetében távtolmácsokhoz, esetleg közösségi tolmácsokhoz. A tolmácsszolgáltatás esetében nagyon fontos olyat választani, amely 24 órán át elérhető, a betegpopuláció számára szükséges összes nyelven gyorsan rendelkezésre áll, valamint nyelvtől és a szolgáltatás típusától függetlenül egységesen magas

színvonalú (Bowen, 2001; Horváth et al., 2021). A nyelvi segítségnyújtási tervben az intézmény rögzítheti, hogy támogatja-e az *ad hoc* tolmácsok, illetve azon belül akár a kiskorúak bevonását az orvos-beteg kommunikációba, és ha igen, akkor pontosan milyen helyzetekben lehet őket alkalmazni.

A nyelvi segítségnyújtási terv kitér arra is, hogy az egészségügyi intézmény milyen idegen nyelv(ek)re kell, hogy lefordítsa az ellátás során használt kulcsfontosságú dokumentumait. Ideális esetben az intézmény rendelkezik egy adatbázissal a náluk kezelt betegekről, azok nemzetiségéről és arról, hogy az egészségügyi kérdések megbeszélése során mely nyelvet preferálják. Ezek alapján körvonalazódik, melyek a leggyakoribb nyelvek, amelyekre a dokumentumokat le lehet fordítani (Regenstein et al., 2013). Azáltal, hogy az intézmény biztosítja a beteg számára, hogy az anyanyelvén vagy egy általa jól ismert más nyelven beszéljen, hozzájárul ahhoz is, hogy a beteg jobban meg tudjon nyílni, könnyebben tudjon kommunikálni, pontosabban le tudja írni a tüneteit, valamint hogy bizalmasabb légkör alakulhasson ki közte és az orvosa között (García-Izquierdo & Montalt, 2022). Abban az esetben, ha az intézménynek nincsen anyagi és humánerőforrása arra, hogy a betegpopuláció összetétele alapján fordítsa le akár több nyelvre is a dokumentumait, akkor egy *lingua franca* kiválasztása is megoldás lehet.

3.4. Általános nemzetközi tapasztalatok

Korábbi tanulmányokban (Horváth et al., 2021; Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2022) kutatótársaimmal azt vizsgáltuk, hogy a különböző országok milyen szabályrendszereket, stratégiákat, útmutatókat dolgoztak ki az egészségügyben felmerülő nyelvi akadályok leküzdésére annak érdekében, hogy a hivatalos, illetve helyi nyelvet nem beszélő páciensek ne szenvedjenek hátrányt a nyelvi akadályok miatt. A vizsgált országok között szerepelt az Amerikai Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália, Új-Zéland, Nagy-Britannia, Írország, Németország, Ausztria és Svájc. Az országok kiválasztásában korlátozó tényező volt a kutatók nyelvtudása, amely az angolra, a németre és a franciára terjedt ki. Az irodalmi áttekintést szabadon hozzáférhető dokumentumokon végeztük, az egyes országok helyzetét pedig egy előre meghatározott szempontrendszer alapján térképeztük fel (lásd az 1. sz. függelékben). Ennek segítségével áttekintettük az adott ország nyelvi kisebbségi összetételét és a nyelvi kisebbségi csoportoknak a nyelvhasználattal kapcsolatos (törvény szerinti) jogait, majd utánajártunk annak, hogy az egyes országok milyen szabályozásokkal, rendeletekkel vonják be a tolmácsokat és fordítókat az egészségügyi ellátásba, illetve megnéztük, hogy milyen végzettséggel lehet ezeket a szolgáltatásokat teljesíteni, valamint hogy le van-e jegyezve, hogy mely egészségügyi dokumentumokat és mely nyelv(ek)re kötelező vagy ajánlott lefordítani a helyi nyelvet nem beszélő betegek pontosabb tájékoztatása érdekében.

A kutatások eredményeként azt találtuk, hogy a vizsgált országok egészségügyi rendszerük jellegétől függetlenül foglalkoznak a hivatalos vagy a helyi nyelvet nem beszélő betegek nyelvi segítségnyújtásával az egészségügyben. A nemzetek azonban történelmi hátterük, társadalmi és nyelvi összetételük, politikai berendezkedésük, valamint oktatási filozófiájuk alapján más-más formában és mértékben törekednek arra, hogy a helyi nyelvet nem beszélő betegek számára is biztonságos egészségügyi környezetet teremtsenek.

Közös pontként jelent meg a diszkriminációellenes törvény, amely kimondja, hogy senkit nem érhet hátrányos megkülönböztetés többek között nemzetisége vagy anyanyelve miatt. Ingyen tolmácsszolgáltatást szinte kivétel nélkül csak a bíróságokon biztosítanak az Emberi Jogok Európai Egyezményének értelmében: „Minden bűncselekménnyel gyanúsított személynek joga van – legalább – arra, hogy a legrövidebb időn belül tájékoztassák olyan nyelven, amelyet megért, és a legrészletesebb módon az ellene felhozott vád természetéről és indokairól,” valamint hogy „ingyenes tolmács álljon rendelkezésére, ha nem érti, vagy nem beszél a tárgyaláson használt nyelvet” (Az Európai Emberi Jogi Bíróság, 2021: 10). Érdekes megemlíteni, hogy például az Ír Emberi Jogi és Esélyegyenlőségi Bizottság (*The Irish Human Rights & Equality Commission*) azt a célt tűzte ki, hogy a fent említett nyelvi jogokat, illetve az ingyenes tolmácsszolgáltatást egészségügyi kontextusban, az élethez, egészséghez és biztonsághoz elengedhetetlenül szükséges szolgáltatások tekintetében is biztosítsák (Northern Ireland Human Rights Commission, 2010). Az általunk vizsgált országok közül ugyanakkor csak Ausztrália és Új-Zéland biztosít ingyen tolmácsszolgáltatást az egészségügyben. Ezekben az országokban kivételesen magas szintű tolmácsképzés működik, és ezzel összefüggésben a humán erőforrás nagyobb mértékben biztosított, mint a többi vizsgálati helyen (Horváth et al., 2021).

Az is közös volt mindegyik vizsgált országban, hogy a rendelkezéseket, előírásokat, útmutatókat jellemzően nem nemzeti szinten, hanem inkább alacsonyabb szervezeti és intézményi szinteken adták ki. Ez abból adódhatott, hogy az egyes államok, tartományok, területek, kantonok, egészségügyi intézmények különböző mértékben voltak érintettek helyi nyelvet nem beszélő betegek ellátásában. Szervezetek aktivitására pozitív példa az Amerikai Egyesült Államokban működő *Hablamos Juntos (Together We Speak)*, amely spanyol ajkúak által sűrűn lakott régiókban található egészségügyi intézményeknek nyújt nyelvi segítséget (Wu et al., 2007). Hasonló szervezet az írországi *Cairde*, amely az etnikai kisebbségi közösségek körében felmerülő egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentését igyekszik segíteni, beleértve ebbe a nyelvi akadályokból származó egyenlőtlenségeket is (Cairde, n.d.). Tolmácsszolgáltatással foglalkozó privát szervezetek működnek Új-Zélandon is, amelyeknek feladata a területi egészségügyi szolgáltatók munkájának segítése (Horváth et al., 2021).

Bár nem a fordítást vagy tolmácsolást, hanem az elsődleges szövegalkotást érinti, vannak olyan törvények, illetve előírások is, amelyek nemzeti szinten vannak érvényben, és amelyek hasznosak lehetnek a helyi nyelvet alacsony szinten beszélő betegek számára is. Az Egyesült Államokban 2011 októberében lépett hatályba a 2010-es *Plain Writing Act* törvény, amelynek értelmében minden szövetségi intézménynek „egyértelmű, tömör, jól szervezett” módon megírt kiadványokat, formanyomtatványokat és nyilvánosan terjesztett dokumentumokat kell kiadnia (PLAIN, 2011). Bár nem kapcsolódik a törvénykezéshez, illetve a nyelvhasználat törvényi szabályozásához, részben itt, a nem hivatalos előírásokkal összefüggésben említhető az „egyszerű angol”-ra való törekvés is, amely Nagy-Britanniában egyfajta mozgalomként van jelen. A Közérthetően Angolul Mozgalom (*Plain English Campaign*) nevű szervezet 1979 óta kampányol az angol nyelv világos és közérthető használata mellett. A szervezet számos útmutatója között megtalálhatók az orvosi szövegek írására készített segédletek is (Plain English Campaign, n.d.; NHS England, 2016). Bár törvény nem írja elő, a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (*National Health Service, NHS*) mégis törekszik arra, hogy betartsa a mozgalom javaslatait, és mindenki számára közérthető módon kommunikáljon, hiszen ezáltal több emberhez eljuthat az üzenete (ANHS England, 2016).

Közös volt még a vizsgált országokban, hogy bár a szakirodalom szerint az egészségügyben képzett tolmácsokra van szükség, több tanulmány is arról számolt be, hogy az általuk vizsgált országban elfogadott gyakorlat, hogy laikus tolmácsok, azaz helyben dolgozó egészségügyi szakemberek vagy adminisztratív dolgozók, esetleg a beteg hozzátartozói közvetítenek az orvos és betege között (HSE, 2009; Ärztekammer Berlin, 2013; Marks-Sultan et al., 2016; University Hospital of Liecester, 2018; NHS England / Primary Care Commissioning, 2018; Cehajic, 2019; Tarr & Merten, 2019). Ezenkívül gyakran felhívták a figyelmet arra, hogy a nyelvi akadályok felszámolására a távtolmácsolás volt a megoldás.

Mindent egybevetve elmondható, hogy a nyelvi akadályokból származó nemkívánatos események megelőzésének lehetőségeivel számos szakirodalmi munka foglalkozik, és ezek a kutatások nagy segítségére lehetnek egy nemzetnek vagy egy egészségügyi intézménynek abban, hogy a saját igényeire szabva kidolgozzon egy olyan szabályozási rendszert vagy konkrétan egy nyelvi segítségnyújtási tervet, amellyel segíti az orvos-beteg kommunikációt, és csökkentheti az egyenlőtlenséget a betegek között.

Ezek után felmerül a kérdés, hogy vajon a magyarországi egészségügyi intézmények hogyan járnak el, amikor a beteg nem beszél magyarul. Ezt a kérdést vizsgálja a következő, 4. alponban bemutatott kutatás.

4. Betegbiztonsági intézkedések Magyarországon

Magyar viszonylatban számos publikáció született a betegbiztonság és kommunikáció témakörében (Vajda, 2011; Kollár, 2016; Mina, 2016; Pilling és Erdélyi, 2016; Sándor és Pilling, 2016; Pilling, 2018; Lám et al., 2019; Belicza et al., 2022;), ezek azonban a magyar anyanyelvű orvosok és betegek közötti kommunikációt vizsgálták, valamint azt, hogy az orvosok közötti kommunikáció hogyan befolyásolja a betegbiztonságot. A hatékony, betegközpontú, egymás megértésére törekvő kommunikáció fejlesztésére oktatóanyagok is készülnek az egészségügyi szakemberek számára (vö. pl. Csabai et al., 2021). A magyarul nem beszélő betegekkel folytatott kommunikációval kapcsolatosan 2012-ben született egy kézikönyv *Harmadik országbeli állampolgárok hozzáférése az egészségügyi ellátórendszerhez* címmel (Gellér, 2012), amely arról is beszámolt, hogy az akkori magyar egészségügyből hiányoztak a szakképzett tolmácsok és a lefordított dokumentumok a betegekkel való sikeres kommunikációhoz.

Jelen kutatás azt hivatott feltárni, hogy 1) Magyarországon mi a jogi háttere a nyelvi közvetítők bevonásának az egészségügyi ellátásba, valamint hogy 2) a gyakorlatban az egészségügyi szakemberek hogyan hidalják át a nyelvi akadályokat, és közel tíz évvel Gellér és munkatársai (2012) kutatása után kimutatható-e jelentős változás a magyarul nem beszélő betegek számára rendelkezésre álló nyelvi segítségnyújtásban.

4.1. Tolmácsok és szakfordítók a magyar egészségügyben

Ma Magyarországon nincsen olyan előírás, amely kötelezővé tenné a hivatásos tolmácsok alkalmazását vagy fordítások készítését egy magyarul nem beszélő beteg ellátása során. A tolmácsolás és fordítás témakörével a 24/1986. (VI. 26.) MT rendelet foglalkozik, amely nem tér ki a nyelvi mediálás egészségügyi vonatkozásaira, azonban kimondja, hogy a tolmácsoláshoz és fordításhoz való jog a büntetőeljárás során biztosított. Az 1997. évi CLIV. egészségügyi törvény (továbbiakban: Eütv.) (*Magyar Közlöny*, 1997) magyar nyelven kommunikáló orvosválasztáshoz biztosít jogosultságot a beteg számára, valamint kimondja, hogy „az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során érvényesülnie kell az esélyegyenlőségnek”, azonban a tolmácsok bevonására csak nagyon érintőlegesen utal a tájékoztatáshoz való jog kapcsán. Az Eütv. 13. § (1) bekezdése deklarálja, hogy „a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra”. A (8) bekezdésben azzal folytatja, hogy „a betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.” Végezetül a (7) bekezdésben leírja, hogy „a tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a fenntartó biztosítja.”

A kötelező fordításokkal kapcsolatban a 30/2005. (VIII. 2.) EüM rendelet kimondja, hogy az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek címkéjén és betegtájékoztatójában milyen információkat kötelező magyar nyelven feltüntetni. A fordítók rendelkezésére állhatnak útmutatók is, melyeket az egyes intézmények és cégek biztosítanak. Ezeken kívül hivatalos és mindenki által hozzáférhető fordítási útmutatót az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) honlapján lehet találni. A tolmács és fordító személyéről a 24/1986. (VI. 26.) MT rendelet (*Magyar Közlöny*, 2014) nyilatkozik: „szakfordítást vagy tolmácsolást munkaviszonyban, valamint munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban díjazás ellenében az végezhet, aki szakfordító vagy tolmács képesítéssel rendelkezik.”

Magyarországon ma bármilyen általános tolmácsképesítéssel lehet az egészségügyben tolmácsolni. Hazánkban mind a négy orvostudományi egyetemnek van akkreditált egészségtudományi szakfordító képzése angol–magyar nyelvpárban, három közülük tolmácsképzéssel is rendelkezik. 2022 februárjában a Semmelweis Egyetem német–magyar nyelvpárban is elindította szakfordító- és tolmácsképzését. A képzőintézetek számát és az ország népességét összevetve ez nemzetközileg is nagyon jó arány.

A törvényi háttér áttekintése után felmerül a kérdés, vajon hogyan működik mindez a gyakorlatban, azaz hogyan zajlik a magyarul nem beszélő betegek ellátása a magyarországi kórházakban, illetve kik tolmácsolnak és fordítanak az egészségügyi ellátás során. Gellér és munkatársai (2012) arról számolnak be, hogy az egészségügyi rendszerben jellemző a tolmácsihiány és az, hogy az egészségügyi dokumentáció folyamata magyar nyelven folyik. Ezt többek között azzal magyarázzák, hogy a magánegészségügyi szolgáltatókkal szemben az állami intézményeknek nincsen anyagi keretük a fent megnevezett nyelvi szolgáltatásokra. Éppen ezért a mediálást jellemzően *ad hoc* tolmácsok, azaz a helyben lévő orvosok vagy a beteg hozzátartozói, ismerősei végzik, ami veszélyeztetheti a betegellátást. Kutatásomban ezzel összefüggésben arra kerestem a választ, hogy az említett kutatás (Gellér, 2012) után közel tíz évvel hogyan zajlik a külföldi betegekkel való kommunikáció a magyarországi kórházakban.

4.2. Kommunikáció külföldi betegekkel – kérdőíves felmérés

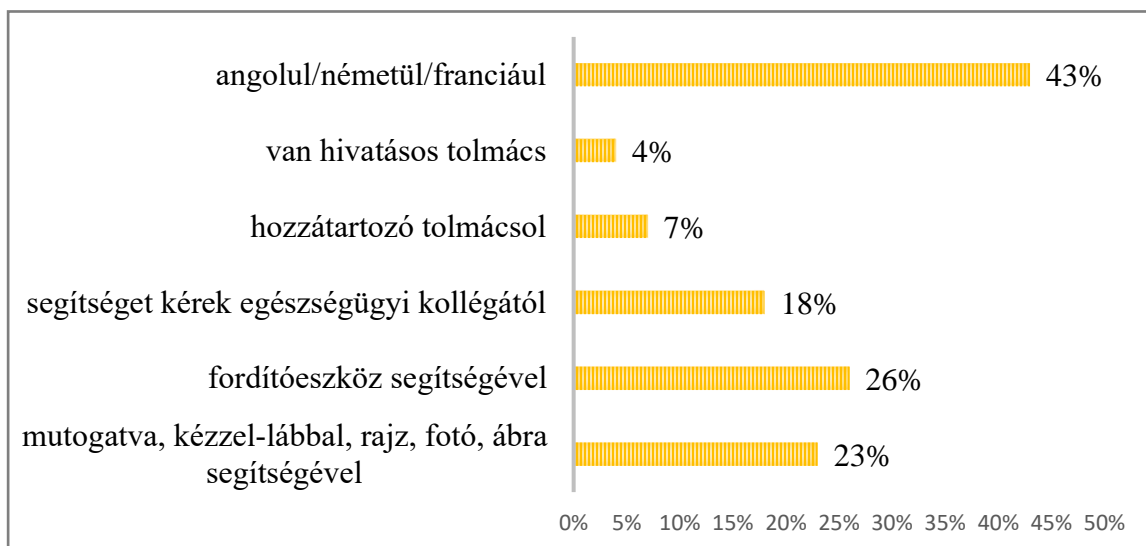
Kutatásomban kérdőíves módszerrel (lásd a 2. sz. függelékben) jártam körül az orvosi vizsgálatok, illetve műtétek előtti betegtájékoztatási gyakorlat sajátosságait a magyarországi egészségügyi intézményekben külföldi páciensek ellátása során. A kutatás terjesztése egyesületeken és közösségi fórumokon keresztül valósult meg. A Google Drive-on készített online kérdőívet 2021 szeptembere és októbere között terjesztettem. A kérdőív kitöltése anonim és önkéntes volt. Az adatközlők minden esetben megadták, hogy milyen kórházakban (állami, magán-) és milyen osztályon dolgoznak. Nemük vagy életkoruk nem volt releváns a vizsgálat szempontjából. A

kérdőív hiányossága, hogy az adatközlők munkaköréről nincsen információ. A kérdőív tíz kérdésből állt, amelyek közül négyre térek ki ebben a tanulmányban. A kérdések egy részében az adatközlők több lehetőséget is választhattak (*multiple choice*), de emellett nyitott kérdéseket is feltettem. A kérdőívet összesen 110-en töltötték ki, ebből 96-an állami egészségügyi intézményben, 14-en pedig a magánellátásban dolgoztak. A kitöltések 42 különböző osztályról érkeztek. Az intézmény, illetve a város megadását szándékosan nem kértem az adatközlőktől, mivel el szerettem volna kerülni, hogy beazonosíthatók legyenek, illetve azt, hogy az intézmény megjelölése miatt ne merjenek nyilatkozni arról, hogy nem állnak rendelkezésre idegen nyelvre fordított dokumentumok, vagy hogy nem beszélnek idegen nyelveket.

4.3. Kutatási eredmények és diszkusszió

A beérkezett válaszok alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek által képviselt magyar egészségügyi intézményekben az esetek nagy többségében *ad hoc* tolmácsok közvetítenek orvos és beteg között, valamint tájékoztató és egyéb dokumentumok idegen nyelvű fordítása is alacsony számban érhető el. Ez a gyakorlat összhangban van a nemzetközi trendekkel (Horváth & Molnár, 2021; Horváth et al., 2021; Horváth et al., 2022), illetve Geller és munkatársai 2012-es felméréseinek eredményeivel is. Arra a kérdésemre, hogy „Amennyiben Önnek kell kommunikálnia a külföldi beteggel egy-egy vizsgálat vagy műtét előtt, hogyan teszi ezt? Például angolul, »kézzel-lábbal«, technikai eszközt használ, segítséget kér kollégától?“, a kitöltőknek lehetőségük volt hosszabb választ adni.

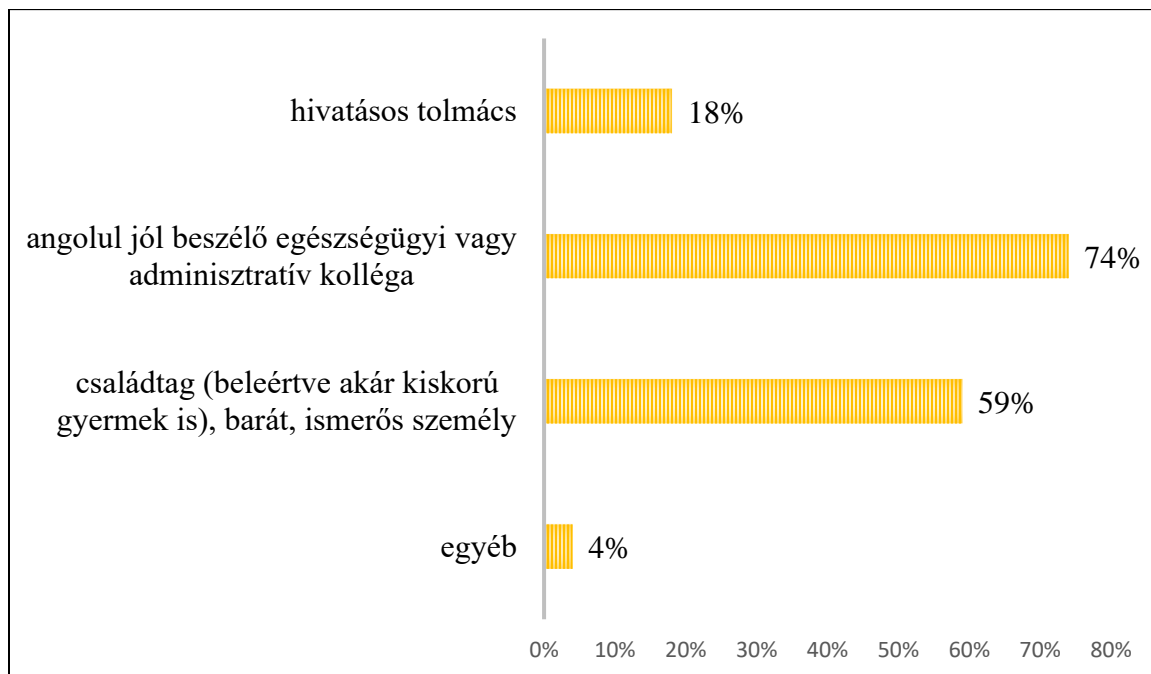
1. ábra. Az egészségügyi szakember és a beteg közötti kommunikáció preferált módjai



Az 1. ábrán az adatok azt mutatják, hogy a 108 válaszadó 43%-a próbál meg maga kommunikálni a külföldi beteggel valamilyen idegen nyelven. A kitöltők 4%-a mondta, hogy volt betege, aki hivatásos tolmáccsal érkezett, míg 7%-uk számolt be arról, hogy kommunikált már beteggel annak hozzátartozóján keresztül. A válaszadók 18%-ánál egyéb megoldás volt a nyelvi akadályok áthidalására egy olyan kolléga bevonása a kommunikációs szituációba, aki beszélte a beteg anyanyelvét vagy egy általa is ismert idegen nyelvet. A kitöltők 28%-a számolt be arról, hogy fordítóeszközt (pl. a Google Fordítót vagy online szótárakat) használt a beteg tájékoztatásához, és 23% említette, hogy egy-egy beteggel csak kézzel-lábbal mutogatva, valamint rajzok, fotók és ábrák segítségével tudtak kommunikálni.

Arra a kérdésemre, hogy „Amennyiben tolmácsra van szükség a szóbeli kommunikáció során, jellemzően ki tölti be a nyelvi közvetítő szerepét?“, a 2. ábra mutatja a 110 kitöltő válaszainak megoszlását (a kitöltők több választ is megjelölhettek):

2. ábra. Az egészségügyi tolmácsolást ellátó személy



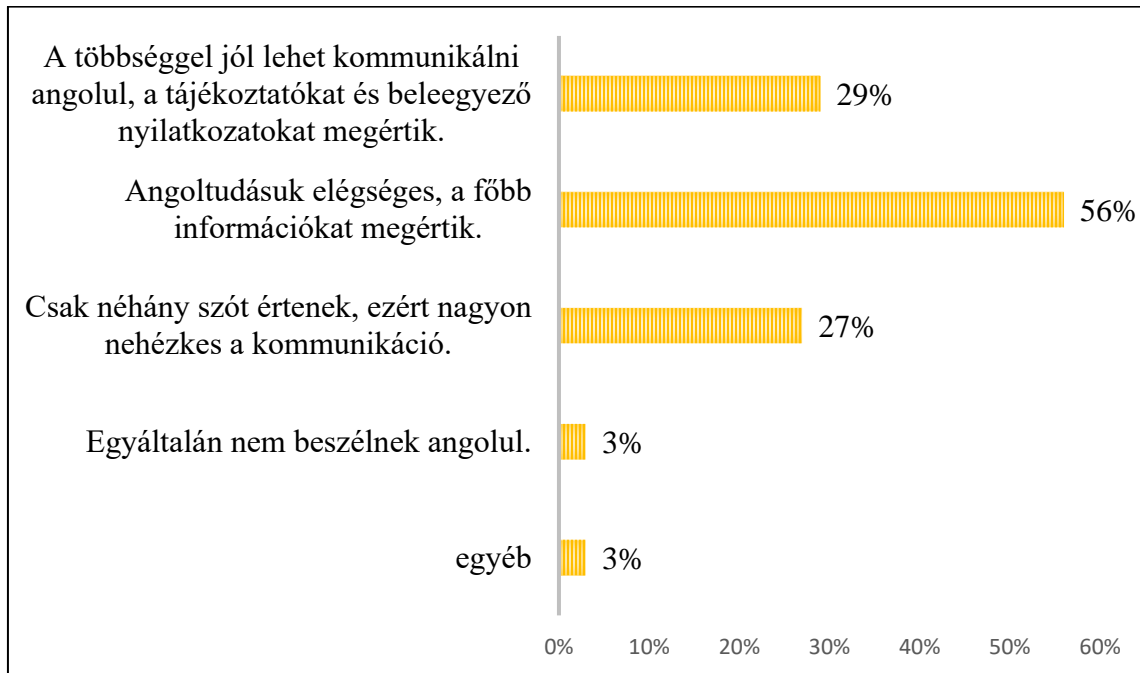
Ebben az esetben a megkérdezettek három lehetőség közül választhattak, valamint megfogalmazhattak saját választ is az *egyéb* opció megjelölésekor. A kitöltők 18%-a állította, hogy az intézményében a kérdéses esetekben jellemzően tolmács közvetít – ez az arány meglehetősen alacsonynak tűnik figyelembe véve, hogy az országban három egyetemen is van egészségügyi tolmácsolás, de emellett számos egyéb tolmácsoló program is működik, amelyek diplomájával szintén dolgozhatnak tolmácsok az egészségügyben. A megkérdezettek nagy többsége, azaz

74%-a arról számolt be, hogy nyelvi akadály esetén házon belül, angolul jól beszélő egészségügyi vagy adminisztratív kolléga közbenjárásával zajlik a kommunikáció. Ebben az esetben azonban nem lehet kizárni, hogy a válaszadók egy része idesorolta azokat az egészségügyi szakembereket is, akik automatikusan idegen nyelven kommunikálnak a beteggel, nem pedig harmadik félként, közvetítőként vannak jelen. Ugyanakkor, ha a válaszadók 74%-a valóban olyan intézményben dolgozik, amelyben ez a tipikus eljárás, akkor felvetődik a kérdés, hogy az érintett szakemberek – akiknek az elsődleges kötelezettségük a szakszerű betegellátás biztosítása – milyen megfeszített munkát végezhetnek, ha a betegellátás mellett még tolmácsolniuk is kell. Az ilyen munkakörnyezetről tudjuk, hogy a legkevésbé kedvez a nemkívánatos események megelőzésének (Hall et al., 2016).

Tolmácsolás szempontjából az egészségügyi dolgozók mellett a családtagok és hozzátartozók is laikusnak tekinthetők. Az ő bevonásukról egy-egy nyelvi közvetítésbe a válaszadók 59%-a számolt be. A kitöltők többsége a megadott válaszlehetőségek valamelyikét jelölte meg (vagy esetleg több válaszlehetőséget is megadott), néhányan azonban saját választ is megfogalmaztak. Egy kitöltő arról számolt be, hogy intézményükben egyedi esetekben a nagykövetség segít a közvetítésben, más pedig azt nyilatkozta, hogy esetenként betegtárs segít a fordításban. Két adatközlő említette a Google Fordító használatát.

Annak érdekében, hogy pontosabb képet kapjunk arról, hogy a Magyarországon dolgozó egészségügyi szakemberek megítélése szerint az általuk ellátott betegek milyen szinten beszélnek angolul, a kérdőív kitöltői erről is nyilatkoztak. A 3. ábra a következő kérdésre adott válaszokat prezentálja: „Tapasztalata szerint az Ön osztályán ellátott külföldi betegek többségében milyen szintű angol nyelvtudással rendelkeznek?” A szakemberek négy lehetőség közül választhattak akár többet is, illetve lehetőségük volt egyéb választ is megadni.

3. ábra. Magyarországi egészségügyi intézményekben kezelt külföldi betegek angolnyelv-tudása

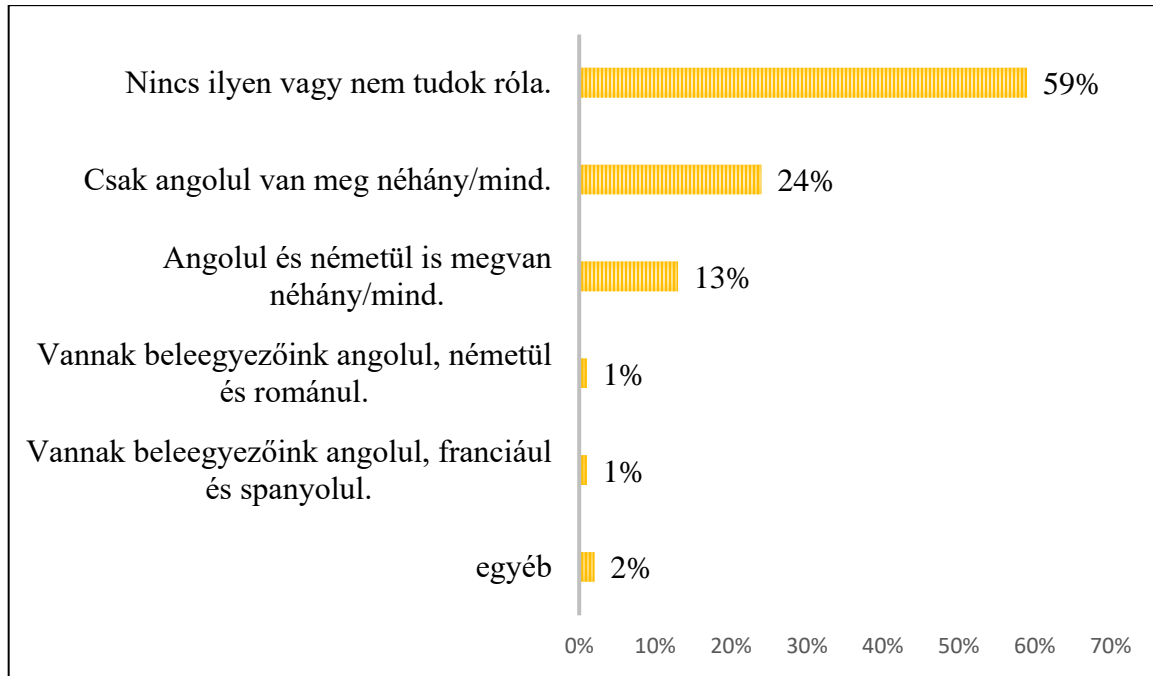


A 3. ábra azt mutatja, hogy a 109 válaszadó kicsivel több, mint fele (56%) jellemzően olyan külföldi betegekkel találkozik, akiknek az angoltudása elégséges, a főbb információkat megértik. A szakemberek közel egyharmada (29%) számolt be arról, hogy külföldi betegek többségével jól lehet kommunikálni angolul, a tájékoztatókat és beleegyező nyilatkozatokat megértik. Megközelítőleg ugyanennyien (27%) nyilatkoztak úgy, hogy betegek vagy azok egy része jellemzően csak néhány szót ért angolul, ami nagyon megnehezíti a kommunikációt. A megkérdezettek 3%-a mondta, hogy a betegek vagy azok egy része egyáltalán nem beszél angolul. Fontos hangsúlyozni, hogy a kérdőívet kitöltők több opciót is választhattak. Az *egyéb* opciót választva (3%) a válaszadók arról számoltak be, hogy a betegek nyelvtudása változó, illetve előfordul olyan külföldi beteg is, aki valamennyit magyarul is ért. Ezzel az eredménnyel kapcsolatosan ki kell emelni, hogy az adatok a válaszadók szubjektív véleményét tükrözik, és azt is fontos szem előtt tartani, hogy nem ismert, hogy ezek az egészségügyi szakemberek hogyan bizonyosodtak meg arról, hogy a betegek megértették az elhangzottakat.

Végezetül azt kérdeztem a kitöltőktől, hogy az osztályukon milyen tájékoztató beleegyező nyilatkozatokból van idegen nyelvű fordítás, melyet a külföldi betegeknek oda tudnak adni, és ezek milyen nyelven érhetőek el. A választásom azért esett erre a műfajra, mert a tájékoztató beleegyező nyilatkozat központi jelentőségű vitális dokumentum, vagyis kulcsfontosságú szerepe van a kezelés minőségében és a beteg gyógyulásában, valamint betegjogi szempontból kifogásolható, ha ezt a

dokumentumot magyarul kapja meg a külföldi beteg (lásd Eütv. 13. § (1) és (8) bek.), aki sok esetben egyáltalán nem érti a nyelvet.

4. ábra. A belegeyező nyilatkozat fordítása és a fordítás nyelve



A kitöltők erre a nyitott kérdésre hosszabban válaszolhattak. A 80 adatközlő 59%-a adta azt a választ, hogy nincsenek az osztályán fordítások, vagy nem tud róluk. Ezzel szemben a kitöltők 39%-a nyilatkozta, hogy valamilyen nyelven vagy nyelveken vannak fordításaik. A fennmaradó 2%-ban mentősök írták meg, hogy nálunk nincsen idegen nyelvű tájékoztató, a belegeyezés szóban zajlik. A nyelvek tekintetében egyértelmű többségben vannak az angol fordítások, azonban valószínűleg földrajzi okokból egyes helyeken az angol mellett a dokumentumok német nyelvű fordítására is szükség van. Annál a két kitöltőnél, aki három nyelvet is megjelölt, feltételezhető, hogy intézményük vagy különös figyelmet fordított a külföldi betegek igényeinek kiszolgálására, ezért a legnagyobb közvetítő nyelven kívül két további nyelvre is készítettek fordításokat, vagy az intézmény az ország olyan régiójában van, ahol az adott nyelvi kisebbségek nagy számban élnek.

Ami az intézményeik típusát illeti, feltételezhetnénk, hogy a fordítások többnyire a magánintézményekben fordulnak elő, azonban a kitöltők válaszaiból kiderült, hogy például a három nyelvre fordító intézmények közül csak az egyik magán-, a másik állami intézmény. Azon válaszadóknak, akiknél angolul és németül is vannak belegeyező nyilatkozatok, 45%-a dolgozik magán-, és 54%-a állami intézményben. Azoknak, akik arról számoltak be, hogy nálunk van néhány angol nyelvű belegeyező

nyilatkozat, esetleg mindegyik megvan fordításban, csak 16%-a dolgozik magánkórházban, 87%-a pedig államiban.

Bár lehetőségük lett volna rá, a válaszadók csak elvétve nevezték meg, hogy pontosan mely beleegyező nyilatkozatokból vannak fordításaik. Akik megnevezték, azok jellemzően az osztályuk legfontosabb, leggyakrabban használt beleegyező nyilatkozatait adták meg válaszul. Ezenkívül többen megjegyezték, hogy az osztályukon nincsenek fordítások, külföldi beteg esetén az orvos a magyar nyelvű szöveg tartalmát szokta elmagyarázni a beteg számára érthető nyelven, esetleg hívnak egy adott nyelven jól beszélő kollégát, hogy mindezt tolmácsolja a betegnek. A válaszadók között volt olyan is, aki jelezte, hogy az ő osztályukon kizárólag azért vannak meg fontos dokumentumok angol fordításban – beleértve ebbe a leggyakoribb vizsgálatokhoz és beavatkozásokhoz szükséges beleegyező nyilatkozatokat is –, mert van egy kollégájuk, aki korábban elvégzett egy egészségügyi szakfordító képzést, és fontosnak érezte, hogy ezek a dokumentumok ne csak magyar nyelven legyenek elérhetők.

Geller és munkatársai (2012) kutatásával összevetve azt lehet elmondani, hogy a jelen kutatás nem mutatott ki jelentős változást a 2012-ben tapasztaltakhoz képest. Bár ez csak egy kérdőíves felmérés volt, amelyet csupán 110 egészségügyi dolgozó töltött ki, az egyértelműen kirajzolódott, hogy a megkérdezettek intézményeiben hivatásos tolmácsok ritkán állnak rendelkezésre a magyarul nem beszélő külföldi betegekkel való kommunikáció során, így a nyelvi közvetítői szerepet rendszerint laikus tolmácsok (például hozzátartozók, barátok, valamint helyben lévő, idegen nyelvet jól beszélő egészségügyi és adminisztratív kollégák) töltik be. A kérdőív nem tért ki részletesen arra, hogy az egyes osztályokon pontosan mely dokumentumok vannak lefordítva idegen nyelvre, az adatok azonban arra utalnak, hogy az érintett intézményeken belül a tájékoztató beleegyező nyilatkozatoknak viszonylag ritkán készül fordítása, és azok is jellemzően angol nyelvűek (tehát a fordítás célnyelve egy olyan nyelv, amely tipikusan közvetítő nyelvként funkcionál).

5. Összegzés és kitekintés

Ahogy a WHO (2021) is megfogalmazta, a megbiztonság komoly, világméretű közegészségügyi probléma. Mindez hatványozottan érvényes a többnyelvű (és akár multikulturális) egészségügyi közegekben, ahol a nyelvismeret vagy annak hiánya nagymértékben befolyásolja az egyenlő hozzáférés esélyét, az egészségügyi szolgáltatás minőségét, a kezelés kimenetelét és a beteg gyógyulását. Ebből fakadóan kiemelten fontos a nyelvi segítségnyújtás megtervezése akár nemzeti, akár intézményi szinten, amelyben jelentős szerep jut a szakképzett nyelvi mediátoroknak és a hatékony kommunikációt támogató útmutatók kidolgozásának.

A nyelvi akadályokból fakadó nemkívánatos események elkerülésében a szóbeli kommunikáció mellett kulcsfontosságú szerepük van az írott dokumentumoknak is.

Bár nem lehet az egészségügyben használt minden dokumentumot lefordítani a helyi nyelvet nem beszélő összes beteg anyanyelvére, a betegbiztonság feltételeinek megteremtése érdekében célszerű összeállítani a vitális dokumentumok listáját, és legalább ezeket elérhetővé tenni idegen nyelveken.

Magyarországon az egészségügyi tolmácsolásra és fordításra vonatkozóan nincsenek konkrét előírások, azt azonban MT rendelet mondja ki, hogy hivatalosan csak képesítéssel rendelkező nyelvi szakember végezhet tolmácsolást és szakfordítást. Emellett pozitívum, hogy akit érdekel az egészségügyi szakfordítás és tolmácsolás, az négy orvosi egyetem programja közül is választhat.

A jelen tanulmányban tárgyalt kérdőíves vizsgálat, amely 110 egészségügyi dolgozó reflexiói alapján készült, arra mutatott rá, hogy a magyarországi gyakorlat megfelel a nemzetközi trendeknek, valamint hogy Gellér és munkatársai 2012-es kutatása óta jelentős változás nem történt a magyarul nem beszélő betegek nyelvi megsegítése terén. A válaszadók arról számoltak be, hogy az egészségügyi szakember és a beteg között jellemzően *ad hoc* tolmácsok közvetítenek, míg beleegyező nyilatkozatokból – amelyek vitális dokumentumnak tekinthetők az egészségügyi ellátásban – kevés áll a betegek rendelkezésére idegen nyelven. A kutatás eredményei emellett azt mutatják, hogy a megkérdezett egészségügyi szakemberek több mint fele a magyarul nem beszélő betegek közül jellemzően olyanokkal találkozik munkája során, akik elégséges szinten beszélnek angolul, vagyis a főbb információkat megértik.

A téma jelentőségéből fakadóan, valamint mivel a betegbiztonság és a betegekkel folytatott egészségügyi kommunikáció kapcsolata magyarul nem beszélő betegek esetében kevésbé kutatott terület, érdemes lenne egy statisztikai adatokkal alátámasztott kutatást végezni, melyből pontos képet kaphatnánk a Magyarországon kezelt magyarul nem beszélő betegek számáról, nyelvi összetételéről, nyelvi igényeiről (milyen nyelven preferál kommunikálni egészségügyi témában), valamint nyelvismeretük szintjéről. Mindezek feltérképezése hasznos lehetne nemzeti és/vagy intézményi szintű nyelvi segítségnyújtási tervek kidolgozása során, de az orvosi egyetemeken zajló nyelvoktatásban, valamint a tolmács- és szakfordítóképzésben is hasznosíthatók lennének az eredmények.

Ezenkívül érdemes lenne megvizsgálni azt is, hogy a magyar egészségügyben melyek a vitális dokumentumok, és hogyan javasolt ezeket fordítani. Erre vonatkozóan már el is kezdődtek a munkálatok 2021 őszén a Semmelweis Egyetem Szaknyelvi Intézetének, valamint a Szegedi Tudományegyetem Orvosi Szaknyelvi Kommunikációs és Szakfordítóképző Csoportjának együttműködésében. A kutatócsoport céljai között szerepel a vitális dokumentumok listájának összeállítása egészségügyi szakemberek, egészségügyi szakjogászok, illetve potenciális betegek bevonásával. A kutatócsoport további célja ezt követően, hogy a kulcsfontosságú dokumentumokhoz fordítási útmutatókat, glosszáriumokat, valamint mintaszövegeket készítsen a célnyelven,

amelyek idővel oktatóanyagként is felhasználhatók lehetnek az egészségtudományi szakfordítóképzésben, valamint fordítási mintaként és javallatként elérhetővé válhatnak egészségügyi intézmények számára is.

Források

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (2021). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>
- ANHS England Patient and Public Participation and Insight Group. (2016, November 2). NHS England Accessible Information and Communication Policy. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/publication/nhs-england-accessible-information-and-communication-policy/>
- Ärztammer Berlin (2013, March 5). *Patientenrechte im Gesetz – Das Wichtigste zum Patientenrechtegesetz*. <https://www.aekb.de/aerzt-innen/recht/gesetzesanderungen/detail/patientenrechte-im-gesetz-das-wichtigste-zum-patientenrechtegesetz>
- Európai Emberi Jogi Bíróság (2021). *Emberi Jogok Európai Egyezménye*. https://www.echr.coe.int/documents/convention_hun.pdf
- European Commission (2017). *Patient safety*. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/research_and_innovation/research_by_area/documents/ec_rtd_patient-safety_factsheet.pdf
- HHS Guidance to Federal Financial Assistance Recipients Regarding Title VI Prohibition Against National Origin Discrimination Affecting Limited English Proficient Persons (2020). <https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/special-topics/limited-english-proficiency/guidance-federal-financial-assistance-recipients-title-vi/index.html>
- HSE, Social Inclusion Unit and the Health Promoting Hospitals Network – National Intercultural Hospital Initiative (2009). *On Speaking Terms: Good Practice Guidelines for HSE Staff in the Provision of Interpreting Services*. Retrieved April 16, 2022, from <https://pdf4pro.com/amp/view/on-speaking-terms-a-ireland-s-health-services-3ed800.html>
- Institute of Translation and Interpreting (ITI) (2022, April 14). Retrieved April 14, 2022, from <https://www.iti.org.uk/>
- ITI Medical & Pharmaceutical Network. (2021, June 15). Retrieved April 14, 2022, from <https://www.itimedical.co.uk/>
- Magyar Közlöny (1997). *1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről*.
- Magyar Közlöny (2014). *A szakfordításról és tolmácsolásról szóló 24/1986. (VI. 26.) MT rendelet*.
- NHS England Patient and Public Participation and Insight Group. (2016). NHS England Accessible Information and Communication Policy. NHS England. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/05/patient-and-public-participation-guidance.pdf>
- NHS England / Primary Care Commissioning. (2018). *Guidance for commissioners: Interpreting and Translation Services in Primary Care*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/09/guidance-for-commissioners-interpreting-and-translation-services-in-primary-care.pdf>
- Tarr, N., & Merten, S. (2019). *Literaturreview. Interkulturelles Dolmetschen 2012–2018*. https://www.academia.edu/45042829/Literaturreview_interkulturelles_dolmetschen
- University Hospital of Leicester (2018). *Interpreting and Translation Policy and Procedure*. <https://secure.library.leicestershospitals.nhs.uk/PAGL/Shared%20Documents/Interpreting%20and%20Translation%20UHL%20Policy.pdf>
- WHO (2002). *Quality of care: patient safety. Fifty-Fifth World Health Assembly, Provisional agenda item 13.9. WHA55.18*. <https://www.who.int/publications/i/item/quality-of-care-patient-safety>
- WHO (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
- WHO (2019). *Patient safety. Global action on patient safety. Seventy-Second World Health Assembly, Provisional agenda item 12.5. A72/26*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

WHO (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
 WHO (n.d.) *Patient Safety*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>

Irodalom

- Almalki, M., FitzGerald, G., & Clark, M.** (2011). The nursing profession in Saudi Arabia: an overview. *International nursing review*, 58(3), 304–311. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00890.x>
- Auraaen, A., Slawomirski, L., & Klazinga, N.** (2018). *The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind*. *OECD Health Working Papers*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economics-of-patient-safety-in-primary-and-ambulatory-care_baf425ad-en
- Belicza Éva, Dombrádi Viktor, Mikesy Gergely & Sinka Lászlóné Adamik Erika** (2022). A nemkívánatos események általános okai és kezelési lehetőségei az egészségügyben. *Orvosi Hetilap*, 163/6, 236–245. <https://akiournals.com/view/iournals/650/163/6/article-p236.xml>
- Bladd, J.** (2008). Drug doses lost in translation. *Arabian Business*. <https://www.arabianbusiness.com/drug-doses-lost-in-translation-51171.html>
- Bowen, S.** (2001). Language Barriers in Access to Health Care. *Health Canada*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html>
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. H.** (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 370–376. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604>
- Cairde (n.d.). About. *Cairde*. <https://cairde.ie/about/>
- Cehajic, M.** (2019). *Dolmetschen im Gesundheitswesen. Anforderungen und Kompetenzen aus Sicht der DolmetscherInnen am Beispiel von AmberMed*. [Master's thesis, Universität Wien]. <https://theses.univie.ac.at/detail/49778#>
- Cohen, A. L., Rivara, F., Marcuse, E. K., McPhillips, H., & Davis, R.** (2005). Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*, 116(3), 575–579. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0521>
- Csabai, M., Kuna, Á., Látos, M., Lucza, L., Barabás, K. & Papp-Zipernovszky, O.** (2021). *Developing knowledge, attitudes and skills about Medically Unexplained Physical Symptoms and Intercultural Communication. E-Learning Moduls for Medical Education*. <http://mups-music-learn.eu>
- Flores, G.** (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical care research and review: MCRR*, 62(3), 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- Flores, G., & Vega, L. R.** (1998). Barriers to health care access for Latino children: a review. *Family medicine*, 30(3), 196–205.
- Fogarasi Katalin** (2018). A diagnózis jelentése és jelentősége a beteg szemszögéből. In Dombi Judit, Farkas Judit és Gúti Erika (szerk.), *Aszimmetrikus kommunikáció - aszimmetrikus viszonyok* (774–804). Bicske: SZAK Kiadó.
- Gellér Balázs József** (szerk.) (2012). *Harmadik országbeli állampolgárok hozzáférése az egészségügyi ellátórendszerhez*. Tullius: Budapest. <http://www.solidalapok.hu/solid/sites/default/files/sszes%C3%ADtett%20honlapra%2012%2031.pdf>
- Graham, A., Gilchrist, K. L. & Rector, C.** (2011). The Lived Experiences of OB Nurses Communicating With Non-English Speaking OB Clients With and Without an Interpreter. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 40, 116–117. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01243_38.x
- Hablamos Juntos (2012). *Developing the translation brief*. RWJF. (2012, July 17). Retrieved April 14, 2022, from <https://www.rwjf.org/en/library/research/2009/04/developing-the-translation-brief.html>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. & O'Connor, D. B.** (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PloS one*, 11/7, e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>

- Health Policy Institute (2019, February 13). *Cultural competence in health care: Is it important for people with chronic conditions?* Retrieved April 18, 2022, from <https://hpi.georgetown.edu/cultural/#>
- Hemberg, J., & Sved, E.** (2021). The significance of communication and care in one's mother tongue: Patients' views. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41/1, 42–53. <https://doi.org/10.1177/2057158519877794>
- Horváth Ágnes, Székács Anna Júlia és Csorvási Ágnes** (2021). Egészségtudományi tolmácsolás – Tolmácsolás és betegbiztonság Ausztrália és Új-Zéland egészségügyi rendszerében. *Fordítástudomány*, 23/2, 45–65. <https://doi.org/10.35924/fordtud.23.2.3>
- Horváth, Á., Molnár, P.** 2021. A review of patient safety communication in multicultural and multilingual healthcare settings with special attention to the U.S. and Canada. *Developing Health Sciences*, 4/3, 49–57. <https://akjournals.com/view/journals/2066/aop/article-10.1556-2066.2021.00041/article-10.1556-2066.2021.00041.xml>
- Horváth, Á., Molnár, P. & Pörzse, G.** (2022). *Patient Safety Communication in Multicultural and Multilingual Healthcare Systems in Europe* [Unpublished manuscript]. Budapest: Department of Languages for Specific Purposes, Semmelweis Egyetem.
- House, J.** (1977). A Model for Assessing Translation Quality. *Meta: Translators' Journal*, 22/2, 103–109. <https://doi.org/10.7202/003140ar>
- IOM, Institute of Medicine (US) Roundtable on Health Disparities. (2008). *Challenges and Successes in Reducing Health Disparities: Workshop Summary*. National Academies Press (US).
- Jaramillo, J., Snyder, E., Dunlap, J. L., Wright, R., Mendoza, F. & Bruzoni, M.** (2016). The Hispanic Clinic for Pediatric Surgery: A model to improve parent-provider communication for Hispanic pediatric surgery patients. *Journal of Pediatric Surgery*, 51/4, 670–674. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2015.08.065>
- Johnstone, M. J. & Kanitsaki, O.** (2006). Culture, language, and patient safety: Making the link. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 18/5, 383–388. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl039>
- Kagawa-Singer, M. & Kassim-Lakha, S.** (2003). A strategy to reduce cross-cultural miscommunication and increase the likelihood of improving health outcomes. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 78/6, 577–587. <https://doi.org/10.1097>
- Kohn, L. T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M. S.** (eds.). (1999). *To err is human: building a safer health system*. National Academy Press.
- Kollár János** (2016). Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók. *Orvosi Hetilap*, 157/17, 659–663. <https://akjournals.com/view/journals/650/157/17/article-p659.xml>
- Lám Judit, Safadi Heléna, Pitás Eszter és Belicza Éva** (2019). Ki mit tud? – A betegátadásról. Egy magyar és lengyel mintán végzett tudásfelmérés tapasztalatai. *Orvosi Hetilap*, 160/44, 1735–1743. <https://akjournals.com/view/journals/650/160/44/article-p1735.xml>
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C. & Hiatt, H.** (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine*, 324/6, 377–384. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>
- Marks-Sultan, G., Kurt, S., Leyvraz, D., & Sprumont, D.** (2016). The legal and ethical aspects of the right to health of migrants in Switzerland. *Public health reviews*, 37/15. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0027-2>
- Mina András** (2016). Kommunikáció az egészségügyben – jogi vonatkozások. *Orvosi Hetilap*, 157/17, 675–679. <https://akjournals.com/view/journals/650/157/17/article-p675.xml>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Board on Global Health & Committee on Improving the Quality of Health Care Globally (NASEM). (2018). *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*. National Academies Press (US).
- Nord, C.** (1997). Defining translation functions. The translation brief as a guideline for the trainee translator. *Ilha do desterro. A Journal of English Language, Literature in English and Cultural Studies*, 33, 41–55.

- Northern Ireland Human Rights Commission (2010). Minority Language Rights. The Irish language and Ulster Scots. <https://www.nihrc.org/uploads/publications/briefing-paper-minority-language-rights-and-ecrml-june-2010.pdf>
- Pak, C.** (2020). The Impact of Communication on Access to Genetic Testing for Limited English Proficient Populations. *Medical Humanities*. https://blogs.bmj.com/medical-humanities/2020/04/28/the-impact-of-communication-on-access-to-genetic-testing-for-limited-english-proficient-populations/?utm_medium=cpc&utm_source=TrendMD&utm_term=usage-042019&utm_content=consumer&utm_campaign=mh
- Pilling János** (2018). *Orvosi kommunikáció a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó: Budapest.
- Pilling János és Erdélyi Kamilla** (2016). Az egészségügyi kártérítési perek kommunikációs vonatkozásai. *Orvosi Hetilap*, 157/17, 654–658. <https://akjournals.com/view/journals/650/157/17/article-p654.xml>
- Plain English Campaign (n.d.). *How to write medical information in plain English*. Plain English. <http://www.plainenglish.co.uk/medical-information.html>
- Plain Language Action and Information Network (PLAIN) (2011). *Federal Plain Language Guidelines*. <https://www.plainlanguage.gov/media/FederalPLGuidelines.pdf>
- QGH, Qikiqtani General Hospital. (2015). *If you cannot communicate with your patient, your patient is not safe*. Retrieved April 16, 2022, from <https://langcom.nu.ca/sites/langcom.nu.ca/files/QGH%20-%20Final%20Report%20EN.pdf>
- Regenstein, M., Andres, E. & Wynia, M. K.** (2013). *Promoting Appropriate Use of Physicians' Non-English Language Skills in Clinical Care: A white paper of the Commission to End Health Care Disparities with recommendations for policymakers, organizations and clinicians*. Retrieved April 16, 2022, from <https://www.ama-assn.org/resources/doc/public-health/cehcd-lep-white-paper.pdf>
- Sándor Imola és Pilling János** (2016). Tévhitek az orvosi kommunikációról. *Orvosi Hetilap*, 157/17, 644–648.
- The Joint Commission (2010). *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*. Retrieved April 16, 2022, from www.jointcommission.org/assets/1/6/roadmapforhospitalsfinalversion727.pdf
- Vajda Beáta** (2011). Kommunikációs és kapcsolati tényezők jelentősége az egészségügyi szolgáltatások minőségében. *Vezetéstudomány – Budapest Management Review*, 42/5, 31–44. <https://doi.org/10.14267/veztud.2011.05.03>
- Williams, N. & Ogden, J.** (2004). The impact of matching the patient's vocabulary: a randomized control trial. *Family Practice*, 21/6, 630–635.
- Wu, S., Ridgely, M. S., Escarce, J. J. & Morales, L. S.** (2007). Language access services for Latinos with limited English proficiency: lessons learned from Hablamos Juntos. *Journal of General Internal Medicine*, 22 Suppl 2, 350–355. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0323-0>

1. sz. függelék
Betegbiztonság és kommunikáció
multikulturális és többnyelvű egészségügyi környezetben
– Szempontrendszer egyes országok feltérképezéséhez –

Általános nyelvi háttér

1. A vizsgált országban melyek a hivatalos nyelvek és azok jogi háttere?
2. Milyen nemzetiségek élnek az országban (felsorolás, százalékos eloszlás, demográfiai adatok)?
3. Milyen nyelvi kisebbségek élnek az országban (felsorolás, százalékos eloszlás, demográfiai adatok)?
4. A nyelvi kisebbségek mely területeken intézhetik hivatalos ügyeiket a saját nyelvükön? Milyen nyelvi jogokkal rendelkeznek?
5. Melyik az a szabályzat, mely előírja, hogy az egészségügyi szolgáltatások során saját anyanyelvén kommunikálhat a szakemberrel?
6. Az állam / tartomány / kanton / megye / egészségügyi szervezet / egyes egészségügyi intézmények hogyan nyilatkoznak a külföldi betegekkel való kommunikációról? Milyen nyelven kell kommunikálni velük?
7. Milyen cikkek, publikációk jelentek meg nyelvi kisebbséget vagy külföldi beteget ért egészségkárosodásról az országban kulturális akadályokból fakadóan?
8. Milyen cikkek, publikációk jelentek meg nyelvi kisebbséget vagy külföldi beteget ért egészségkárosodásról az országban nyelvi akadályokból fakadóan?
9. Milyen megoldásokat javasol az állam/tartomány/kanton/megye/egészségügyi szervezet/egészségügyi intézmény arra vonatkozóan, hogy a nyelvi kisebbségek és külföldi betegek ne szenvedjenek egészségkárosodást a kulturális különbözőségek miatt? Hogyan lehet ezeket megelőzni vagy csökkenteni az előfordulásukat?
10. Milyen megoldásokat javasol az állam/tartomány/kanton/megye/egészségügyi szervezet/egészségügyi intézmény arra vonatkozóan, hogy a nyelvi kisebbségek és külföldi betegek ne szenvedjenek egészségkárosodást a nyelvi különbözőségek miatt? Hogyan lehet ezeket megelőzni vagy csökkenteni az előfordulásukat?
11. Milyen nemzeti szintű rendelkezés (törvény, útmutató, szabvány) létezik az idegen nyelv használatáról (tolmacsolás, fordítás) a nyelvi kisebbségi és külföldi betegek esetében?
12. Milyen rendelkezéseik vannak a tartományoknak / kantonoknak / megyéknek / egészségügyi szervezeteknek / egyes egészségügyi intézményeknek az idegen nyelv használatát illetően (tolmacsolás, fordítás) a nyelvi kisebbségi és külföldi betegek esetében?
13. Az angolszász országok hogyan egyszerűsítik le az angol nyelvű dokumentumaikat az olyan betegek számára, akik beszélnek angolul, de csak alacsony szinten (LEP patients - patients with low English proficiency)? Milyen útmutatókat adtak ki ezen szövegek megírásához?

Tolmacsolás

14. Melyek azok a jogszabályok/szabályok/rendelkezések (akár intézményi szinten), melyek előírják, hogy kötelező/ajánlott a tolmács bevonása a nyelvi kisebbségi és külföldi betegek kezelése során?
15. Ki adta ki ezeket az előírásokat?
16. Milyen tolmácsolást ír elő, helyben végzett vagy távtolmácsolást (pl: telefon, skype)?
17. A tolmács kinél áll alkalmazásban: egészségügyi intézmény belső kollégája, egészségügyi szervezet, alapítvány vagy egy fordítóiroda közvetíti ki? Esetleg a betegnek kell gondoskodnia a nyelvi szakember bevonásáról?
18. A tolmácsszolgáltatás költségeit ki állja?
19. Ki végezhet tolmácsolást? Hivatásos tolmács vagy kórházi dolgozó?
20. Hol/kik írják elő a kifejezetten egészségügyi/orvosi tolmács alkalmazását?
21. A tolmácsnak milyen végzettséggel/tapasztalattal kell rendelkeznie ahhoz, hogy egészségügyi intézményben dolgozhasson?
22. Milyen készségekkel kell rendelkeznie a tolmácsnak, aki egészségügyi kontextusban tolmácsol?
23. Milyen módon szerepel a tolmács készségei között az interkulturális kompetencia?

24. Ha a kórházi dolgozók látják el a tolmácsolási feladatot, azok milyen nyelvi közvetítői képzésben részesültek?
25. Hogyan, milyen esetekben lehet bevonni a nyelvi közvetítésbe a beteg családtagjait, ismerőseit?
26. Hogyan, milyen esetekben engedélyezett, hogy a beteg kétnyelvű kisgyermek tolmácsoljon?
27. Az állam / tartomány / kanton / megye / egészségügyi szervezet / egyes egészségügyi intézmények milyen útmutatókat adtak ki arra vonatkozóan, hogy hogyan kell egészségügyi kontextusban tolmácsolni? (nyelvhasználat: stílus, szóhasználat, nyelvtan)
28. Az egészségügyi dolgozóknak milyen tréninget tartanak arról, hogy hogyan kell együtt dolgozniuk a tolmáccsal? (Mikor kell őket bevonni, a tolmácsolás melyik típusára van szükség, stb.)
29. Milyen nyelv(ek)re tolmácsolnak az egészségügyi szolgáltatások során? Törekcsenek mindig a beteg anyanyelvére vagy közvetítő nyelvet használnak?
30. Mennyire fontos, hogy a tolmácsszolgáltatás betegbarát legyen?
31. Milyen intézkedéseket tesznek, hogy egységesítsék az egészségügyi tolmácsolást és mindenki ugyanolyan, magas szintű tolmácsolásban részesüljön?
32. Amennyiben nem tudnak tolmácsot biztosítani a beteg mellé, azt mivel magyarázzák?
33. Amennyiben nem tudnak tolmácsot biztosítani a beteg mellé, hogyan zajlik a kommunikáció?
34. Bármilyen kapcsolódó információ, amely érdekesség az ország esetében:

Fordítás

35. Melyek azok a jogszabályok/szabályok/rendelkezcések (akár intézményi szinten), melyek előírják, hogy bizonyos egészségügyi dokumentumokat kötelező lefordítani?
36. Milyen nyelvre kell lefordítani ezeket a kötelező dokumentumokat?
37. Melyek azok a dokumentumok, amiket csak javasolnak lefordítani? Milyen nyelvre?
38. Hogyan nyilatkoznak a tájékoztató beleegyező nyilatkozatokról? Le kell őket fordítani? Ha nem, akkor hogy tudnak tájékozódni a beteg?
39. Hogyan nyilatkoznak a beteg tájékoztatókról? Le kell őket fordítani? Ha nem kötelező őket lefordítani, akkor hogyan zajlik a beteg tájékoztatása?
40. Ki fordítja az egészségügyben használatos szövegeket?
41. A fordítónak milyen végzettséggel kell rendelkeznie? (egészségtudományi szakfordító, általános fordító, belsős kolléga jó angollal)
42. A fordítás költségei kit terhelnek?
43. Milyen útmutatókban fejtik ki, hogy hogyan kell fordítani a betegeknek szóló dokumentumokat? (használandó szavak/kifejezések/nyelvtan/stílus) Ki adta ki ezeket? (állam/tartomány/kanton/megye/szervezet / egészségügyi intézmény)
44. Hogyan próbálják meg betegbaráttá tenni azokat a fordításokat, melyek célközönsége a laikusok/betegek?
45. Amennyiben nem fordítanak le minden kulcsfontosságú dokumentumot, azt mivel magyarázzák?
46. Amennyiben nem fordítják le az adott szöveget, hogyan zajlik a kommunikáció?
47. Bármilyen kapcsolódó információ, amely érdekesség az ország esetében:

2. sz. függelék
Kérdőív egészségügyi szakember – külföldi beteg kommunikációhoz

A kérdőív célja, hogy képet kapjunk a magyarországi egészségügyi intézményekben zajló külföldi betegek tájékoztatásának gyakorlatáról egy-egy vizsgálat vagy műtét előtt.

- 1) Milyen jellegű intézményben dolgozik?
 - a) magán egészségügyi intézmény
 - b) állami egészségügyi intézmény
- 2) Milyen osztályon dolgozik?
.....
- 3) Osztályán főként milyen nemzetiségű betegek fordulnak meg? Kérjük, sorolja fel!
.....
- 4) Szóbeli kommunikáció során jellemzően ki tölti be a tolmács szerepét?
 - a) családtag (beleértve akár a kiskorú gyermek is), barát, ismerős személy
 - b) angolul jól beszélő egészségügyi vagy adminisztratív kolléga
 - c) hivatásos tolmács
- 5) Amennyiben Önnek kell kommunikálnia a külföldi beteggel egy-egy vizsgálat vagy műtét előtt, hogyan teszi ezt? Milyen nyelven végzi a tájékoztatást?
.....
- 6) Amennyiben nem áll rendelkezésre tolmács, milyen technikai eszközöket használ a szóbeli tájékoztatás során?
 - a) google translate
 - b) online szótárak
 - c) hangfelismerő és fordító szoftverek
 - d) egyéb, éspedig:
- 7) Tapasztalata szerint az Ön osztályán ellátott **külföldi betegek** többségében milyen szintű angol nyelvtudással rendelkeznek?
 - a) A többséggel jól lehet kommunikálni angolul, a tájékoztatókat és beleegyező nyilatkozatokat megértik.
 - b) Angoltudásuk elégséges, a főbb információkat megértik.
 - c) Egyáltalán nem beszélnek angolul.
 - d) Egyéb, éspedig:
- 8) Az osztályán mely tájékoztató beleegyező nyilatkozatokból van idegen nyelvű fordítás, melyet a külföldi betegek oda lehet adni? Milyen nyelven?
.....
- 9) Amennyiben rendelkeznek fordításokkal, tapasztalata szerint a **külföldi betegek** jellemzően mennyi időt töltenek a beleegyező nyilatkozatok elolvasásával?
 - a) A többség végigolvassa és kérdéseket is feltesz.
 - b) A többség végigolvassa, de nem kérdez.
 - c) A többség felületesen, de végigolvassa.
 - d) A többség nem olvassa el, leginkább csak aláírja.

- 10) Tapasztalata szerint a **magyar betegek** jellemzően mennyi időt töltenek a magyar nyelvű bejegyző nyilatkozatok elolvasásával?
- a) A többség végigolvassa és kérdéseket is feltesz.
 - b) A többség végigolvassa, de nem kérdez.
 - c) A többség felületesen, de végigolvassa.
 - d) A többség nem olvassa el, leginkább csak aláírja.