

Telefon-Dolmetschen in der Berufspraxis von Hebammen

Prof. Dr. med. Elisabeth Zemp Stutz^{a, b}
Dr. Elisabeth Kurth^{a, b, c}
Dr. Leah F. Bohle^{a, b}

^aSchweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

^bUniversität Basel

^cFamilystart beider Basel



Kontakte



Associated Institute of the University of Basel

Swiss Tropical and Public Health Institute

Socinstrasse 57

P.O. Box

4002 Basel

Switzerland

Prof. Elisabeth Zemp Stutz

Dep. Epidemiology&Public Health

Unit Society, Gender & Health

T: +41 61 284 83 84

E-mail: elisabeth.zemp@swisstph.ch

Elisabeth Kurth

Unit Society, Gender and Health

Department Epidemiology and Public Health

Swiss Tropical and Public Health Institute

Socinstrasse 57, 4051 Switzerland

T +41 61 284 83 03

F +41 61 284 81 05

E-mail: elisabeth.kurth@swisstph.ch

Bundesamt für Gesundheit

Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit

Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Schwarzenburgstrasse 157

3003 Bern

Michèle Baehler

Projektleiterin interkulturelles Dolmetschen

T +41 58 464 10 39

E-mail: michele.baehler@bag.admin.ch

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	3
Zusammenfassung	4
Résumé	7
1 Einführung	10
2 Methode	10
3 Resultate	12
3.1 Auswertung des Kurzfragebogens	12
3.2 Auswertung der FGD und Einzelinterviews	14
3.2.1 Gründe, die zum Beizug des TDD führen	15
3.2.2 Gründe für die Nichtnutzung des TDD	19
3.2.3 Überzeugungsstrategien	29
3.2.4 Erfahrungen mit dem TDD	30
Negative Erfahrungen mit dem TDD	31
3.2.5 Erfahrungen mit Ad-hoc Übersetzungen	32
3.2.6 Synoptische Darstellung der hindernden und fördernden Einflussfaktoren der TDD-Nutzung	34
3.2.7 Verbesserungsvorschläge zum Telefondolmetschdienst	39
4 Diskussion	41
5 Referenzen	49
6 Fallvignetten für die Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen und Dolmetschenden	52
7 Vignettes cliniques destinées à la formation continue des professionnel-le-s de la santé et des interprètes	63

Abkürzungen

TDD	Telefondolmetschdienst
SIT	Service d'interprétariat téléphonique
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute
BAG	Bundesamt für Gesundheit
FGD	Focus Group Discussion

Zusammenfassung

Das Hebammen-Netzwerk „Familystart“ hat zum Ziel, Familien rund um die Geburt eine bedürfnisgerechte, sichere und koordinierte Betreuung zu bieten und teilnehmenden Geburtskliniken zu garantieren, dass jedes Mutter-Kind-Paar nach Austritt von einer Hebamme betreut wird. Nach 5 Jahren Betrieb wurden verschiedene Aspekte der Tätigkeit von Familystart beleuchtet, so auch die Betreuung fremdsprachiger Familien. Familystart zielt darauf ab, Sprachbarrieren während der postpartalen Betreuung besser überwinden und eine bestmögliche Qualität in der Betreuung anbieten zu können. Den betreuenden Hebammen und den von ihnen betreuten Familien steht ein kostenloser Telefondolmetschdienst (TDD) zur Verfügung. Trotz der garantierten Finanzierung wird er verhältnismässig wenig genutzt. Die vorliegende Studie hat zum Ziel, die Beweggründe für die Nutzung beziehungsweise Nichtnutzung des TDD während der häuslichen postpartalen Betreuung fremdsprachiger Familien zu untersuchen.

Die Studie beruht auf einer Fokusgruppendifkussion (FGD) mit 8 Hebammen des Hebammen-Netzwerks Familystart und einem Leitfaden-gestützten Interview mit 2 Hebammen im September 2017. Ergänzend wurden im November 2018 mit einem modifizierten Interview-Leitfaden vertiefende Einzelinterviews mit 5 Hebammen durchgeführt. Das gesamte Material wurde mittels der Framework Analyse nach Gale analysiert. Alle Teilnehmerinnen füllten zudem einen Kurzfragebogen aus, der quantitativ ausgewertet wurde.

Die Nutzung des TDD-Angebots durch die insgesamt 15 an der Studie teilnehmenden Hebammen war verhalten. Sieben der 10 an Fokusgruppengesprächen teilnehmenden Hebammen und zwei der 5 in Einzelinterviews befragten Hebammen gaben an, den TDD innerhalb der letzten 12 Monate hinzugezogen zu haben. Alle Hebammen hatten eine von Familystart angebotene eintägige Fortbildung zum TDD besucht, zwölf Hebammen hatten zudem weitere Fortbildungen absolviert, deren Umfang sehr variierte.

Aus den Statements der Hebammen ergibt sich ein praxisnaher Einblick in ihren Berufsalltag, der stark von nonverbaler Kommunikation geprägt ist – von der Verständigung mit Gesten, Mimik, Inszenierung. So wird z.B. unmittelbar und ohne viele Worte vorgeführt und wenn nötig nonverbal korrigiert, wie ein Baby gestillt oder gewickelt werden muss. Dies ist offenbar nicht nur beim Kontakt der Hebammen mit Migrantinnen so, sondern auch bei der Betreuung einheimischer Klientinnen. Die nonverbale Kommunikation erscheint aus Sicht der Hebammen als die ursprünglichere Kommunikation, die Vertrauen aufbaut. Sie wird von ihnen als persönlicher, intimer und adäquater erlebt als die verbale. Dies passt auch zur präverbalen Lebensphase der frühen Kindheit und zur Situation, in der sich die Mütter nach der Geburt befinden, wenn sie auf die körperlichen Signale des Babys eingehen. Die Hebammen empfinden es intuitiv als richtig und respektvoll, wenn sie in diese primärprozesshafte

Atmosphäre eintauchen und sich der nonverbalen Kommunikation in Familien mit Neugeborenen anpassen. Allerdings lassen sich durch nonverbale Kommunikation nicht alle Informationen vermitteln und Fragen klären. Alle interviewten Hebammen hatten bei der häuslichen postpartalen Betreuung fremdsprachiger Familien denn auch Erfahrungen mit herausfordernden Sprachbarrieren gemacht.

Zum grossen Teil wurde die Entscheidungsfindung, den TDD beizuziehen oder nicht, als ‚intuitiv‘ und auf Überzeugungen basierend beschrieben. Dies lässt vermuten, dass dabei auch individuelle unbewusste Biases eine Rolle spielen können, wie sie auch in andern medizinischen Versorgungsbereichen beschrieben worden sind.

Für die Entscheidung, den TDD bei einem Gespräch beizuziehen, waren vor allem drei Kategorien von Gründen massgeblich:

- 1) Zum einen das Bedürfnis, Grundlegendes zu klären, in Ruhe Informationen vermitteln zu wollen und die weitere Betreuung der Familie im Schweizer System zu planen.
- 2) Der TDD wurde zweitens beigezogen, wenn die befragten Hebammen realisierten, dass sie mit den eigenen Kommunikationsstrategien wie per Körpersprache oder mittels der Ad hoc-Übersetzungen die Informationen nicht zu vermitteln vermochten und von Seiten der Mütter nicht die gewünschten Reaktionen auslösen konnten.
- 3) Der TDD wurde drittens beigezogen, wenn eine Notfallsituation erkannt oder eine emotionale Notlage der Frau wahrgenommen wurde.

Insgesamt ziehen Hebammen den TDD häufiger bei, wenn sie der Überzeugung sind, dass Kommunikations- und Betreuungsqualität direkt zusammenhängen. Diese Hebammen setzen bewusst Strategien ein, die Familien von den Vorteilen des Tefefondolmetschens zu überzeugen und sie in die Entscheidung über den TDD-Beizug einzubeziehen.

Die Gründe, den TDD nicht heranzuziehen, waren vielschichtig. Genannt wurde die Einschätzung, dass Hebammen die Informationen erfolgreich vermitteln konnten und die Klientinnen diese verstanden und dass sie ausreichend umgesetzt wurden. Viele der Hebammen waren davon überzeugt, ein Gespür für die Situation zu haben und erfassen zu können, ob ihre Informationen die Frauen korrekt erreichten. Sie beurteilten dies an verbalen und nicht-verbalen Reaktionen der Mütter. Ein weiterer Grund, den TDD nicht hinzuzuziehen, bestand darin, dass die Hebammen primär Vertrauen mit der Familie aufbauen und den TDD erst in einem zweiten Schritt beiziehen wollten. Zudem sahen sie vom TDD-Beizug ab, wenn von Seiten der betreuten Familie eine übersetzende Person bereitgestellt wurde und sie diese ad hoc-Übersetzung als ausreichend einschätzten, oder wenn die Familie den TDD-Beizug ablehnte. Einige Hebammen berichteten, dass genderbezogene Rollen und kulturelle Barrieren sie davon abhielten, den TDD hinzuzuziehen. Technische Hürden wurden selten genannt. Die Wahrnehmungen bezüglich der Ad-hoc Übersetzung waren unterschiedlich. Zwar machten die Hebammen in der Regel die Erfahrung, dass eine Ad-hoc Übersetzung

schnell zu organisieren war, die Qualität und auch Bereitschaft der Übersetzenden jedoch stark variierte. Gleichzeitig gaben jedoch einige Teilnehmende an, die Qualität der Übersetzung gut einschätzen zu können. Insbesondere die Ad-hoc Übersetzung durch männliche Verwandte gestaltete sich oftmals als Herausforderung.

Basierend auf den Resultaten dieser Auswertung wird empfohlen, Hebammen ein sehr praxisorientiertes Training zur Nutzung des TDD anzubieten. Ein solches Training soll die Teilnehmenden nicht nur auf kognitiver Ebene ansprechen, sondern auch auf emotionaler Ebene und Reflexionsprozesse zur Versorgungsqualität, zu eigenen Überzeugungen und Vorurteilen und zu unbewussten Anteilen des Entscheidungsprozesses auslösen. Es wird empfohlen, in die Trainings Fallszenarien und ein Training zu transkulturellen Kompetenzen zu integrieren und mit Gesundheitsprofessionellen Kulturalisierungen und deren Vermeidung zu thematisieren. Die bestehende Evidenz zum Nutzen der interkulturellen Übersetzung sollte in Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelt werden. Um die Bereitschaft von Seiten der fremdsprachigen Familien zur Nutzung des TDD zu erhöhen, sollte dieser bereits im Erstgespräch zum Thema gemacht werden. Eine weitere Empfehlung besteht darin, den Familien eine kurze Informationsbroschüre in der jeweiligen Landessprache anzubieten. Hebammen könnten einen kleinen mündlichen Text in der jeweiligen Landessprache vorbereiten, welcher die Vorteile des TDD darlegt. Für illiterate Familien könnte ein Comic Strip mit Informationen zum TDD erstellt und auf dem Mobile gezeigt werden.

Résumé

L'objectif du réseau de sages-femmes Familystart est d'offrir aux familles un accompagnement axé sur les besoins, sûr et coordonné avant, pendant et après l'accouchement et de garantir aux maternités participantes que chaque couple mère-enfant est pris en charge par une sage-femme après avoir quitté l'hôpital. Après cinq ans de fonctionnement, différents aspects des activités de Familystart ont été analysés, dont notamment le soutien aux familles de langue étrangère. Familystart vise à mieux surmonter les barrières linguistiques pendant le suivi post-partum et à offrir la meilleure qualité de soins possible. Un service d'interprétariat téléphonique (SIT) gratuit est à la disposition des sages-femmes et des familles concernées. Malgré le financement garanti, il est relativement peu utilisé. L'objectif de cette étude est d'examiner les raisons pour lesquelles le SIT est utilisé ou non pendant le suivi post-partum à domicile de familles de langue étrangère.

L'étude se base sur la discussion en groupe avec huit sages-femmes appartenant au réseau Familystart et sur un entretien guidé avec deux sages-femmes mené en septembre 2017. En complément, des entretiens individuels approfondis avec cinq sages-femmes ont été réalisés avec un guide d'entretien modifié au mois de novembre 2018. L'ensemble du matériel a été examiné à l'aide de l'analyse du cadre de référence selon Gale. Toutes les participantes ont également rempli un bref questionnaire, qui a ensuite fait l'objet d'une évaluation quantitative.

Les quinze sages-femmes qui ont participé à l'étude n'ont que peu profité de l'offre du SIT. Sept sages-femmes sur dix qui ont participé aux discussions en groupe, et deux sages-femmes sur cinq qui ont participé aux entretiens individuels ont déclaré qu'elles avaient utilisé le SIT au cours des douze derniers mois. Toutes les sages-femmes avaient suivi un cours de formation d'une journée consacré au SIT et proposé par Familystart, douze d'entre elles avaient suivi en plus des cours de formation complémentaires de portée variable.

Les déclarations des sages-femmes donnent un aperçu de leur travail pratique au quotidien qui est fortement imprégné par la communication non verbale, reposant donc sur les gestes, les expressions faciales, la mise en scène. Elles montrent, par exemple, directement et en peu de mots comment il faut allaiter le bébé ou changer les couches, puis corrigent de manière non verbale. Il semble que cela vaut non seulement pour le contact avec des migrantes, mais aussi lorsque les sages-femmes s'occupent de clientes suisses. Les sages-femmes estiment que la communication non verbale est plus fondamentale et favorise mieux l'établissement d'une relation de confiance; elles la perçoivent comme plus personnelle, plus intime et plus adéquate que la communication verbale. Cela correspond également à la phase pré-verbale de la petite enfance et à la situation dans laquelle se trouvent les mères après l'accouchement lorsqu'elles réagissent aux signaux corporels du bébé. Les sages-femmes trouvent intuitivement juste et respectueux de s'immerger dans cette atmosphère de processus

primaires et de s'adapter à la communication non verbale utilisée par les familles avec un nouveau-né. Cependant, il est impossible de transmettre toutes les informations et répondre à toutes les questions de manière non verbale. En effet, toutes les sages-femmes interrogées avaient été confrontées au défi posé par les barrières linguistiques lors du suivi post-partum à domicile de familles de langue étrangère.

Dans la plupart des cas, les personnes interrogées ont déclaré que la décision d'utiliser ou non le SIT est basée sur l'intuition ou sur des convictions. On peut donc supposer que des biais individuels jouent également un rôle, un fait qui a déjà été constaté dans d'autres domaines des soins médicaux.

Les considérations qui ont prioritairement influé sur la décision d'avoir recours au SIT lors d'un entretien peuvent être réparties en trois catégories :

- 1) Les sages-femmes interrogées ont indiqué le besoin de clarifier des questions fondamentales, de communiquer les informations en toute tranquillité et de planifier la prise en charge de la famille dans le système de soins suisse.
- 2) Elles ont eu recours au SIT lorsqu'elles ont réalisé qu'elles n'étaient pas en mesure de transmettre les informations au moyen de leurs propres stratégies de communication, telles le langage corporel ou les traductions ad hoc, et qu'elles ne réussissaient pas à susciter les réactions souhaitées de la part des mères.
- 3) Elles ont eu recours au SIT lorsqu'une situation d'urgence se présentait ou qu'elles ont perçu une détresse émotionnelle de la femme.

Dans l'ensemble, les sages-femmes font plus fréquemment appel au SIT si elles sont convaincues que la qualité de la communication est directement liée à la qualité des soins. Elles utilisent consciemment des stratégies pour convaincre les familles des avantages de l'interprétariat par téléphone et pour les intégrer au processus décisionnel en la matière.

Les raisons de renoncer au soutien du SIT étaient très diverses. Certaines sages-femmes estimaient qu'elles réussissaient à transmettre les informations, que ces dernières étaient comprises par les clientes et appliquées de manière suffisante. Beaucoup de sages-femmes étaient convaincues qu'elles avaient un flair pour la situation et qu'elles étaient en mesure de déterminer si leurs informations parvenaient correctement aux femmes. Elles fondaient ce jugement sur les réactions verbales et non verbales des mères. Une autre raison de ne pas utiliser le SIT était que les sages-femmes souhaitaient d'abord établir un climat de confiance avec la famille et n'impliquer le SIT que dans une deuxième étape. Elles y renonçaient également si la famille concernée mettait à disposition une personne qui traduisait et qu'elles jugeaient ces traductions ad hoc suffisantes, ou encore si la famille refusait d'avoir recours au SIT. Certaines sages-femmes ont indiqué que les rôles de genre et les barrières culturelles les empêchaient d'utiliser le SIT. Des obstacles techniques ont rarement été mentionnés. Les avis divergeaient en ce qui concerne les traductions ad hoc. D'une manière générale, les

sages-femmes ont fait l'expérience qu'une traduction ad hoc était rapide à organiser, mais que la qualité et la disponibilité des traducteurs variaient considérablement. Certaines participantes ont indiqué qu'elles savaient bien évaluer la qualité d'une traduction. Dans de nombreux cas, les traductions ad hoc faites par des parents de sexe masculin représentaient un défi particulier.

Sur la base des résultats de cette évaluation, nous recommandons de proposer aux sages-femmes une formation consacrée à l'utilisation du SIT et axée particulièrement sur la pratique. Une telle formation devrait s'adresser aux participantes non seulement sur le plan cognitif, mais aussi sur le plan émotionnel et déclencher des processus de réflexion sur la qualité des soins, sur leurs propres convictions et préjugés et sur les aspects inconscients du processus décisionnel. Nous recommandons d'y intégrer des scénarios de cas et une formation sur les compétences transculturelles et de faire appel à des spécialistes pour aborder le thème de la culturalisation et des stratégies pour l'éviter. Les preuves existantes concernant les avantages de la traduction communautaire devraient être communiquées dans le cadre de la formation de base et continue. Afin d'inciter les familles de langue étrangère à utiliser le SIT, ce service devrait être présenté dès le premier entretien. Nous recommandons en outre de mettre à disposition des familles une brochure d'information succincte dans leur langue nationale. Les sages-femmes pourraient également préparer un bref texte dans la langue respective afin de l'utiliser pour informer oralement sur les avantages du SIT. En ce qui concerne les familles analphabètes, il convient d'envisager de créer une bande dessinée consacrée au SIT qu'elles pourraient visionner sur un portable.

1 Einführung

Seit der Gründung von Familystart steht den betreuenden Hebammen und den von ihnen betreuten Familien ein kostenloser Telefondolmetschdienst (TDD) zur Verfügung, um Sprachbarrieren während der postpartalen Betreuung zu überwinden. Hebammen erhielten ebenfalls das Angebot, an einer Fortbildung zur Nutzung des TDD durch Familystart teilzunehmen. Der TDD wird trotz der garantierten Finanzierung und obwohl ein hoher Anteil der zu betreuenden Familien einen Migrationshintergrund aufweist, verhältnismässig wenig genutzt.

Für die 5-Jahres-Evaluation des Familystart-Versorgungsmodells in Basel wurde daher (neben weiteren Fragestellungen) auch die Frage nach den Gründen der Nicht-Nutzung des TDDs aufgenommen. In diesem Rahmen wurden zwei Gruppeninterviews mit Familystart-Hebammen zu den Entscheidungsprozessen und Hürden rund um den Beizug des TDD durchgeführt. Darauf aufbauend wurden weitere 5 qualitative Einzelinterviews mit Familystart-Hebammen durchgeführt. Diese zusätzlichen Interviews und die Analyse wurden durch das BAG finanziert, um die Analyse breiter abzustützen und den gesamten Korpus des qualitativen Materials wissenschaftlich fundiert mittels der Framework Analyse nach Gale (2013)¹ analysieren zu können.

Die vorliegende Studie hat zum Ziel, den Beweggründen für die Nutzung bzw. Nichtnutzung des TDD durch Gruppengespräche und vertiefende semi-strukturierte Einzelinterviews auf den Grund zu gehen. Die hieraus gewonnenen Resultate und Erkenntnisse werden vorgestellt und aus den Studienergebnissen werden Lösungsansätze und Empfehlungen generiert, die zur adäquateren Nutzung des TDD beitragen sollen. Zudem wird Material für Schulungszwecke entwickelt, das in Fortbildungen eingesetzt werden kann.

2 Methode

Für die Evaluation der Nutzung bzw. der Nichtnutzung des von Familystart angebotenen TDD für die postpartale Betreuung von fremdsprachigen Familien wurde ein „mixed-method“ Ansatz gewählt, um möglichst umfangreiche Informationen zu erhalten. Hierfür wurden in einem ersten Schritt zwei Fokusgruppendifkussionen (FGD) und in einem zweiten Schritt fünf vertiefende Einzelinterviews mit Hebammen von Familystart mittels eines leitfadenbasierten Fragebogens (qualitativ) durchgeführt als auch ein Kurzfragebogen (quantitativ) eingesetzt. Der leitfadenbasierte Fragebogen für die FGD (s. Anhang 1) enthielt Fragen zu erlebten Verständnisschwierigkeiten und Sprachbarrieren; zur Nutzung und Erfahrungen mit dem TDD; zum Umgang mit der Kommunikation ohne TDD mit fremdsprachigen Familien und den sich

¹ Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Medical Research Methodology 2013,13:117

hieraus ergebenden Vor- und Nachteilen; zu den Gründen und Hürden für die geringe Nutzung des TDD und zu Situationen und Erfahrungen, in denen der TDD genutzt wurde. Des Weiteren wurden zwei Szenarien präsentiert, in welchen Hebammen den TDD genutzt beziehungsweise nicht genutzt haben. Die Teilnehmenden wurden nach ihrer spontanen Meinung gefragt, mit wem sie sich am ehesten identifizieren können und aus welchen Gründen dies der Fall sei. Abschliessend wurden die Familystart-Hebammen nach Verbesserungsvorschlägen des TDD gefragt, die zu einer höheren Nutzung des Dienstes führen könnten. Basierend auf einem ersten Analysedurchgang der FGD wurde der Leitfaden für die Einzelinterviews leicht modifiziert (s. Anhang 2). Er wurde um vertiefende Fragen in Bezug auf Grundüberzeugungen der Familystart-Hebammen, potentielle innere Zensuren und Anwendungsstrategien beim Hinzuziehen des TDD ergänzt. Ein Kurzfragebogen (siehe Anhang 3) enthält soziodemografische Fragen als auch Fragen zu absolvierten Fortbildungen, zur Nutzung bzw. Nichtnutzung des TDD und zur Zufriedenheit mit dem TDD. Neben geschlossenen Fragen gab es auch die Möglichkeit, in einem offenen Textfeld Verbesserungsvorschläge für den TDD anzubringen.

Vor der Durchführung der FGD und Einzelinterviews und der anschliessenden Abgabe des Kurzfragebogens wurden die Teilnehmenden über den Ablauf, die Nutzung der Daten, die Anonymisierung der verschriftlichten Interviews als auch die Nutzung des Aufnahmegeräts zur besseren Transkription der Interviews aufgeklärt und ihr schriftliches Einverständnis eingeholt. Eine Kopie des Informations- und Aufklärungsschreibens wurde den Hebammen zur Verfügung gestellt. Für die erste FGD wurden insgesamt 10 Hebammen eingeladen, wovon 8 Hebammen teilgenommen haben. Zur zweiten FGD wurden 7 Hebammen eingeladen, es nahmen jedoch nur 2 Hebammen teil. Diese FGDs fanden am 11. und am 17. September 2017 statt und dauerten je ca. 2 Stunden.

Für die Einzelinterviews standen insgesamt 17 in der Nähe von Basel wohnhafte Familystart-Hebammen zur Auswahl. Diese wurden von Familystart per Email zur Studienteilnahme eingeladen und im Anschluss telefonisch kontaktiert. Zunächst wurden nach dem Zufallsprinzip jene Hebammen kontaktiert, die den TDD gemäss Familystart-Statistik häufig nutzen. Nach erfolgter Terminvereinbarung mit 2 Hebammen wurden nach dem Zufallsprinzip weitere Hebammen kontaktiert, die den TDD nur selten oder noch nie genutzt haben. Nach dem drei Termine vereinbart werden konnten, wurde die Rekrutierung beendet. Drei Hebammen hatten telefonisch nicht erreicht werden können. Die Einzelinterviews fanden am 27. und 28. November 2018 am Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut statt.

Die Kurzfragebogen (N=10 für die FGD, N=5 für die Einzelinterviews) wurden mittels Excel ausgewertet. Die qualitativen Daten wurden nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz

(2007)² verbatim transkribiert. Im Anschluss wurden die qualitativen Daten mittels MaxQDA kodiert und nach dem Prinzip der Framework-Analyse von Gale et al. (2010)³ analysiert. Hierfür wurden in den FGD insgesamt 7 Hauptkodes und dazugehörige Sub-Kodes gebildet (s. Anhang 4), in den Einzelinterviews waren es ebenfalls 7 Hauptkodes und zugehörige Subkodes (s. Anhang 5). Teilweise wurden sogenannte In-Vivo Codes direkt aus dem Textmaterial gewonnen. Insgesamt sind für die FGD 295 Kodierungen erfolgt, für die 5 Einzelinterviews waren es 411 Kodierungen.

3 Resultate

Im Folgenden werden die quantitativen Ergebnisse aus dem Kurzfragebogen und die aus der Analyse der FDG und Einzelinterviews gewonnenen qualitativen Ergebnisse beschrieben.

3.1 Auswertung des Kurzfragebogens

Alle interviewten Hebammen füllten den Kurzfragebogen aus (N=15). Der Altersdurchschnitt der befragten Hebammen betrug 52.9 Jahre (min. 36, max. 68 Jahre); Im Durchschnitt waren sie bereits 26.7 Jahre als Hebamme tätig (min. 9 Jahre; max. 40 Jahre). Mit Ausnahme einer Person mit doppelter Staatsbürgerschaft hatten alle Hebammen die Schweizer Nationalität. Alle sprachen Schweizerdeutsch, je 10 Hebammen zudem Englisch und Französisch, 5 Italienisch und je eine Spanisch und Rätoromanisch (s. Abb. 1).

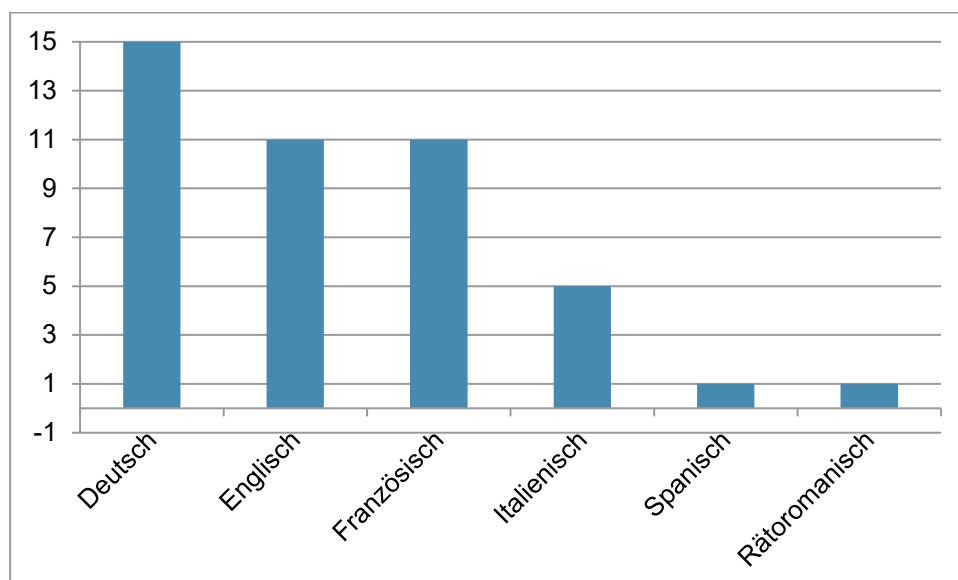


Abbildung 1 Von Familystart-Hebammen gesprochene Sprachen (N=15)

² Kuckartz, U., Dresing, Th., Rädiker, S., Stefer, C. (2007): Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis; Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

³ Gale et al. (2010) Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941117/>. *BMC Med Res Methodol.* 2013 Sep 18;13:117. doi: 10.1186/1471-2288-13-117. Accessible here: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-13-117> (Accessed: 12.12.2018).

Alle von uns befragten Hebammen hatten an der von Familystart angebotenen *Fortbildung zum TDD* teilgenommen (s. Abbildung 2), wobei eine allerdings nur während 30 Minuten Informationen erhalten hatte. Zwei Hebammen hatten eine Fortbildung zum Dolmetschen vor Ort besucht, 5 Hebammen eine *Fortbildung zu Transkultureller Kompetenz*. Vier weitere Interviewte gaben an, *andere Fortbildungen* besucht zu haben. Die verschiedenen Fortbildungen unterschieden sich in der Anzahl der absolvierten Stunden. Während die Hebammen, welche die Fortbildungen zur Nutzung des TDD oder jene zur transkulturellen Kompetenz absolviert haben, einen ganzen Tag (ca. 6 Stunden) teilnahmen, variierte der Umfang der absolvierten Stunden zum Dolmetschen vor Ort wie auch jene der anderen Fortbildungen stark.

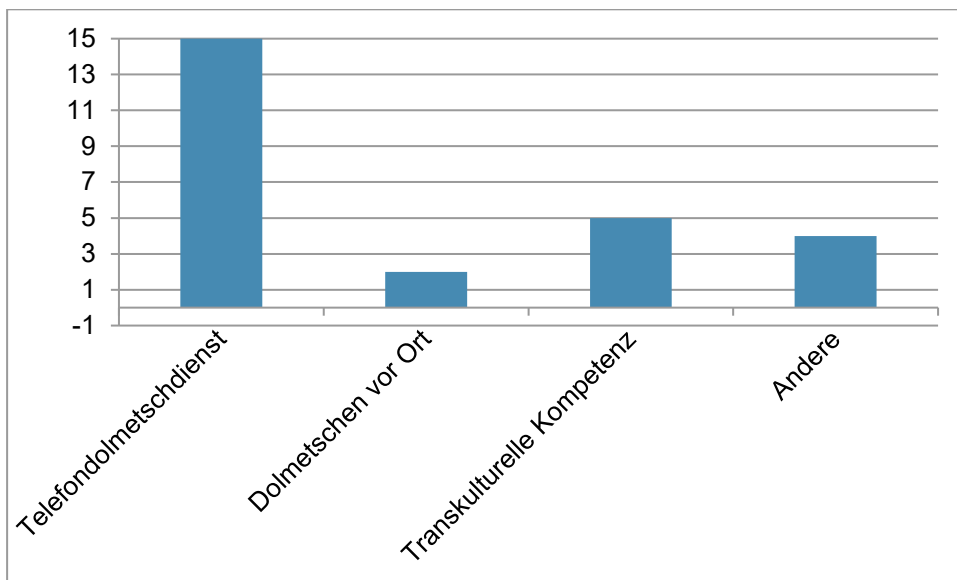


Abbildung 2: Von Hebammen absolvierte Fortbildungen (N=15)

Nutzung des TDD: In den FGD gaben 3 der 10 Hebammen an, den TDD im Zeitraum von August 2016 – August 2017 kein einziges Mal genutzt zu haben (s. Abb. 3), von den 7 Nutzerinnen des TDD wurde dieser in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt 2.6mal herangezogen (min. 1mal, max. 4mal). Zwei der 5 in Einzelgesprächen interviewten Hebammen hatten den TDD bisher ebenfalls noch nie genutzt, eine der Hebammen nicht im letzten Jahr. Von den 2 Nutzerinnen des TDD wurde dieser in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt 6.5mal beigezogen (min. 5mal, max. 8mal).

Nutzung des TDD	FGD N=10	Einzel-Interviews N=5
TDD noch nie beigezogen	3	2
TDD im letzten Jahr nicht beigezogen	-	1
Im letzten Jahr TDD beigezogen	7	2
Durchschnittl. Anzahl TDD-Nutzungen	2.6 (1-7mal)	6.5 (5-8mal)

Tab. 1: TDD – Nutzung durch Hebammen, die an FGD bzw. an Einzelinterviews teilgenommen haben

Um zu sehen, ob die TDD-Nutzung mit der Anzahl Stunden der absolvierten Fortbildungen zum Dolmetschen beziehungsweise zum TDD zusammenhängt, wurde in einer Regressionsanalyse der TDD-Beizug in Abhängigkeit von der Anzahl Stunden der durch die Hebammen besuchten Fortbildungen analysiert. Diese Analyse ergab jedoch keine klare Aussage. Ein leicht positiver Zusammenhang kam durch eine einzelne Hebamme mit sehr ausgeprägter TDD-Nutzung zustande. Wurde sie von der Analyse ausgeschlossen, zeigte sich kein Zusammenhang.

3.2 Auswertung der FGD und Einzelinterviews

Nachstehend werden die Ergebnisse der FGD und Einzelinterviews beschrieben.

Alle von uns interviewten Hebammen berichteten von Situationen während der postpartalen Hausbesuche, in welchen sie die sprachliche Barriere als Herausforderung wahrgenommen hatten. Die Situationen variierten von „normalen“ Besuchen mit einem Routineablauf (Erstgespräch, Anamnese etc.), bis hin zu Notfallsituationen, bei welchen das Kind zum Beispiel stark an Gewicht verloren hatte und umgehend von Seite der Hebamme reagiert werden musste. Die Sprachbarrieren wurden als sehr unterschiedlich herausfordernd betrachtet. Die Hebammen setzten meist vorerst eigene Kommunikationsstrategien ein und zogen, falls ihnen diese nicht als ausreichend erschienen, oft ad hoc Übersetzende wie Familienmitglieder heran, bevor sie den TDD einschalteten. Sie beschrieben jedoch auch Situationen, in welchen sie direkt den TDD beigezogen. Die Zufriedenheit mit dem TDD war in der Regel gut.

Nachstehend werden die Ergebnisse zum Entscheidungsfindungsprozess dargestellt, indem Gründe danach gruppiert werden, ob sie sich im Laufe der Entscheidungsfindung für den Beizug des TDD als fördernd (Kap. 3.2.1) beziehungsweise hindernd (Kap. 3.2.2) erwiesen haben. Eine Synopsis der Einflussfaktoren der Nutzung und erfolgreiche Strategien werden zudem tabellarisch dargestellt (Kapitel 3.2.6).

3.2.1 Gründe, die zum Beizug des TDD führen

In diesem Kapitel werden die Gründe beschrieben, die beim Entscheidungsprozess der Hebammen, ob sie den TDD beiziehen oder davon absehen sollen, dazu beigetragen haben, den TDD tatsächlich beizuziehen.

Die Gründe, warum schliesslich der TDD von den Hebammen herangezogen wurde, lassen sich in die nachstehenden Hauptkategorien aufteilen.

Informationsvermittlung, Klärung und Planung der weiteren Versorgung

Der TDD wurde genutzt, um in aller Ruhe Informationen zu vermitteln und die weitere Versorgung zu planen. So berichtete zum Beispiel eine Hebamme: *„Also ich habe... ich finde es gibt wie zwei Beispiele. Das eine ist... ich habe einmal erlebt, wo es eigentlich nicht grosse Themen gehabt hat, aber es ist einfach mal nötig, dass man sich mal versteht. Dass man so gewisse Sachen einfach klären kann. So Grundsachen. Und dort habe ich vielleicht zwei oder drei Mal dann den Dolmetscher [herangezogen]... aber es ist so ganz in einem ruhigen Rahmen, alle sind einverstanden.“* Und eine weitere Hebamme erzählt: *„Also vor allem ist es manchmal schwierig - also das ist eine Frau aus Land XX gewesen, [sie] hat Deutsch gekonnt, aber es ist für mich immer wieder die Frage gewesen: Wie weit hat sie alles verstanden, was ich ihr vermittle. Und anhand von dem, was auch beim zweiten, dritten Besuch wieder [an] Fragen zurückgekommen sind von Sachen, die ich gerade erklärt habe, habe ich sagen müssen: Ok und jetzt muss ich doch einen Dolmetscherdienst haben. (...) Und mit dem Dolmetscherdienst (...) ist mir sehr klar und bewusstgeworden, sie hat vielleicht knapp die Hälfte von alledem verstanden, was ich [ihr] bei den letzten Besuchen erklärt habe.“* Die Hebammen wollten auch sicherstellen, dass die weitere Versorgung der fremdsprachigen Familie und ihrer Kinder gewährleistet ist. So berichtet eine Hebamme: *„Und dann kommt es natürlich immer drauf an, um was geht es - was will ich vermitteln? Und wenn es dann (...) wichtige Sachen sind, wie zum Beispiel, ihnen zu vermitteln: Mütter-, Vätervermittlung oder der Arzttermin (...), weil ich finde, das sind wichtige Sachen, das müssen sie wissen, sie müssen da hingehen! (...) Und wenn dann das nicht aufgenommen wird, dann gehen die durch (...) wie sagt man: durch die Laschen durch. Und die sind dann einfach nicht weiterbegleitet.“*

Eine andere Hebamme berichtet: *„Und dann, wenn du [dich] weiter (...) einarbeitest, merkst du (...) was sie brauchen und was sie einfach auch alles nicht wissen! Ich denke [an Angebote] wo sie auch nie hingehen würden, wenn wir die Infos am Anfang nicht geben. Also dann sind sie einfach irgendwie drei vier Jahre (...), ja, tun sie ihre Kinder erziehen und sie wissen nicht, wie viele Angebote (...) wir eigentlich haben, um die Kinder oder sich selber fördern. (...) ich denke, wenn du jetzt zwanzig Minuten einen Dolmetscher nehmen würdest, musst ja nicht vielleicht das erste Mal schon einen nehmen, vielleicht erst das zweite, oder dritte Mal, wo viele Fragen zusammenkommen. Und [du] dann die wichtigen Sachen wirklich ansprechen [kannst] (...) Also ich denke, man kann das wohl ein bisschen mischen das Ganze. Aber ich*

denke, der Anfang ist Investition für die Zukunft. [Das] finde ich sehr, sehr wichtig. Ob jetzt Migrantin oder Schweizerin oder was auch immer.“

Bei den Schilderungen der einzeln interviewten Hebammen war zudem interessant, dass alle Beispiele schilderten, bei welchen sie den TDD nicht beim ersten Hausbesuch eingesetzt hatten, sondern erst später. Um den richtigen Zeitpunkt zu wählen, sagten viele der interviewten Hebammen, dass sie sich auf ihre Intuition verlassen würden. In der Regel wurde der erste Besuch als ein Orientierungsbesuch geschildert. Als Grund hierfür wird das Bedürfnis angegeben, zunächst die Frau bzw. Familie kennenzulernen, die Sprachbarriere einschätzen zu können und Vertrauen aufzubauen. Andere betonten, dass sie den Frauen und ihren Familien, die nur wenig Deutsch sprachen, auch eine gewisse Wertschätzung entgegenbringen wollten, bevor sie den TDD einsetzen. Eine Hebamme berichtete hierzu: *„Wenn die etwas Deutsch können, warte ich erst mal noch. Denn es ist immer auch das Diplomatische: Die Leute bemühen sich ja sehr, und ich will es wertschätzen, dass sie tatsächlich Deutsch lernen. Und ich will diese Fähigkeit nutzen und ihnen zeigen, dass das hilfreich und gut ist. Darum nutze ich den Telefondolmetschdienst vielleicht noch nicht gleich beim ersten Besuch. Ausser es ist etwas Schwieriges. Dann lerne ich die Familie erst kennen, und erst am zweiten Tag greife ich darauf zurück, weil sie vielleicht etwas genauer wissen sollten. Dann schalte ich den Telefondolmetschdienst ein.“* (Hebamme 2).

Informationsvermittlung gelingt nicht

Als Auslöser für den Einbezug des TDD wurden sehr unterschiedliche Aspekte angeführt. In den meisten Fällen hatte die Hebamme den Eindruck, die Kommunikation mit den Klientinnen verlaufe nicht befriedigend und wichtige Informationen würden verloren gehen, oder es musste ein Thema besprochen werden, bei dem die Übersetzung durch ein Familienmitglied nicht adäquat erschien. Eine Hebamme schildert dies so: *„Ja, oder sie guckt mich ganz verwirrt an. Oder sie macht diese Handbewegung, wo man weiss: Sie hat es einfach nicht verstanden. Das machen die wenigsten. Da muss man richtig aufpassen. Die meisten tun einfach so. (Andere Kultur.) Ja, andere Kultur. Die sind dann zu höflich und sagen: Ja ja. Da versuche ich, immer Sachen zu thematisieren, die wir sofort auch anwenden. Ich glaube, das ist eine Strategie, die man als Hebamme einsetzen muss, weil die Stilledehnung da ist, und zwar egal in welcher Sprache. Ausserdem sind die einfach müde, gestresst, fix und alle. Die wollen einfach nur, dass gewisse Dinge funktionieren. Wenn wir jetzt über Kultur sprechen: Es gibt Frauen, zu denen komme ich am Tag 3 oder 4 zum ersten Hausbesuch, und es ist wirklich alles andere wichtig als das Kind zu baden. Es ist wirklich alles andere wichtiger als das. Aber es gibt Kulturen, da komme ich nicht umhin, da muss ich ein schreiendes Kind baden, weil es sein muss.“* (Hebamme 3)

Einige Hebammen berichteten von Situationen, in denen sie nicht weiterwussten. Entweder konnten sie verbal keine Verbindung zur Frau aufbauen, oder diese schottete sich sogar mehr ab und schien sich in einer emotionalen Notlage zu befinden.

Der Beizug des TDD wurde zudem auch durch weiterführende Fragen der Frauen ausgelöst, die über die Sprache mit Händen und Füßen nicht beantwortet werden konnten.

Auch wurde als Auslöser der Nutzung bezeichnet, wenn die Hebammen alleine mit den von ihnen betreuten Frauen waren und die Person, die bisher die ad-hoc Übersetzung übernommen hatte, nicht anwesend war. Oftmals wurde auch angemerkt, dass beim Letztgespräch die übersetzenden Väter oft nicht mehr anwesend waren, weshalb der TDD eingesetzt wurde.

Notlagen und medizinische Notfallsituationen

Häufig wurde der TDD in Situationen herangezogen, in denen sich die Hebammen in einer Notlage sahen und sich selber „ohnmächtig“ oder „verzweifelt“ fühlten, oder wenn sie bei den Frauen eine emotionale Notlage wahrgenommen haben. Eine Hebamme berichtete zum Beispiel von einer Situation, in der eine von ihr betreute Frau sehr aufgeregt und nervös war: *„[Ich] habe (...) einfach gemerkt, die will mir irgendetwas erzählen und es geht nicht. Und dann habe ich den Dolmetschdienst angerufen und habe wirklich ganz schnell jemand dran gehabt. Und dann ist das so eindrücklich gewesen. Dann hat die angefangen zu weinen und [hat] angefangen [zu] erzählen, was das Problem ist in dem Haus“.* Die emotionale Stimmung und Psyche der Mutter ist ein wichtiger Faktor in der Entscheidung, den TDD hinzuzuziehen. Eine Hebamme erzählt: *„Jein. Ich erinnere mich an eine Person, bei der ich den Telefondolmetschdienst eingeführt habe, weil ich gemerkt habe, dass die Frau so sehr Heimweh hat und mit niemandem reden kann. Und jetzt muss sie ihre Muttersprache hören, sonst nichts. Alles war in Ordnung. Aber das habe ich der Dolmetscherin auch gesagt. Und das hat geklappt, und die Frau hat [geweint]. Das ist auch ein Grund für mich, den Telefondolmetschdienst einzuschalten. Vielleicht dürfte ich Ihnen das gar nicht sagen. (Natürlich dürfen Sie das.) Die Seele hat geblutet, und das geht für eine Mama nicht. Und das Herz schlägt in all deren Heimatländern. Da kann ich doch nicht einfach zuschauen, da muss ich dann etwas machen. Und der Telefondolmetschdienst ist der Dienst schlechthin, oder? (...) das ist Heimat, das ist Herz. Oder? Jetzt muss ich selber fast weinen.“* (Hebamme 4)

Auch medizinische Notfallsituationen wurden von allen Hebammen als Grund genannt, den TDD hinzuzuziehen. So berichtete eine Hebamme: *„Das war ganz klar ein Trigger-Punkt. Und zwar am vierten oder fünften Tag, als das Kind immer mehr abgenommen hat und immer [fahler] wurde. Da habe ich gesagt: Ich muss jetzt dem Kind Blut abnehmen und mit ihm zum Kinderarzt. Bis ich das erklärt habe, ist ja eine halbe Ewigkeit vergangen, und sie hat es nicht verstanden und ist total zugegangen. Sie hat das Kind genommen, ist ins untere Doppelbett, hat mir den Rücken zugekehrt und fertig. Aus war's. Da habe ich gewusst: No way. Jetzt kann mir nur noch der Telefondolmetschdienst helfen. Die Missverständnisse, die da passiert sind... Ich war sehr lieb und zugewandt zu ihr, also gar nicht heftig, wie es jetzt tönt. Das hat alles nichts gebracht.“* (Hebamme 4)

Alternative Strategien reichen nicht aus

Vor dem Heranziehen des TDD wurden von Seiten der Hebammen oftmals alternative Strategien herangezogen. Zu den alternativen Strategien gehörte zunächst die Konversation mittels einzelner Wörter, Handzeichen, Mimik, das Aufmalen von Instruktionen, das Gestikulieren, das Zeigen von Fotos oder Videos oder das Anfertigen von Bildern. Eine Hebamme berichtete: *„In schwierigen Fällen ist eine Übersetzung wirklich wichtig, aber sonst kann man es eigentlich noch gut händeln, auch wenn es nicht perfekt ist, aber man kriegt in der Stimmung mit: das Ganze ist getragen...“*. Eine weitere alternative Strategie bestand darin, Einladungen anzunehmen, wie z.B. einen Tee zu trinken; sich über Rituale in der Kultur der Frau auszutauschen, die mit der Geburt eines Kindes zu tun haben; sich über Rezepte oder Gewürze auszutauschen, oder an einem Telefonat mit einem Verwandten im Ausland teilzunehmen, um der Familie näher zu kommen. Sofern auf diese Weise die Kommunikation als nicht ausreichend wahrgenommen wurde, wurde ein Familienmitglied oder eine bekannte Person für die Übersetzung herangezogen. Oftmals wurde der Vater des Kindes, die Schwiegermutter oder eine nahe Verwandte als Übersetzende herbeigezogen. Die interviewten Hebammen betonten jedoch, dass die Komplexität der Kommunikation zunimmt. Es gelte, die richtigen Worte zu finden, einen ruhigen Raum zu gewähren. Gestik und Mimik lassen sich nicht mehr einsetzen bzw. auf eine andere Art, und die Sprache müsse angepasst werden. So beschreibt eine der Interviewte: *„Ich bin jemand, der wahnsinnig viel mit Händen und Bildern arbeitet. Ich weiss gar nicht, wie ich all die Dinge beim Dolmetschen in Worte packen soll. Ich arbeite also viel mit Bildern, suche sie mir auch über Google raus und zeige sie. Aber man muss dazu sagen, dass ich diese Frau schon beim ersten Kind betreut hatte. Es war also nicht anders. Wir haben immer darauf geachtet, dass der Partner dabei war, weil das dann besser funktioniert hat.“* (Hebamme 3)

Und: *„Ich würde sagen: Erstens merkt man meistens, wenn jemand etwas verstanden hat. Das Nicken an sich bedeutet ja nicht, dass jemand etwas verstanden hat (...). Man kann das ja auch einfach so machen, indem man sagt: Sie soll es jetzt mal machen. Und wenn sie es nicht umsetzen kann, weiss man, dass sie es nicht verstanden hat. Dann versuche ich es mit Bildern, und es kommt immer noch nicht an. Und dann entscheide ich: Okay, jetzt rufe ich jemanden an“* (Hebamme 3).

Erst wenn die Hebammen den Eindruck hatten, dass die Informationen auch auf diesem Weg ungenügend vermittelt werden konnten, oder wenn eine Notfallsituation erkennbar war, setzten sie den TDD ein.

3.2.2 Gründe für die Nichtnutzung des TDD

Viele Hebammen kommunizieren mit den von ihnen betreuten fremdsprachigen Frauen und dazu gehörigen Familien zunächst mit Händen und Füßen oder greifen auf ad hoc Übersetzende zurück. Grund hierfür ist meist, dass sie zunächst herauszufinden versuchen, ob die sprachliche Barriere zu überwinden ist, sich einen Überblick über die Gesamtsituation verschaffen und das Vertrauen mit der Frau und ihrer Familie aufbauen wollen. Wenn sie den Eindruck haben, dass sie die Informationen erfolgreich vermitteln können, sehen sie vom Beizug des TDD ab.

Im Folgenden werden die Gründe beschrieben, welche beim Entscheidungsprozess dazu beitragen, den TDD nicht zu benutzen. Dabei werden einerseits Gründe ersichtlich, die von den interviewten Hebammen auf Seite der Frauen/Familien situiert werden, andererseits auf Seite der Hebammen selber. Die Gründe für die Nichtnutzung von Seiten der Hebammen waren vielschichtig und teilweise situationsabhängig. Ein besonderes Augenmerk der Analyse lag auf den in den Einzelinterviews angesprochenen Grundüberzeugungen und allfälligen eigenen Zensuren der Hebammen.

Eindruck, die eingeschränkte Verständigung beziehungsweise die ad hoc-Übersetzung reiche aus

Allgemein herrschte bei der Mehrzahl der interviewten Hebammen die Meinung vor, dass die Verständigung ausreiche, so lange eine Kommunikation mittels einzelner Wörter und Körpersprache zustande kam, auf die auch adäquate Reaktionen (verbale/non-verbale) erfolgten, und die Gesundheit des Kindes und der Mutter nicht gefährdet schien. Viele der Hebammen berichteten, dass die Kommunikation mit Händen und Füßen oder durch die Übersetzung eines Familienangehörigen oder Bekannten der Familie in der Regel zufriedenstellend verlaufen sei. So erzählte eine Hebamme: *„Also es ging alles so seinen Lauf. Es war nichts Dramatisches mehr (...). [Daher] [r]eichte diese wenige... diese wenige Sprachmöglichkeit.“*

Insbesondere jene Hebammen, die den TDD noch nie genutzt hatten, gaben an, dass die Betreuung ihrer Einschätzung nach bisher immer mit ein paar Wörtern aus anderen Sprachen funktioniert hat. Zudem wurde der Mehrwert der verbalen Sprache als überbewertet bezeichnet. Vielmehr betonte eine der Hebammen die Wichtigkeit der non-verbale Sprache und beschreibt es folgendermassen: *„Ich merke aber auch, dass wenn wir eine andere Kultur haben und ich jemanden zum Übersetzen nutze, dass sich die Frauen häufig auch mehr öffnen, weil man ihren Umkreis mit da reinnimmt. Wenn die Schwiegermutter etwas sagt, frage ich auch, was sie gesagt hat. Das klingt vielleicht ganz schräg, aber man muss die Sprache fast nicht mehr verstehen. Es gibt einfach gewisse Dinge, da weiss man: Der tut die Brust weh. Die hat jetzt gefragt, ob man endlich [den Nuggi] geben kann. Es ist diese Körpersprache. (Interviewerin: Sie lesen zwischen den Zeilen.) Ja, und ich frage nach. Ich frage nach, worum*

es ging. Ich will ja wissen, was los ist. Was ist die Situation, was ist gerade wichtig? Es kommt ganz häufig vor, dass eine Frau in ihrer Sprache mit ihrem Mann spricht, oder sonst mit jemandem. Und ich frage spezifisch nach, ob es sich gerade darum handelt. Und das ist häufig der Fall. Es gibt natürlich Hauptthemen. Niemand fragt mich etwas zu Politik, weil ich auch nichts dazu zu sagen hätte. Aber da sind ja meine Themen, sozusagen.“ (Hebamme 3). Und die andere Hebamme sagt: *„Aber wenn das Wochenbett gut läuft... Es gibt viele Frauen, die nur Bestätigung brauchen. Das kann man gut mit Händen und Füßen machen. Oder wir wickeln das Kind zusammen, und das zeigt man dann. Solche Sachen. Es ist ja oft so, dass man einfach für sie da sein und gar nicht viel reden muss.“* (Hebamme 5)

Eine andere Hebamme betonte, dass sie, solange die Frau ihren Anweisungen korrekt folgen konnten, sie den TDD nicht beiziehe, da sie auch nicht „zu fest“ auf die Frau „einreden“ oder gar eine voyeuristische Position einnehmen wolle. Insbesondere bei Müttern, die bereits mehrere Kinder hatten, wurde eine entsprechende Erfahrung vorausgesetzt und oftmals war die Einschätzung so, dass kein Bedarf am TDD bestehe. Eine Hebamme schilderte eine Situation, in der der Kindsvater einer fünffachen Mutter mitteilte, dass kein Bedarf bestehen würde. Um das Vertrauen nicht zu verspielen, entschied die Hebamme sich schliesslich gegen das Hinzuschalten des TDD. So berichtete sie: *„Dann meinte sie: Ja, es ist ja das fünfte Kind, ich habe keine Fragen. (Das kam von der Frau selber.) Das kam von ihr, ja. Ich glaube ihm auch, dass er das richtig übersetzt hat. Sie ist sehr mit den Kindern beschäftigt und weiß, was sie machen muss. Da war es jetzt so, aber mit ihr hätte ich gern mal noch über den Telefondolmetschdienst geredet. Vielleicht müsste man das konsequenter machen. Man will ja das Vertrauen von beiden haben, von Mann und Frau. Da muss man abwägen, dass man das nicht gegen ihren Wunsch macht. Es ist schon immer so: Manchmal passt es wirklich nicht hundertprozentig mit dem Dolmetscher. [Und] manchmal müsste man das noch besser übersetzen können.“* (Hebamme 1)

Zum ersten Hausbesuch merkten alle Hebammen an, dass die Zeit zu kurz wäre, um den TDD einzuplanen; sie gaben jedoch auch an, dass sie, wenn es absolut notwendig wäre, den TDD selbstverständlich nutzen würden. Eine Hebamme findet es schwierig, in der Situation noch eine dritte Person mit „ins Spiel“ zu bringen. Andere scheuen den Aufwand, der in ihrer Wahrnehmung mit dem Einsatz des TDD verbunden ist. Eine andere Hebamme, die den TDD an sich häufig nutzt, stellte fest, dass sie den TDD noch nie während einer Untersuchung eingesetzt hatte: *„Ich habe während der Untersuchung die Telefondolmetscherin noch nie dabeigehabt, das braucht arg viel Zeit. Je nach Situation habe ich es bisher immer so gemacht, dass ich das Gespräch mit der Telefondolmetscherin davor oder danach geführt habe. (...) Man hat dann jemanden am Telefon, der übersetzt, aber wahrscheinlich würde das den Ablauf der Untersuchung unterbrechen. Genau. Deshalb mache ich das vorher oder nachher.“* (Hebamme 2)

Zu den Hürden des TDD-Bezugs zählt zudem die Wahrnehmung, dass die ad-hoc übersetzende Person die deutsche Sprache gut bis sehr gut beherrschte und somit der TDD der Einschätzung der Hebamme nach nicht notwendig war. Mehrfach wurde eine Situation geschildert, in welcher der Vater des Kindes (oder ein anderes Familienmitglied) die ad-hoc Übersetzung übernahm und gutes Deutsch sprach. Hier zog eine der interviewten Hebammen aus Höflichkeit den TDD nicht heran, hatte jedoch gleichzeitig das Gefühl, dass sie möglicherweise mit dem TDD mehr Informationen erhalten hätte.

Auch wollten die Hebammen die Bemühungen der Frau, der übersetzenden Person oder der Familie wertschätzen und entschieden aus diesem Grund, den TDD nicht einzusetzen. Eine Hebamme beschreibt ihre Erfahrungen folgendermassen: *„Anfangs habe ich deshalb den Dolmetscher oft nicht verwendet, weil es doch irgendwie knapp ging, aber dennoch für mich unbefriedigend war. Ich habe es dann nicht übers Herz gebracht oder keine Strategie gefunden, wie ich das anbieten kann[...]“* (Hebamme 2)

Eindruck, alternative Strategien in der Kommunikation reichen aus

Die interviewten Hebammen berichteten von einer Fülle an alternativen Strategien, die sie zur Kommunikation mit fremdsprachigen Familien während der postpartalen Betreuung einsetzen. Diese reichten von der verbalen Kommunikation, dem Einsetzen von Händen und Füßen in Kombination mit vereinzelt Wörtern bis zum Einsetzen von Mimik und Gestik, Zeigen und ‚Abschauen und Nachmachen lassen‘. Google Translate wurde ebenfalls für die Übersetzung einzelner Wörter eingesetzt. In der verbalen Kommunikation wurde von Seiten der Hebammen auch unbewusst das „Probing“⁴ als Mittel eingesetzt, um zu testen, ob Frauen die Informationen verstanden hatten oder umsetzen konnten. So erzählt eine Hebamme: *„Ich sehe meine Hauptaufgabe darin, die Eltern darin zu bestärken, mit dem Kind klarzukommen, und zwar auf dem Weg, auf dem sie sich das wünschen, und das ist bei allen Frauen das Stillen. Und das geht wirklich mit Körpersprache. Auch wenn ich eine Schweizer Familie habe, zeige ich das trotzdem mit Körpersprache. Das macht es einfach so viel leichter. Ich bin keine Italienerin, aber meine Hände bewegen sich trotzdem immer.“* (Hebamme 3)

Bei einer Frau mit Verstopfung berichtet dieselbe Hebamme, wie sie ein Bild eingesetzt hat: *„Meistens ist es nur ein Wort. Häufig ist es ein Wort für ein Lebensmittel, und das lässt sich mit Google-Bildern besser zeigen als eine Frau, die Verstopfung hat. Oder? Zwetschgen und Feigen. Blöde Wörter. Also wirklich ganz schwierige Wörter, egal in welcher Sprache. Ein Bild, und die Sache ist klar.“* (Hebamme 3). Viele Hebammen fertigten Zeichnungen an, oder hatten Modelle, Fotos, Videos oder Bilder dabei oder suchten diese im Internet.

⁴ Unter dem sogenannte „Probing“ wird eine Interviewtechnik verstanden, mit der die interviewende Person versucht, Inhalte zu klären oder weiterführende Antworten auf eine Frage zu erhalten. Hierfür wird die Frage unter Verwendung anderer Worte wiederholt oder mittels Beispielen verdeutlicht (Roe JD. Probing. In: Ed. Lavrakas PJ. Encyclopedia of Survey Research Methods. Available at <http://sk.sagepub.com/reference/survey/n408.xml>)

Verwandte wurden ebenfalls strategisch in die Kommunikation eingebunden. Wenn die Hebamme zum Beispiel beobachten konnte, dass die Schwiegermutter sehr engagiert darin war, die Frau mit Essen zu versorgen, wurde diese in das Gespräch über Nahrungsmittel mit eingebunden. Ebenfalls wurde von einer Hebamme eine Liste mit Tipps z.B. zum Stillen an die betreute Frau ausgehändigt. Als weitere Strategie gab eine Hebamme an, dass sie den Partner, der die Übersetzung übernehmen würde, aber beim vereinbarten Termin des Hausbesuchs nicht anwesend sein konnte, bat, Fragen im Vorhinein zu notieren. Sie beantwortete diese dann entweder schriftlich oder rief den Partner später per Telefon an, um die Fragen zu beantworten. Eine andere Hebamme wiederholte Informationen und legte darüber Protokolle an. Wissen über die Herkunftsländer der Frauen wurde ebenfalls strategisch eingesetzt, um Vertrauen aufzubauen und einen Weg zur Kommunikation zu finden. So beschreibt eine Hebamme, die sich mit dem Essen des Herkunftslandes einer Klientin sehr gut auskannte: *„Das habe ich bei der Frau lang und breit ausgebreitet [dass sie sich mit dem Essen des Herkunftslandes der Frau auskennt]. Und das hat sie total gepackt. {lacht} Das hat sie total gepackt. Sie hat mir dann XXX (Essen des Landes) gemacht, wenn ich bei ihr war. Und erst dann hat sie mit mir geredet, dann hat sie sich geöffnet. Aber vorher war sie eine Wand. Das war nicht so einfach. Geduld, oder? Wenig sagen, aber freundlich lächeln, Schuhe ausziehen, Hände waschen. Bei den XXX (Nationalität) ist das auch wichtig. Man muss auch ein bisschen die Kulturen kennen, wirklich, sonst trampelt man einfach rein. Das habe ich alles gemacht, weil ich es einfach kannte. Und das hat dann bewirkt, dass sie aufgegangen ist.“* (Hebamme 4).

Auch der Vertrauensaufbau erschien als Schlüsselement für die Kommunikation, und zwar unabhängig vom Beizug des TDD. Hebammen, die den TDD nicht oder nur selten nutzen gaben an, dass sie zunächst Vertrauen aufbauen wollen bzw. dieses nicht gefährden oder verschenken wollen. So merkt eine Hebamme an: *„Weil ich auch merke: Vertrauen ist das Wichtigste, oder, und da ist so viel Angst da.“* Die Familie kennenzulernen, Interesse an ihrem Leben zu zeigen und sich einzubringen, sofern dies von der Familie gewünscht ist, war eine Strategie, um das nötige Vertrauen aufzubauen. So erzählt eine Hebamme: *„Vom Vertrauensaufbau her geht sehr viel übers Mitmachen. Das ist schon ein großer Teil der Arbeit, wofür ich auch viel Zeit investiere: dass ich die Frauen gut kennenlerne. Egal ob mit Dolmetscherdienst oder nicht. Wenn man einen Tee angeboten kriegt und wenn ich merke, es wird gewünscht, dass ich mit dem Onkel via Skype rede, dann mache ich das auch. Mir ist wichtig, dass da ein Vertrauen ist, dass man sich für sie interessiert.“* (Hebamme 1). Eine weitere Hebamme erzählt, dass sie das erarbeitete und gewonnene Vertrauen durch das Hinzuziehen des TDD nicht gefährden will: *„Ich denke gerade an eine, wo der Mann nicht mehr dabei sein konnte, und dann sind auch so Themen gekommen: Verstopfung (...). Ich weiß gar nicht mehr, wie wir das mit Händen und Füßen geregelt haben, aber es ist ja gegangen. (...) Ja. Das sind so Situationen, wo ich merke: Das hat mit Vertrauen zu tun. Ich weiß nicht, ob*

das etwas mit der Sprache zu tun hat. Es wäre schon einfacher, miteinander reden zu können.“ (Hebamme 5).

Hemmschwellen

Insbesondere die Hebammen, die den TDD bisher nie genutzt hatten, merkten an, dass die fehlende Erfahrung sicher ein Grund für die Nichtnutzung sei und dass sie neben Übung auch weitere Weiterbildung benötigen würden. So sagt eine Hebamme:

„Am Anfang denkt man ja: Ah toll, lässig und so. Und dann muss man es anwenden. Das ist ja bei allem so. Wenn man den Führerschein macht und dann nicht Auto fährt, geht man irgendwann auch lieber zu Fuß. Dann wird's gefährlich.“ (Hebamme 5). Ebenso gibt eine der Hebammen, die nur sehr selten fremdsprachige Familien betreut, an, dass sie die Nummer des TDD gar nicht immer parat hat.

Eine der interviewten Hebammen führt aus, dass sie ihre eigene Hemmschwelle überwinden müsste. Sie empfindet die Vorstellung als schwierig, sich nur auf Worte zu konzentrieren, prägnant und geplant zu sprechen und sich einen ruhigen Ort für die Übersetzung zu suchen. Hinzu kommt die Angst, eventuell abgelehnt zu werden oder die Frau/Familie überzeugen zu müssen. Sie sagt: *„Ich glaube, man müsste es nur einmal gemacht haben, damit die Hemmschwelle weg wäre. (Interviewerin: Darf ich davon ausgehen, dass diese Hemmschwelle bei Ihnen bestanden hat?) Ja. Wahrscheinlich. (Interviewerin: Warum?) Ich muss die Frau, vielleicht auch das Umfeld davon überzeugen. Ich muss da anrufen und die richtige Person an den Apparat kriegen. Und dann kommt die grosse Krux: Ich kann ja meine Hände nicht ins Telefon packen, sondern muss die richtigen Worte finden. Das finde ich echt schwierig. Ich finde es wirklich schwierig, mich nur auf Worte zu konzentrieren. Ich schreibe auch keine Briefe. Ich denke, diese Kombination finde ich... Und dann kommt noch hinzu, dass die Leute massig Kinder haben: {schrill:} Waaaaahh! Da noch einen ruhigen Ort zu finden, wo wir dieses Gespräch führen können, so dass wir alle einander verstehen... Das hat schon gehemmt.“* (Hebamme 3).

Eine weitere Hürde besteht gemäss einer Hebamme darin, eine ihr fremde und unbekannte Person anzurufen: *„Ich weiß nicht, ob ‚Hürde‘ das richtige Wort ist? Aber Leute, die man kennt, ruft man ja eher an als wenn man sie nicht kennt. Das war jetzt meine Überlegung. Wir kennen ja die Dolmetscher, die zur [Vorlesung] und Schulung kommen. Das war jetzt mehr so eine Überlegung. Einen Menschen, den man kennt und von dem man weiss, wie er aussieht, den ruft man ja schneller an, als wenn man keine Ahnung hat, wer das ist.“* (Hebamme 5)

Überzeugungen und Wahrnehmungen kultureller Aspekte von Seiten der Hebammen

Die Kultur des Herkunftslandes (bzw. -Kontinents) und die damit einhergehenden Verhaltensweisen und Bedürfnisse wurden teilweise stark verallgemeinert und als

Begründung für den Bedarf der Wöchnerin zur Nutzung oder Nichtnutzung des TDD herangezogen. Das folgende Beispiel veranschaulicht eine solche Wahrnehmung:

Interviewerin: *„Nur für mein Verständnis: Die Nutzung des Telefondolmetschdienst ist bei Ihnen kein regulärer Bestandteil der Betreuung jeder fremdsprachigen Wöchnerin?“* Hebamme 4: *„Nein, nein, nein. Es gab auch Situationen, wo ich mich, zum Teil bei Afrikanerinnen, ganz allein durchgewurschtelt habe, und das ist auch gut gegangen. Wenn die Frau offen ist und zuschaut, wenn ich ihr etwas zeige, und wenn sie lacht oder auch weint, und ich sage: Weinen ist gut, da mache ich so, und dann [läuft es unten raus.] Ich mache da ein Theater. Bei den XXX (Nationalität) ist das so, bei den XXX (Nationalität) gar nicht. Man muss wissen, wo man das macht. Bei den XXX (Nationalität) auch nicht. Aber bei den XXX (Nationalität) ist das herrlich, da können sie umhertanzen, wenn sie wollen. Und wenn sie mich verstehen, muss ich keinen Telefondolmetschdienst einschalten, dann geht das gut. Und wenn das Kind zunimmt und der Vater irgendwo umherwuselt oder eine Schwester, dann ist das alles in Ordnung. (Interviewerin: *„Haben Sie dann nicht das Gefühl, dass vielleicht Informationen durch Nicht-Übersetzung verloren gehen?“*) Nein, verloren gehen sie nur, wenn es um Tatsachen geht. Zum Beispiel eine Frau, die einen stinkenden Wochenbettfluss hat, den man behandeln muss. Infektionen an der Brust, die man behandeln muss. Ein Baby, das nicht zunimmt, bei dem der Nabel nicht gut abheilt, all so Sachen. Dann muss ein Telefondienst helfen, also der Telefondolmetschdienst. Wenn ich das Kind [verlegen] muss, dann immer. Dann kann ich nicht einfach ein Theater machen.“*

Eine andere Hebamme gibt an, kulturelle Praktiken erstmals verstehen zu wollen und dies nicht mittels des Hinzuschaltens des TDD unterbrechen zu lassen. Einige Hebammen argumentieren auch, dass der unterschiedliche kulturelle Hintergrund der betreuten Familien erkläre, wie mit Wöchnerinnen umgegangen werde: viele Mütter erhalten Ratschläge von der Familie, lernen von anderen Müttern in ihrem Familienkreis oder die Pflege des Kindes wird durch Familienangehörige abgenommen. So berichtete eine Hebamme, wie erstaunt sie war, wie souverän und geübt eine Erstgebärende bereits mit ihrem Kind umging. Dies führte zur Entscheidung, dass sie eher mit Händen und Füßen kommunizierte und sich die nötige Zeit nahm, anstatt einen TDD heranzuziehen und zu riskieren, dass sich die Familie vor ihr verschliesst. Eine andere Hebamme berichtet: *„Ja sie hat einfach sehr häufig gestillt und man hat auch sagen müssen: das Kind nimmt so viel zu, also da darf sie jetzt wirklich auch mal ein bisschen Abstand nehmen und nicht immer gleich an die Brust hin. Das ist - ich glaube, das ist einfach ihre Mentalität. Wenn das Kind ein bisschen weint, dann tut man es an die Brust. Mhhh... Und dann muss ich sagen: wenn sich mit der Übersetzung auch nichts verändert, dann lasse ich sie. Dann ist das ihr Entscheid und ihr kultureller Hintergrund an sich.“*

Gerade wenn viele Familienmitglieder anwesend sind, können laut einer Hebamme keine intimen Themen besprochen werden. Mit dem TDD wäre dies nach der Einschätzung dieser Hebamme sogar noch viel weniger möglich.

Wichtig ist jedoch hervorzuheben, dass die Gründe und das Verhalten bezüglich des Hinzuziehens des TDD bei einer und derselben Hebamme stark situationsabhängig waren und sie sich durch Intuition leiten liess. So erzählt eine Hebamme: *„Und die Schwiegermütter sind oft noch schlimmer. Und an dem Punkt wird es dann schwierig. Da muss man dann unglaublich viel Fingerspitzengefühl haben und trotzdem auftreten mit Autorität. Klare Statements gegenüber den älteren Damen abgeben, die einfach meinen, sie wüssten alles, über Kindheit sowieso. Da muss man schon auch... Man muss wahnsinnig viel intuitiv aufnehmen. Es gibt nicht nur Schwarz-Weiss. Es gibt nicht nur: Das Kind nimmt nicht zu, das Kind ist... Es gibt Situationen, in denen das vorkommt und ich keinen Dienst brauche. Und es gibt Situationen, in denen das Kind zunimmt und ich ihn doch brauche. Das ist unterschiedlich.“* (Hebamme 4)

Selbstverantwortlichkeit und Empowerment

Eine Hebamme, die den TDD nur unregelmässig benutzt, merkte an, dass die Frauen und Familien auch selber dazu beitragen sollten, etwas zu verstehen und man ihnen ermöglichen sollte, Erfolge zu erringen und sie damit einerseits zu stärken, und ihnen andererseits aber auch zu vermitteln, wie wichtig es ist, die Landessprache zu sprechen und zu verstehen. Sie beschreibt es folgendermassen: *„Es gibt Situationen, wo ich denke: Nein, das ist jetzt eine Schulung für das junge Pärchen, die sollen das jetzt von mir lernen. Nicht dass ich meine, ich sei die Super-Hebamme. Wir sind jetzt hier in der Schweiz. Da ist ein junges, gescheites Pärchen, das in der Heimat Schulbildung hatte. Die verstehen auch, was ich meine, ohne dass die meine Sprache sprechen, die können das auch so lernen.“* (Hebamme 4)

Eine andere Hebamme begründet es damit, dass sie erreichen will, dass die Personen es von alleine lernen und selber zu einer Lösung kommen können (sog. „Empowerment“).

Einige Hebammen merken auch an, dass vor allem mehrfache Mütter vieles bereits wissen oder durch Abschauen bei der Hebamme intuitiv verstehen. Die Hebammen trauen Müttern, die bereits zahlreiche Kinder hatten oder in einer Grossfamilie mit viel Unterstützung lebten, eher zu, ohne den TDD zurechtzukommen, da sie entweder bereits sehr erfahren waren oder durch die Grossfamilie erfahrene Familienmitglieder zur Seite hatten. Ein Beizug des TDD schien ihnen daher nicht wirklich notwendig.

Ausserdem wurde die Autonomie, die es zu schützen und aufzubauen gilt, als Grund für die Nichtnutzung des TDD genannt. So sagt eine Hebamme: *„Aber ich finde immer, es geht ja darum, die Selbstständigkeit zu fördern und nicht die Abhängigkeit von mir.“* (Hebamme 3). Und eine andere merkt an: *„Wenn ich den Telefondolmetschdienst zu früh eingeschaltet hätte, hätte sie keine Möglichkeit gehabt, selber etwas zu lernen, von sich aus.“* (Hebamme 4).

Ablehnende Reaktionen seitens der Familien

Oftmals haben die Hebammen die Erfahrung gemacht, dass die Familien - und hier insbesondere die männlichen Familienmitglieder - entweder unverständlich oder ablehnend gegenüber dem Einschalten des TDD reagierten. Mehrfach berichteten sie von einer Situation, in der sie einer Übersetzung bedurft hätten und in der sie den TDD heranziehen wollten. Sie kamen jedoch in einen Konflikt, da die von ihnen betreuten Frauen dies nicht wünschte und eine eigene Vertrauensperson bevorzugten und die Hebamme den Wunsch entsprechend respektierte. Eine Hebamme berichtete von einer dreizehnjährigen Tochter, die als Übersetzerin bei der postpartalen Betreuung fungierte. Sie entschied sich, den TDD in Anspruch zu nehmen, was jedoch von der Mutter abgelehnt wurde: *„(Ich) muss natürlich die Mutter über die Tochter fragen, dass ich jetzt (mit dem TDD) telefonieren will. Und dann sagte mir die Mutter: nein nein, sie ruft jemanden an“* (11.09.2017). Eine weitere Hebamme erzählt von einer ähnlichen Situation: *„Und das war so eine klassische Situation, in der ich nicht wusste: muss ich jetzt sagen: nein, ich rufe meinen Mann oder meine Frau vom TDD an, oder darf sie die Person ihres Vertrauens anrufen?“* (11.09.2017).

Die Interpretation von Seiten der Hebammen waren hier vielseitig: entweder verstanden die Familien die Notwendigkeit eines TDD nicht; sie wollten keine fremde Person übersetzen lassen; sie bevorzugten eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis; oder sie fanden, dass ihr Deutsch ausreichen würde, bzw. zeigten sich beim Vorschlag, einen TDD einzubeziehen, verletzt. Laut der Interviewten spielen neben Angst und Vertrauen auch Genderrollen eine bedeutende Rolle. So sagte eine Hebamme: *„Also das ist (...) so eine Barriere, wo ich oftmals auch spüre. Du als Frau sagst einem Mann jetzt, was nötig wäre, oder. Und dann ist die Barriere, jemand Fremdes einschalten am Telefon, den man nicht kennt, wo man nicht sieht, wo man keine Ahnung hat oder. Und da höre ich häufig: nein nein nein nein (!)...“*.

Es gab jedoch nur eine Hebamme, die von einer konkreten Situation berichtete, in der die Familienangehörigen der von ihr betreuten Frau den TDD wirklich ablehnten. Stattdessen holten sie weitere Familienmitglieder, die bei der ad-hoc Übersetzung behilflich sein sollten. Dies hatte zur Folge, dass die Hebamme nur oberflächliche Informationen weitergab, und das Gespräch über intime Themen auf einen weiteren Besuch verschoben hat.

Innere Zensuren

In den Einzelinterviews wurden die Hebammen auf eigene innere Zensuren angesprochen, welche dazu führen könnten, den TDD zum Vorneherein nicht einzusetzen oder gar nicht anzusprechen.

Dazu gehörte, gegenüber den ad-hoc Übersetzern der Familie eine Wertschätzung entgegen bringen zu wollen und nicht unhöflich sein zu wollen. Eine Hebamme beschreibt: *„Am Anfang war das für mich das Schwierigste, seine Bemühungen... Ich hatte das Gefühl, ich gebe ihm*

das Gefühl, dass sein Deutsch doch nicht ausreichend ist. Eigentlich hätte ich einen Dolmetscher gebraucht, aber ich habe es nicht übers Herz gebracht, weil ich es unhöflich gefunden hätte.“ (Hebamme 2).

Eine weitere Hebamme gibt an, dass sie befürchtet, dass das Angebot des TDD abgelehnt wird und sie diesen deswegen gar nicht erst anbietet. Sie erzählt: *„Es stimmt, wahrscheinlich würde man noch viel mehr erfahren. Ich kann auch nicht sagen, warum ich den Telefon-dolmetschdienst noch nicht genutzt habe. Es macht wahrscheinlich Sinn. Es kommt immer darauf an, wie sie sprechen. Ich müsste einfach mal fragen. Ich muss fragen, ob sie gerne möchten. Und dann kommt hinzu, dass ich sagen muss: Wir machen es jetzt einfach. Denn viele sagen: Nein, nein, keine Hilfe, geht schon.“ (Hebamme 3)*

Und eine andere Hebamme antizipiert eine negative Reaktion seitens der Familie: *„Ich habe ein bisschen den Verdacht, es geht um (...) ihre Wertschätzung, einfach ihren Selbstwert. (...) dass sie das Gefühl haben, man [betrachtet sie als] (...) minderwertig. (...) ich habe einfach das Gefühl, sie nehmen es negativ auf.“*

Eine weitere Zensur gründet auf der Vorstellung, das Hinzuziehen einer zusätzlichen Person würde die Frau „hemmen“ (Hebamme 1). Eine Hebamme erzählte von einer Situation, in der sie sich nicht willkommen gefühlt hatte und auf Grund der unangenehmen Situation nur einen minimalen Service gemacht hat.

Den TDD einzubeziehen war bei einer anderen Hebamme mit dem Gefühl verknüpft, zu voyeuristisch in die Familienangelegenheiten einzudringen. Hier stand für sie das Wohlbefinden im Vordergrund, die sprachliche Verständigung war ihrer Meinung nach sekundär.

Eine Hebamme ist überzeugt, dass auch nicht alle Informationen vermittelt werden müssen: *„Von diesem Moment an, wo ich das Gefühl habe, dass die Informationen, die ich benötige und weitergeben möchte, ausreichend sind. Die Frau muss das nicht alles verstehen, aber ich möchte so viel Wissen und Gesundheitsinformationen weitergeben wie möglich“ (Hebamme 2).* Eine weitere Hebamme äussert sich zunächst überzeugt, dass die Kommunikation ohne TDD keine Qualitätsminderung ihres Service zur Folge hat, und dass sie bisher immer „durchgekommen“ ist. Im Verlauf des Interviews zeigt sie sich aber nicht mehr so sicher und sagt: *„Ich glaube, das sind einfach Ausreden [in Bezug auf das Nichtnutzen des TDD]. Natürlich habe ich schon gehört, dass jemand am anderen Ende sass, aber trotzdem keine richtige Kommunikation stattfand, weil der Person die medizinischen Worte nicht geläufig waren oder es dann doch irgendwie nicht der gleiche Teil war und die sich nicht verstanden haben. Aber ich glaube, das ist einfach eine Ausrede. Die Geschichten habe ich nicht so häufig gehört, dass ich sagen könnte: Das hat nicht funktioniert. Oder dass die Sprache nicht verfügbar war. Das habe ich wirklich äusserst selten mal gehört, aber wirklich äusserst selten.“*

Ich hatte immer das Gefühl, dass ich schon durchkomme. Aber da muss man sich den Spiegel vorhalten.“ (Hebamme 3)

Zwei der insgesamt 5 einzeln interviewten Hebammen hatten den TDD bisher noch nie eingesetzt und ihn auch nicht angeboten, ohne einen klaren Grund angeben zu können. So berichtet eine Hebamme: *„Ich kann auch nicht sagen, warum ich den Telefondolmetschdienst noch nicht genutzt habe. Es macht wahrscheinlich Sinn. Es kommt immer darauf an, wie sie sprechen. Ich müsste einfach mal fragen. Ich muss fragen, ob sie gerne möchten. Und dann kommt hinzu, dass ich sagen muss: Wir machen es jetzt einfach. Denn viele sagen: Nein, nein, keine Hilfe, geht schon.“ (Hebamme 3).* Eine weitere Hebamme merkt an, dass man bei Nichtnutzung des TDD die Vorteile noch gar nicht kennengelernt haben kann.

Indirekt wurde von einer Hebamme angemerkt, dass das Einsetzen des TDD ein Zeichen dafür ist, Barrieren selber nicht abbauen zu können (persönliches Scheitern). So berichtet sie: *„Aber es gibt Barrieren. Und es gilt die Barrieren zu öffnen. Und wenn ich es schaffe, die Barriere allein zu öffnen, ist das wunderbar, das braucht einfach etwas mehr Zeit.“ (Hebamme 4).*

Zeitaufwand

Die Hebammen, die den TDD bisher noch nicht genutzt haben, gaben alle an, dass möglicherweise der antizipierte Zeitaufwand ein hemmender Faktor ist. So berichten die Hebammen, dass sie sehr viele verschiedene Dinge bei einem Besuch zu erledigen haben, und dass der Einbezug des TDD zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde. So erzählt eine Hebamme: *„Das ist auch immer eine Zeitfrage. Man hat ja viel zu tun, dann müsste ich dort anrufen und warten, bis jemand zurückruft. Dann denkst du: Eigentlich müsste ich schon weiter sein.“ (Hebamme 5).*

Zwei weitere Hebammen, die den TDD häufig nutzen, können sich vorstellen, dass bei Kolleginnen, die diesen bisher noch nicht genutzt haben, die Zeit eine Rolle spielt: *„Zeitdruck spielt vielleicht auch eine Rolle. Wenn man den Telefondolmetschdienst anfordert, geht der Besuch sicher nicht nur eine Viertelstunde. (Wie lange geht das normalerweise?) Der ganze Einsatz geht ca. 50 Minuten. Ohne Telefondolmetschdienst auch, das ist die normale Zeit. Aber ich kann mir vorstellen, dass andere vielleicht schneller sein wollen. Da ist der Telefondolmetschdienst sicher etwas, was Zeit braucht. Dann muss man die Frauen auch mal reden lassen, die kann man nach fünf Minuten nicht abwürgen. Und wenn man das schon mal macht, will man ja auch diverse andere Fragen klären und nicht nur über die Verdauung reden. Wenn man den Telefondolmetschdienst mal dran hat, frage ich sicher auch die anderen Sachen, die gerade nicht akut sind. Ich glaube schon, wenn man noch keine Erfahrungen damit gemacht hat, dass man nicht merkt, wie praktisch der Dienst eigentlich ist.“ (Hebamme 1).*

Dieselbe Hebamme merkt jedoch auch an, dass sie selbst den TDD während des Erstbesuchs bisher aus Zeitgründen nicht genutzt hat: *„Nein, wenn ich so darüber nachdenke, dann würde es mehr Sinn machen, dass ich komme und man es dann gleich macht. Ich habe das Gefühl, dann wäre das besser. Aber ich glaube, es geht auch darum, mich zu orientieren. Und es ist auch ein Zeitfaktor. Wenn ich hinkomme, habe ich meistens keine Ahnung, wer das ist, wie gut die Deutsch können, meistens habe ich nur 50 Minuten Zeit. Vielleicht muss ich Blutentnahme machen, vielleicht muss ich das Baby baden. Auch alles Administrative muss ich beim ersten Besuch machen. Und dann noch der Telefon-Dolmetschdienst, das würde den Rahmen sprengen.“* (Hebamme 1).

3.2.3. Überzeugungsstrategien

Wie vor allem aus den Einzelinterviews mit Hebammen hervorging, setzten die Hebammen je nach Kontext unterschiedliche Strategien ein, um den TDD-Beizug zu ermöglichen. Zum einen setzten sie *allgemeine Strategien* ein, um den TDD unmittelbar einsetzen zu können, auch ohne möglichen oder erwarteten Widerstand von Seiten der Klientin oder des Partners. Des Weiteren entwickelten sie *Überzeugungsstrategien* für den Fall, dass sie eine Frau überzeugen mussten bzw. wenn sie erkannten, dass die Bereitschaft für den Beizug des TDD sich bei der Mutter und des Vaters des Kindes unterschieden.

Eine der allgemeinen Strategien bestand darin, zunächst den TDD als Angebot zu erwähnen, ohne diesen bereits konkret in Anspruch zu nehmen. Eine andere Hebamme berichtete, dass sie einfach beim TDD anrief und gleich durch die Übersetzung erklären liess, dass sie selber gerne den TDD einsetzen möchte. Sofern das Gefühl bestand, dass die Frau überzeugt werden musste, wurde auch Google Translate benutzt, um in die Landessprache der Frau übersetzen zu lassen, dass die Hebamme gerne einen Übersetzer einsetzen möchte.

Eine weitere Strategie, die eine Hebamme mittlerweile mehrfach eingesetzt hatte, bestand darin, die „Schuld“ klar auf sich zu nehmen und zu betonen, dass sie diejenige ist, die den TDD für die weitere Betreuung benötigt. Sie erzählte: *„Jetzt habe ich für mich Strategien gefunden, dass ich den Dolmetscher eher nutzen kann, weil ich sage: Ich brauche es. Damit die Familie nicht das Gefühl hat, das sei ihretwegen. Sondern dass ich das auf mich beziehe und sage: Ich brauche jetzt den Telefondolmetschdienst, um gewisse Informationen oder Wörter zu übersetzen. Dann habe ich ein besseres Gefühl, weniger Hemmungen und werde routinierter. Anfangs habe ich deshalb den Dolmetscher oft nicht verwendet, weil es doch irgendwie knapp ging, aber dennoch für mich unbefriedigend war. Ich habe es dann nicht übers Herz gebracht oder keine Strategie gefunden, wie ich das anbieten kann...“* (Hebamme 2)

Sie berichtete ebenfalls von einer Situation, in welcher sie das Thema Beckenbodenübungen mit der zu betreuenden Frau besprechen wollte, die Übersetzung aber nicht funktionierte, da der Mann das Thema nicht verstand, es ihm aber offenbar auch peinlich war, dies durch einen

TDD übersetzen zu lassen und diesen ablehnte. In einer solchen Situation wählte die Hebamme einen Folgetermin mit der Frau, an welchem der Mann z.B. auf Grund von Arbeitszeiten nicht anwesend sein kann. Sie sagte: *„Das ist auch eine gute Situation im Sinn von Informationen von der Frau zu erhalten, die sie aus Hemmungen vielleicht nicht gibt, wenn jemand anderes aus der Familie anwesend ist. Dann kann es auch gut sein, die Telefondolmetscherin hinzuzuziehen. Wenn ich mit der Frau allein bin, stellt sie vielleicht auch Fragen, oder ich kann ihr intime Informationen geben, die ihr sonst peinlich wären, wenn jemand anderes übersetzt. Das ist auch ein Vorteil, wenn ich mit der Frau alleine bin.“* (Hebamme 2).

3.2.4 Erfahrungen mit dem TDD

Die von den Hebammen erlebten Reaktionen auf das Beiziehen des TDD von Seiten der von ihnen betreuten Familien und die damit verbundene Zufriedenheit fallen unterschiedlich aus, die Mehrheit der Hebammen berichtete in den Fokusgruppendifkussionen jedoch von positiven Erfahrungen. Die betreuten Frauen waren dem TDD gegenüber zunächst unterschiedlich offen eingestellt, zeigten aber in der Regel nach Ende des Gesprächs eine grosse Zufriedenheit.

Positive Erfahrungen mit dem TDD

Alle interviewten Hebammen, die den TDD in der Vergangenheit genutzt hatten, waren sehr zufrieden mit dem Service und zeigten auch grosse Dankbarkeit. So beschreibt eine Hebamme ihr Erlebnis: *„Bis jetzt hat die Frau das immer verstanden: Ich nehme dann mein Telefon, frage nach der Sprache, die sie spricht – das frage ich natürlich schon vorher. Dann sagt sie Tamil oder Tigrinya oder so. Dann rufe ich den Telefondolmetscher an – das Wort Dolmetscher verstehen sie meistens -, und dann können wir sprechen. Dort rufe ich dann an und sage vielleicht noch, dass sie nichts dafür bezahlen muss, damit sie sich darüber keine Gedanken machen muss. Das funktioniert super: Innerhalb von fünf Minuten habe ich bisher immer eine Dolmetscherin am Telefon gehabt. Und sie informiert ja dann die Frau darüber, dass sie unter Schweigepflicht steht, dass sie dolmetscht und... Sie sagt der Frau dann in ihrer Sprache diese Grundinformationen. Dann stelle ich das auf Lautsprecher, und wir kommunizieren hin und her.“* (Hebamme 2)

Mittels des TDD konnte Wissen besser vermittelt und als Konsequenz die Betreuungsqualität erhöht werden. Zwar bedeutete das Einschalten des TDD eine gewisse Zeitinvestition von Seiten der Hebammen, doch die Erfahrung damit war positiv: *„Ja und ich finde einfach, die Investition von der Zeit bringt doch diesen Eltern viel mehr, dass sie nachher einen einfacheren Alltag haben - sage ich jetzt mal. Und gut begleitet sind.“*

Die Hebammen berichteten auch, dass durch die Nutzung des TDD weiterführende Gespräche ermöglicht wurden oder heikle Themen besprochen oder Situationen geklärt werden konnten.

Nur wenige Hebammen gaben vereinzelte Herausforderungen an wie Verbindungsprobleme, eine suboptimale Qualität der Übersetzung oder Schwierigkeiten, eine Übersetzerin für eine seltene Sprache zu finden.

Aus der Sicht der einzeln interviewten Hebammen sind die Reaktionen der Frauen sehr positiv gewesen. So berichten sie von anfangs manchmal skeptischen oder gar kritischen Reaktionen von Klientinnen, beim Vorschlag, den TDD einzusetzen. Sobald dieser aber übersetzte, reichten die Beschreibungen der Reaktionen von ‚entspannt‘ und ‚fröhlich‘ bis ‚glücklich‘. Eine Hebamme berichtete, dass die durch sie betreute Frau plötzlich frei erzählte; eine andere, dass sie sich viel besser ausdrücken konnte und dass es nur so aus ihr herausprudelte. Viele berichten, dass die Frauen sich im Anschluss dafür bedankt haben.

Negative Erfahrungen mit dem TDD

Es wurden zweimal von Erfahrungen berichtet, in denen die Übersetzung nicht gut funktioniert hatte und hiermit eher negative Erfahrungen gemacht wurden. Die Hebammen schilderten, dass sie als Konsequenz vorsichtiger seien beim Einsatz des TDD. Eine Hebamme, die den TDD bisher noch nicht eingesetzt hatte, hatte von einer Kollegin von einer solchen Situation gehört, was sie abschreckte.

Laut der interviewten Hebammen waren insbesondere die Partner der Frauen oder männliche Angehörige dem TDD gegenüber sehr negativ und ablehnend eingestellt. Wenige berichteten auch von negativen Erfahrungen. Eine Teilnehmende berichtet von einer Situation, in der der Ehemann angegeben hat, Deutsch zu sprechen, es sich aber herausstellte, dass er nur einzelne Wörter verstand. Sie hat schliesslich den TDD hinzugezogen: *„Also ich bin (...) auch in einer Not gewesen, weil ich habe gemerkt: ich muss (!) jetzt einfach handeln. Und (...) er hat das nicht ausgehalten. Und ich habe es versucht mit einer Dolmetscherin das zu sagen. Und sie hat es ihm dann gesagt und es ist dann fast noch schlimmer gewesen.“*

Einige wenige Hebammen berichteten von sehr angespannten und teilweise bedrohlichen Situationen, in denen insbesondere der Ehemann/Partner mit dem Hinzuziehen des TDD sehr unzufrieden war und dies auch äusserte. So erzählte eine Hebamme: *„Und dann habe ich das [den TDD] dann in die Wege geleitet und dann ist das so wahnsinnig in die Hose [gegangen]. (...) Es ist einfach ganz viel Scham dagewesen. Dass jemand Fremdes da dreinredet. Und der Mann hat das nicht ausgehalten. Interviewerin: „Und haben Sie es dann abgebrochen oder...?“ Hebamme: „Es ist fast aggressiv geworden von ihm. Das ist für ihn so (!) schambesetzt gewesen, dass wir jemanden von aussen reinnehmen und für mich ist es schwierig gewesen, weil ich habe einfach schauen müssen (!), dass das Kind mal zu essen bekommt.“*

Die oben angeführten negativen Erfahrungen führten jedoch möglicherweise bei einigen Hebammen dazu, zunächst viele alternative Strategien zu nutzen und den TDD nur im Notfall einzubeziehen. Viele Hebammen erzählten von Begegnungen, in denen sie zunächst vieles

ausprobieren, bevor sie in Erwägung ziehen, den TDD einzuschalten. Eine Hebamme berichtet: *„Also ich bin froh, dass das einen Hintergrund gibt..., oder dass es eine Telefonnummer gibt, wo ich anrufen kann. Das finde ich als... es gibt so eine Sicherheit, wo auch immer [ich] dahin [gehe]... in welche Familie. Es gibt mir persönlich eine Sicherheit, dass ich weiss, ich kann jetzt dahingehen und (...) ich habe eine Telefonnummer, wo ich anrufen kann. Das finde ich super. Aber (...) ich probiere vorher Vieles aus, bevor ich da drauf zugehe. Es ist wie so ein Notfallanker.“*

3.2.5 Erfahrungen mit Ad-hoc Übersetzungen

Alle Hebammen berichten von Erfahrungen mit Ad hoc-Übersetzungen durch den Partner der von ihr betreuten Frau, Familienangehörige oder Bekannte. In der Regel kann eine Ad hoc-Übersetzung schnell von Seiten der Familien organisiert werden. Die Qualität der Ad hoc-Übersetzung wird unterschiedlich bewertet. Hebammen beurteilen die Übersetzung als gut, wenn ein Vertrauensverhältnis zwischen der übersetzenden Person, der Hebamme und der von ihr betreuten Familie zu bestehen scheint und die „Stimmung gut“ ist. Allgemein berichteten die Hebammen von positiven Erfahrungen mit weiblichen Verwandten in einem ähnlichen Alter, die die Ad hoc-Übersetzung übernahmen. Des Weiteren wird die Übersetzung als gut empfunden, wenn die Frau durch adäquate Reaktionen auf z.B. Anweisungen oder Ratschläge korrekt reagiert, lächelt oder einen fragenden Blick zeigt. Auch die zeitliche Dauer der Übersetzung wird als Qualitätsmerkmal herangezogen. Andere Hebammen stellen die Übersetzenden auf die Probe und lassen sich so bestätigen, dass die Übersetzung von guter Qualität ist.

Die Hebammen berichteten aber gleichermassen von Herausforderungen mit der Ad hoc-Übersetzung. So erzählten einige von Ehepartnern, die die Übersetzung übernahmen, was sich jedoch als schwierig herausstellte. So war das Deutsch nicht gut genug und die Kommunikation erschwert; oder Hebammen stiessen an ihre Grenzen, wenn es um bestimmte Themen ging, die sie nicht ohne weiteres über den Ehemann mit der Frau besprechen konnten. Auch erlebten sie Reaktionen (non-verbal und verbal) von Seiten der Frauen im Anschluss an die Übersetzung, die nicht zu ihren Anweisungen oder Ratschläge passten. Wiederum andere zweifelten auch an der Qualität der Übersetzung, da zum Beispiel die Dauer der Übersetzung im Vergleich zum Deutschen nicht adäquat erschien. Hebammen haben ebenfalls erlebt, dass sich die Familie in die Beratung einmischte und Tipps gab, die jedoch mit denen der Hebamme nicht im Einklang waren, was sich als eine schwierige Situation herausstellte.

Die Nachteile der Ad hoc-Übersetzung überwogen deutlich vor den von den Hebammen aufgeführten Vorteilen. Es wurde angemerkt, dass durch die Ad hoc-Übersetzung kein freies Gespräch zustande kommt und die Hebamme nicht direkt mit der Frau sprechen und interagieren kann. So erzählt eine Hebamme: *„Die Schwester, die am zweiten oder dritten Tag*

dabei war, das hat nicht geklappt. Die hat sich eine ‚Saumühe‘ gegeben. Und ich hatte das Gefühl, die Wöchnerin lässt das auch zu. Aber was die gesagt hat, war ellenlang. Ich habe keine Ahnung, was die alles geredet hat.“ (Hebamme 4)

Die erschwerte Kommunikation wirkt sich auch auf die Qualität der Betreuung aus, wie eine Hebamme beschreibt: *„Für mich wird es in dem Moment sehr schnell..., bin ich nicht mehr mit der Qualität zufrieden, die ich dann bieten kann, weil ich gewisse Informationen nicht erhalte oder die Familie sich mir nicht so mitteilen kann dahingehend, was für Fragen sie noch hätten. Ich habe das Gefühl, dass viele Fragen nicht beantwortet werden können, oder gar nicht erst aufs Tapet kommen, weil sie nicht formuliert werden können, oder nicht verstanden werden. Die Betreuung wird dadurch schlechter. Und das macht mir ein ungutes Gefühl und macht mich unzufrieden. Dadurch braucht das Gespräch auch länger.“ (Hebamme 2)*

Einige Hebammen berichteten von der Situation, dass sie den Eindruck hatten, dass gewisse Informationen nicht bei der Frau ankamen, weil entweder die Übersetzung im Verhältnis zum Deutschen Satz viel länger oder viel kürzer war, oder weil die Antwort bzw. Reaktion der Frau nicht adäquat war. Andere merkten an, dass intime Themen mittels einer Ad hoc-Übersetzung schwierig anzusprechen waren; und dass dies auch der übersetzenden Person unangenehm oder bei ihr mit Scham besetzt war. Da die Ad hoc-Übersetzung nicht durch eine professionelle Person durchgeführt wurde, entstand der Eindruck, dass es auch zu einer Färbung des Inhaltes durch die übersetzende Person kam.

Ein weiterer Aspekt war, dass die Hebamme sich auf die Ad hoc-Übersetzung nicht verlassen konnte. So kam es zu Situationen, in denen sie plötzlich alleine mit der Frau war und der Vater, der die Übersetzung bisher immer übernommen hatte, nicht anwesend sein konnte. Es kam ebenfalls zu der Situation, in der sich Angehörige ungefragt als Übersetzende involvierten, was zu Schwierigkeiten führte. Hierzu gehörte auch die Erfahrung, dass sich männliche Anwesende vordrängten, der Frau Anweisungen gaben oder ohne die Frau einzubinden nur mit der Hebamme sprechen wollten.

Vorteile wurden nur sehr wenige genannt. So merken zwei Hebammen an, dass die ad-hoc Übersetzung durch die Familie den Vorteil bringt, dass man unterschiedliche Personen erreichen kann, die die Frau unterstützen können. *„Mir war bewusst, dass da Färbungen von der anderen Person sind, dass das gefiltert wird. Auf der anderen Seite hat das auch einen Vorteil: Ich kann den Vater oder andere Familienangehörige einbinden. Gut ist manchmal auch, wenn das die Mutter oder Schwiegermutter ist: dass die hört, dass das Kind so häufig trinkt usw. Auch die bekommen ja Informationen, das ist auch gut. Ich will ja die Familienangehörigen auch einbeziehen, ich will nicht nur mit der Frau allein sein, das geht nicht. Es hat also auch Vorteile, die einzubinden. Und je nach Situation kann ich das... Ein Teil der Information geht an den Vater, die Schwiegermutter oder die Mutter: dass die Frau jetzt Erholung braucht, dass jemand kocht, dass sie hier und da entlastet werden muss, dass es*

normal ist, dass das Baby viel bei der Mutter ist. Da kann ich viel Einfluss nehmen. Das ist das Positive.“ (Hebamme 2)

Manche Väter können gemäss den interviewten Hebammen sehr gut Deutsch sprechen und dies bietet auch die Chance, intime Themen anzusprechen, die beide etwas angehen (z.B. Verhütung). So erzählte eine Hebamme: *„Ja, das gibt es häufig, dass Männer schon länger hier sind, die Frauen aber noch nicht so lange. Oder dass die Frau sprachlich noch nicht so integriert ist. Der Mann übersetzt dann häufig. Das geht oft gut. Gerade wenn es intime Themen sind und das Paar gut miteinander umgeht, ist das sehr gut, denn dann redet man ja quasi mit beiden Partnern. Das klappt oft gut.“ (Hebamme 1).*

3.2.6 Synoptische Darstellung der hindernden und fördernden Einflussfaktoren der TDD-Nutzung

In den nachfolgenden Tabellen findet sich eine synoptische Darstellung der hindernden und fördernden Einflussfaktoren der Nutzung des TDD, wie sie mit dem Analytical Framework nach Gale⁵ ermittelt wurden (Tabelle 2), sowie eine Auflistung erfolgreicher Strategien (Tabelle 3) für das Telefondolmetschen während Hausbesuchen.

⁵ Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Medical Research Methodology 2013,13:117

Tab. 2: Von Hebammen beschriebene Einflussfaktoren der Nutzung des Telefon-Dolmetschdienstes gemäss analytischem Framework nach Gale et al. (2013)⁶
(paraphrasierte Aussagen bei Überzeugungen)

Auf Seite von	Hindernde Faktoren	Fördernde Faktoren
Hebammen	Überzeugungen zur Betreuungsqualität:	
	<p>„Die Qualität der Grundbetreuung hängt nicht von der verbalen Verständigung ab.“</p> <p>„Es gilt, Sprachbarrieren zu öffnen. Es ist wunderbar, wenn ich es schaffe, diese Barrieren allein zu öffnen. Das braucht einfach etwas mehr Zeit.“</p>	<p>„Eine qualitativ hochwertige Betreuung kann man nur anbieten, wenn man sich angemessen verstehen kann.“</p> <p>„Ohne Dolmetschen bleibt Verschiedenes unausgesprochen, und die Betreuung wird schlechter. Das gibt mir ein ungutes Gefühl und macht mich unzufrieden.“</p>
	Überzeugungen zur Kommunikationsqualität:	
	<p>„Ich kann mich immer mit Händen und Füßen verständigen“</p> <p>„Wenn ich emotional Zugang zur Frau finde, brauche ich keinen Dolmetschdienst“</p> <p>„Häufig ist die Übersetzung durch den Partner oder Angehörige und Freunde ausreichend.“</p>	<p>„Sich mit Händen und Füßen zu verständigen, ist in vielen Situationen unbefriedigend.“</p> <p>„Wenn Angehörige übersetzen, kommt oft kein freies Gespräch zustande, und ich kann die Frau nicht direkt erreichen.“</p>

	Überzeugungen zur Verantwortlichkeit (Bevormundung versus Empowerment)	
	<p>„Es ist die Eigenverantwortung der Familie, fürs Dolmetschen zu sorgen.“</p> <p>„Ziehe ich den Dolmetschdienst zu früh bei, hindere ich die Familie dabei, selbstständig zu werden.“</p> <p>„Ich bin als Hebamme nicht für alles zuständig.“</p>	<p>„Die Fachperson ist verantwortlich für die Gesprächsführung. Sie hat dafür zu sorgen, die Klientin zu verstehen und von ihr verstanden zu werden.“</p> <p>„Es ist die Verantwortung der Fachperson, für eine funktionierende Verständigung mit der Klientin zu sorgen.“</p>
	Überzeugungen zur Indikation/zum Bedarf	
	<p>„Der Dolmetschdienst ist nur nötig bei besonderen Problemen, Komplikationen und in Notfällen, wenn die Gesundheit von Mutter oder Kind gefährdet sind.“</p> <p>„Um das Kennenlernen der Familie und ihrer Kultur nicht zu stören, ziehe ich den Dolmetschdienst nicht zu früh bei.“</p> <p>„Wenn die Familie etwas Deutsch kann, warte ich zuerst mal ab, um ihr Bemühen Deutsch zu sprechen wertzuschätzen.“</p> <p>„Solange die Klientin passend reagiert und meine Anweisungen korrekt ausführt, brauche ich keinen Telefondolmetschdienst.“</p>	<p>„Sinnvoll ist, den Dolmetschdienst früh beizuziehen, um Anliegen und Fragen der Klientin zu erfassen und Vertrauen zum Dolmetschdienst aufzubauen“</p> <p>„Bei Traurigkeit und Heimweh ist der Dolmetschdienst hilfreich, damit die Klientin in ihrer Muttersprache sprechen kann.“</p> <p>„Der Dolmetschdienst hilft, dass sich fremdsprachige Klientinnen im Gespräch eher öffnen können.“</p>

⁶ Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Medical Research Methodology 2013,13:117

Befürchtungen und Erwartungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Bedenken, Sprachkenntnisse der Klientenfamilie nicht zu anerkennen und Personen zu kränken • Bedenken, durch Zuziehen einer Dolmetschperson das aufgebaute Vertrauensverhältnis zu stören • Befürchtung, Gesprächssituation wird mit Angehörigen & Dolmetschperson zu komplex • Negative Erfahrungen mit dem Telefondolmetschdienst gemacht, oder von anderen gehört 	<ul style="list-style-type: none"> • Sicher sein, Dolmetschangebot mit Anerkennung der vorhandenen Sprachkenntnisse kombinieren zu können • Erfahren haben, dass der Dolmetschbeizug für Klientinnen und Fachperson erleichternd wirkt und die Gesprächsatmosphäre positiv beeinflusst. • Erwarten, dass eine gelungene Beratung im Wochenbett eine lohnende Investition in die zukünftige Gesundheit von Kind und Familie ist.

Praktische Herausforderungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzlichen Zeitaufwand scheuen • Befürchtung, für Dolmetschgespräch nicht kurz und strukturiert genug formulieren zu können • Unsicherheit, wie Untersuchungen und Pflege von Mutter & Kind mit Dolmetschgespräch zu kombinieren sind. • Hemmung, erstmals Dolmetschdienst zu nutzen und unbekannte Personen anzurufen • Setting notwendig (z.B. ohne akustische Störungen, Privatsphäre gewähren etc.) • Unbehagen, im Gespräch mit Dolmetscherin auf nonverbale Sprache (Mimik & Gestik) verzichten zu müssen bzw. Nonverbales in Sprache zu übersetzen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Damit rechnen, dass der Dolmetschbeizug die Qualität der Betreuung erhöht und effektiv Zeit spart • Strategien und Übung haben, um Dolmetschgespräch strukturiert zu leiten • Übung haben, Pflegemassnahmen (Untersuchungen) und Dolmetschgespräch aufeinander abzustimmen • Termin so setzen können, dass TDD möglich ist

Auf Seite von	Hindernde Faktoren	Fördernde Faktoren
Klientinnen (aus Sicht der interviewten Hebammen dargelegt)	Einschätzung des Bedarfs	
	<ul style="list-style-type: none"> • Klientin/Familie hält den Beizug des Dolmetschdienstes für unnötig • Familie will keine spezielle Hilfe beanspruchen. • Klientin/Familie haben bereits viel Erfahrung mit Säuglingen und Kindern und scheinen nur geringen Betreuungsbedarf zu haben • Partner/Angehöriger besteht auf seiner Zuständigkeit fürs Dolmetschen 	<ul style="list-style-type: none"> • Klientin/Familie hat positive Erfahrungen mit Dolmetschdiensten gemacht • Klientin ist Erstgebärende und Familie hat wenig Erfahrung mit Säuglingen

	Schutz der Privatsphäre	
	<ul style="list-style-type: none"> • Angst, dass durch Beizug einer Dolmetscherin Privatsphäre nicht mehr geschützt ist 	<ul style="list-style-type: none"> • Klientin/Familie ist über professionelle Schweigepflicht der Dolmetscherin informiert
	Praktische Aspekte	
	<ul style="list-style-type: none"> • Es sind beim Hausbesuch mehrere Personen anwesend und der Lärmpegel ist hoch. • Befürchtungen, dass Dolmetschdienstbeizug Kosten verursacht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Klientin ist allein zuhause und es ist ruhig • Information der Klientin, dass der Dolmetschbeizug für sie kostenlos ist

Angebot	Technisch-organisatorische Aspekte	
	Hindernde Faktoren	Fördernde Faktoren
	Telefondienst ist nicht erreichbar	Kurze Wartezeit bis Dolmetscherin zugeschaltet wird
	Telefonverbindung bricht ab	
	Verbindungsqualität ist schlecht	
	Sprachliche Aspekte	
	Dolmetscher/in kennt spezifische Begriffe mangelhaft	Dolmetscherin erklärt ihre Rolle und Schweigepflicht auf professionelle Weise
	Dialekte von Klientin und Dolmetscherin stimmen nicht überein	
	Nicht einsetzen können von Augenkontakt, Mimik und Gestik (nonverbale Kommunikation)	Videodolmetschen könnte eine Lösung sein

Tabelle 3 Erfolgreiche Strategien fürs Telefondolmetschen während Hausbesuchen, gemäss dem analytischen Framework nach Gale et al. (2013)

Erfolgreiche Strategien fürs Telefondolmetschen während Hausbesuchen	
Telefondolmetschdienst anbieten	<ul style="list-style-type: none"> • Beizug Telefondolmetschdienst erstmals bei einfacheren Themen vorschlagen • Bedarf für Dolmetschdienst auf Seite der Hebamme situieren: „Ich brauche den Dolmetschdienst, damit ich das erklären kann, Ihre Fragen verstehen kann.“ • Die Ad-hoc Dolmetschperson beiziehen und die Entscheidung, den Telefondolmetschdienst hinzuziehen, übersetzen lassen • Den Telefondolmetschdienst direkt anrufen und Einverständnis von der Klientin durch die Dolmetscherin einholen lassen. • Google Translate (oder einen andern online-Übersetzer) benutzen um in die Landessprache der Klientin übersetzen zu lassen, dass die Hebamme eine Telefondolmetscherin einsetzen möchte
Geeignete Gesprächssituation herbeiführen (Setting schaffen)	<ul style="list-style-type: none"> • Terminvereinbarung für einen Zeitpunkt, wenn Klientin voraussichtlich allein zuhause ist, z.B. bei (gefühlter) Ablehnung durch ad-hoc Übersetzende • Telefondolmetschbeizug für Folgebesuch ankündigen • Ruhige Gesprächssituation abwarten/schaffen • Die Situation abwarten/herbeiführen, dass Besprechen intimer Themen möglich ist
Gesprächsführung	<ul style="list-style-type: none"> • das Gespräch im Vorhinein strukturiert planen und eine Zielsetzung festlegen • zum Schluss einen Termin für den nächsten Hausbesuch und den nächsten Dolmetschbeizug vereinbaren
Telefondolmetschen in den Ablauf des Hausbesuchs einbauen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegemassnahmen vorher übers Telefondolmetschen erklären lassen • Klinische Befunde/ Untersuchungsergebnisse von Telefondolmetscherin übersetzen lassen

3.2.7 Verbesserungsvorschläge zum Telefondolmetschdienst

Die interviewten Hebammen hatten zahlreiche und gleichzeitig sehr diverse Verbesserungsvorschläge in Bezug zum TDD und auch der Nutzung des TDD. So machten ein paar Hebammen Vorschläge zur strukturellen Verbesserung des TDD: Eine Hebamme zum Beispiel würde sich wünschen, dass sie vorab einen Übersetzungstermin vereinbaren könnte. Eine weitere Teilnehmende merkte an, dass es gut wäre, wenn man sich darauf verlassen könnte, dass immer weibliche Übersetzerinnen verfügbar sind. Zudem berichtete eine Interviewte, dass es teilweise einige Minuten in Anspruch nehmen würde, bis die Vermittlung zu Stande kam – dies wäre ein Zeitraum, den es zu überbrücken gilt und der unter Umständen auch unangenehm sein könnte. Eine andere Hebamme berichtete von Schwierigkeiten, den Namen der übersetzenden Person zu verstehen. Weitere Verbesserungsvorschläge betrafen das Gespräch an sich: Eine Hebamme würde es begrüßen, wenn die übersetzende Person kurz einleitend sagen könnte, dass es sich um ein medizinisches und nicht um ein persönliches Gespräch handelt. Eine weitere Hebamme wünschte sich ein transkulturelles Training, um besser mit kulturellen Barrieren umgehen zu können. Die zahlreichen Verbesserungsvorschläge lassen sich in folgende Hauptkategorien zusammenfassen:

Übungen: Hierzu gehört zum einen die Notwendigkeit, den Einsatz des TDD zu üben. Vorgeschlagen wurden hier weitere oder vertiefende Fortbildungen (z.B. mit konkreter Wochenbett-Situation) und das Üben in Kleingruppen. Eine Hebamme brachte die Idee ein, „Pflichtanrufe“ nach dem Besuch der TDD Fortbildung zu institutionalisieren, um die Hemmschwelle abzubauen. Sie schlägt folgendes Vorgehen vor: *„Das wäre es doch: Jede, die den Einführungskurs des Telefon-Dolmetschdienstes gemacht hat, muss einmal innerhalb von drei Monaten ein Protokoll vom Telefon-Dolmetschdienst eingereicht haben. Das fände ich ganz sinnvoll.“* (Hebamme 3). Interviewerin: *„Und dann auch ein Feedback kriegen?“* Hebamme 3: *„Das vielleicht auch. Drei Monate macht Sinn, und wenn man nach drei Monaten nichts hat, dann sagt man: Ich hatte leider keine Familie, wo ich ihn gebraucht hätte, das kann ja sein. Dann verlängert man das halt um einen Monat. Ich glaube, das wäre schlau. Ich glaube, man müsste es nur einmal gemacht haben, damit die Hemmschwelle weg wäre.“*

Tipps und Tricks in der Gesprächsanbahnung und –führung: Viele der Hebammen wünschten sich konkrete Tipps von andern Hebammen, die den TDD viel benutzen, bezüglich der Gestaltung des Ablaufs des Gesprächs und im Hinblick auf die Strukturierung. Hebammen, die den TDD bereits nutzen, merkten an, dass es wichtig ist, das Gespräch im Voraus zu planen und zu strukturieren und eine Zielsetzung festzulegen. Auch sollte zum Schluss festgelegt werden, worum es beim nächsten Besuch, bei welchem der TDD involviert wird, gehen soll.

Weitere Fragen von Hebammen waren: Wie kann Vertrauen aufgebaut werden? Wie Einverständnis eingeholt werden? Wie kann man sich die Namen der Übersetzerin merken? Wie lassen sich peinliche Situationen vermeiden (wie beispielsweise die erfolgreiche Strategie, die Verständnisschwierigkeiten „auf sich zu nehmen“)?

Erfahrungen austauschen: Es wurde der Vorschlag gemacht, ein regelmässiges Forum zu schaffen, in welchem sich die Hebammen über ihre Erfahrungen mit dem TDD austauschen können. Auch die Idee eines Qualitätszirkels wurde formuliert. Zudem kam der Vorschlag, dass der Austausch mit Erfahrungen in der Benutzung des TDD als Traktandum in der Familystart-Jahressitzung aufzunehmen. So berichtete eine Hebamme: *„Ich glaube, am meisten bringt es, wenn die Dolmetscherinnen zu den Weiterbildungen kommen und erzählen, wie super das ist, das hat mich schon beeindruckt. Wenn die von ihrer Arbeit erzählen.“* (Hebamme 3).

Positive Aspekte des TDD hervorheben: Die Hebammen mit Erfahrung in der Arbeit mit dem TDD hoben hervor, dass es wichtig ist, die positiven Erlebnisse zu betonen, um mögliche Hemmungen abzubauen. Dazu gehört, dass der TDD in der Tat eher Zeit einsparen lässt und auch für die Frauen sehr angenehm ist. Alle, die den TDD bereits herangezogen hatten, berichteten von sehr positiven Reaktionen von Seiten der Frauen und Familien. Eine Hebamme betont, dass auch vermittelt werden muss, dass dies eine positive Auswirkung auf die Qualität der Betreuung hat. Sie beschreibt es wie folgt: *„Vielleicht muss man wirklich den Hebammen klarmachen, dass das zur Qualität ihrer Arbeit dazugehört, genauso wie man den Blutdruck misst. Das ist eigentlich genauso wichtig. So muss man das vielleicht angehen. Man muss sagen, dass das zu unserer professionellen Arbeit dazugehört, egal ob man mit einer Frau []. Wenn die Frau es nach 15 Jahren nicht schafft, Deutsch zu sprechen, ist das nicht unser Problem und nicht unsere Aufgabe, sie dafür zu bewerten.“* (Hebamme 1)

Angebot an die Frau: Es kam die Idee auf, die von der Hebamme betreuten Frauen bzw. Familien aktiv über das TDD-Angebot aufzuklären und ihnen damit auch die Möglichkeit zu geben, dieses aktiv einzufordern („Recht“). Hierzu gab es unterschiedliche Überlegungen: Die Ideen reichten von einer Broschüre, einer Voice message oder eines Comics (one strip), in welchen der TDD kurz und prägnant in verschiedenen Sprachen vorgestellt und erwähnt wird, dass die Übersetzerinnen anonym und vertraulich mit den Informationen umgehen und in der ganzen Schweiz angesiedelt sind und dass der TDD kostenlos ist.

Qualität des sprachlichen TDD Angebots verbessern: Zweimal wurde eine Situation geschildert, in der es schwierig war, eine Übersetzerin für eine bestimmte Sprache bzw. Dialekt zu finden. Eine Hebamme machte daher den Vorschlag, eine Liste mit Ländern zu erstellen mit den dazugehörigen Sprachen und den Namen von DolmetscherInnen (z.B. Arabisch –

Syrien). Die beim BAG verfügbare Sprachbestimmung⁷ war offenbar keiner der Hebammen bekannt.

Anonyme Situation aufheben: Eine Hebamme gibt an, dass sie Hemmungen hat, einen Menschen anzurufen, den sie nicht kennt – insbesondere auch in einer intimen Situation. Sie sagt: *„Einen Menschen, den man kennt und weiß, wie er aussieht, den ruft man ja schneller an als wenn man keine Ahnung hat, wer das ist“* (Hebamme 5). Ein regelmässiger Austausch zwischen Hebammen und Übersetzerinnen kam daher als ein Vorschlag, um die anonyme Situation aufzuheben.

Erfahrung machen mit fremd sein/eine Sprache nicht sprechen: Einer der Vorschläge zielte auch darauf ab, dass Hebammen sich besser in die Situation versetzen können, wie es ist, fremd zu sein und kommunizieren zu müssen, ohne die Sprache zu kennen. Hebamme äusserte sich in diesem Sinn: *„Ich betreue sehr viele Migrantinnen und habe daher Übung darin, mit Leuten zu reden, die nicht so gut Deutsch reden. Ich habe selber Erfahrungen damit gemacht, wie das ist, bei jemandem zu sein, dessen Sprache man nicht spricht.“* (Hebamme 1).

4 Diskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle interviewten Hebammen bei der postpartalen Betreuung von fremdsprachigen Familien in Basel Erfahrungen mit herausfordernden Sprachbarrieren gemacht hatten. Der TDD wurde von den befragten Hebammen eher zurückhaltend in Anspruch genommen, obwohl fast alle Fortbildungen zur Nutzung des TDD erhalten hatten. Aus den Interviews ergab sich ein praxisnaher Einblick in den Berufsalltag der Hebammen, der stark von nonverbaler Kommunikation geprägt ist. Dies gilt offenbar nicht nur für die Arbeit mit Migrantinnen, sondern auch für die Betreuung von einheimischen Klientinnen. Die nonverbale Kommunikation erscheint aus Sicht der Hebammen als die ursprünglichere Kommunikation, die hilft, Vertrauen aufzubauen. Sie wird von ihnen als persönlicher, intimer und adäquater erlebt als die verbale. Hebammen lesen an nonverbalen Reaktionen auch ab, ob eine Botschaft angekommen und verstanden worden ist oder nicht. Dies passt auch zur präverbalen Lebensphase der frühen Kindheit und zur Situation, in der sich die Mütter nach der Geburt befinden, wenn sie auf die körperlichen Signale des Babys eingehen. Die Hebammen empfinden es intuitiv als richtig und respektvoll, wenn sie in diese primärprozesshafte Atmosphäre eintauchen und sich der nonverbalen Kommunikation in

⁷<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen/nationaler-telefondolmetschdienst.html>

Familien mit Neugeborenen anpassen. Die Hebammen verweisen damit auf etwas Wesentliches: Grundsätzlich spielt die nonverbale Kommunikation in jeder zwischenmenschlichen Begegnung eine zentrale Rolle. Dem wird jedoch oft nicht entsprechend Rechnung getragen, auch nicht im medizinischen Bereich, obwohl bei Patientinnen und Patienten die Fähigkeit zur Verbalisierung in vielen Situationen noch nicht vorhanden oder nicht mehr gegeben ist. Dies gilt nicht nur für die Hebammenarbeit, sondern auch im Setting von Unfällen und anderen Traumata sowie bei der Behandlung und Betreuung von alten, dementen oder sterbenden Patientinnen und Patienten. Die nonverbale Kommunikation kann hier ermöglichen, Patienten/innen dennoch zu erreichen. Allerdings lassen sich durch nonverbale Kommunikation nicht alle Informationen vermitteln und Fragen klären. Alle interviewten Hebammen hatten bei der häuslichen postpartalen Betreuung fremdsprachiger Familien denn auch Erfahrungen mit herausfordernden Sprachbarrieren gemacht, die in ihren Ausführungen zum Entscheid, den TDD beizuziehen oder nicht beizuziehen, detailliert beschrieben werden. Insgesamt spielten bei der Entscheidung, den TDD beizuziehen oder nicht beizuziehen, sowohl kognitive, emotionale wie praktische Faktoren eine wichtige Rolle. Der Entscheidungsprozess wurde zum grossen Teil als ‚intuitiv‘ und auf Überzeugungen basierend beschrieben. Dies lässt vermuten, dass dabei auch individuelle unbewusste Biases eine Rolle spielen können, wie sie auch in andern medizinischen Versorgungsbereichen beschrieben worden sind (Hall 2015, Fitzgerald 2017). In den Gesprächen waren bei einzelnen Hebammen zudem deutliche Tendenzen zur Kulturalisierung und Stereotypisierung erkennbar, die in Weiterbildungen aufgenommen und thematisiert werden sollten.

Bereits in der Bridge-Studie wurde die Informationsvermittlung als häufigster Grund für die Nutzung des TDD genannt (Origlia Ikhilor 2017, Origlia Ikhilor 2019). Auch in der vorliegenden Studie erscheint sie als zentral: der TDD wird beigezogen, wenn der Eindruck besteht, die Informationsvermittlung könne nur ungenügend geleistet werden, er wird hingegen nicht beigezogen, wenn der Eindruck besteht, die Informationsvermittlung mittels eigener Kommunikationsstrategien oder Ad hoc-Übersetzenden sei erfolgreich. Während jedoch der Schwerpunkt der BRIDGE-Studie beim Anwendungsbereich, Nutzen und bei Schwierigkeiten des Beizugs des TDD lag und das Fragebogeninstrument keine Fragen zu den Gründen der Nichtnutzung enthielt, waren diese Hauptgegenstand in den Fokusgruppendifkussionen und Interviews der vorliegenden Studie. Dementsprechend konnten hier weitergehende, differenzierte Ergebnisse gewonnen werden. So fällt denn auch auf, dass im Gegensatz zur BRIDGE-Studie psychosoziale Aspekte in den Fokusgruppendifkussionen und Interviews unserer Studie einen grossen Platz einnahmen.

Die **Entscheidung, den TDD bei einem Gespräch beizuziehen**, basierte vor allem auf drei Kategorien von Gründen: Zum einen wollten die Hebammen Informationen in Ruhe und vollständig vermitteln können und die weitere Betreuung der Familie im Schweizer System

planen; sie realisierten, dass ihre Informationen nicht vermittelt werden konnten; oder sie erkannten eine Notfallsituation oder nahmen eine emotionale Notlage der Frau wahr.

Insgesamt ziehen Hebammen zudem den TDD häufiger bei, wenn sie der Überzeugung sind, dass Kommunikations- und Betreuungsqualität direkt zusammenhängen, und wenn sie mit der Klientenfamilie gemeinsame Entscheidungsprozesse anstreben. Eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung nach dem Modell des ‚shared decision making‘ (Gerber 2014) wurde von den befragten Hebammen allerdings nur teilweise berichtet. Unseres Wissens ist es auch sonst im medizinischen Umfeld nicht üblich, bewusst nach den Regeln des ‚shared decision makings‘ vorzugehen, wenn es um die Entscheidung geht, einen Dolmetschdienst beizuziehen. Gemäss einer Studie in verschiedenen medizinischen Gesundheitsversorgungs-Kontexten (Hsieh 2014) waren für die Entscheidungsfindung vielmehr spezifische Faktoren massgeblich wie Zeitwänge, therapeutische Bündnisse im Sinne von Empowerment, therapeutische Ziele oder auch organisatorische Faktoren.

Hebammen, die den TDD häufig beizogen, setzten bewusst Strategien ein, um Familien von den Vorteilen eines dolmetsch-gestützten Gesprächs zu überzeugen. Diese Hebammen waren der Überzeugung, dass eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten die Betreuungsqualität vermindern. Sie nutzten unter anderem das Argument, dass sie selber es sind, die einen Dolmetschdienst benötigen würden, um die Familie verständlich informieren zu können. Sie fühlten sich verantwortlich für eine adäquate Kommunikation und machten die Familien darauf aufmerksam, dass sprachliche Hürden eine qualitativ hochwertige Betreuung erschwerten. Soweit sprachlich möglich, versuchten sie zu erklären, dass die Kosten gedeckt, und die Schweigepflicht gewahrt würde. Diese Hebammen zogen die Familie bewusst in den Entscheidungsprozess mit ein, auch wenn das vollständige Erörtern aller Vor- und Nachteile des TDD-Beizugs aus sprachlichen Gründen limitiert war.

Der TDD-Beizug geschah allerdings oft erst nach – auch längerem - Ausprobieren mit alternativen Strategien. Möglicherweise spielt für das Hinauszögern oder gar für den Nichtbeizug des TDD auch eine Angst vor Kontrollverlust eine Rolle, aber explizit wurde dies von den Hebammen nicht ausgesprochen. Sie erwähnten jedoch den ‚Stolz‘, eine Barriere allein öffnen zu können. Ausformuliert wurde ebenfalls, dass es schwierig sei, noch eine dritte Person ins Spiel zu bringen, dass der Aufwand dafür gescheut würde, dass der Beizug des TDD den Ablauf der Untersuchungen unterbrechen würde und dass die Hebammen das Vertrauen nicht verspielen möchten. Das Beiziehen von Dolmetschenden wird von einigen Hebammen somit als Störung der unmittelbaren Beziehung zu ihren Klientinnen erlebt, - als Versagen, Ausdruck von Misstrauen oder gar als etwas Beschämendes oder die Klientinnen und ihre Angehörigen Beleidigendes. Das Kommunizieren auf verbaler Ebene mithilfe des TDD wirkt wie eine Distanzierung und Geringschätzung der dolmetschenden Familienmitglieder, deren Einsatz und Fremdsprachenkenntnisse als ungenügend eingestuft werden.

Die **Gründe für die Entscheidung, den TDD nicht hinzuzuziehen**, waren vielschichtig. Hindernde Faktoren gab es sowohl auf Seite der Hebammen, der Klientinnen und ihren Familien wie auch auf Angebotsseite.

Viele Hebammen hatten den Eindruck, dass die Kommunikation ausreichend war, solange die Gesundheit des Kindes und der Mutter nicht gefährdet war und sie eine Verständigung mit eigenen Kommunikationsstrategien wie mit dem Einsatz einzelner Wörter beziehungsweise mit der Körpersprache als ausreichend empfanden. Sie beurteilten dies an verbalen und nicht-verbalen Reaktionen der Mütter. Viele waren davon überzeugt, dass die Betreuungs- und Kommunikationsqualität auch ohne Beizug eines professionellen Dolmetschdienstes adäquat war und sich ihrer Ansicht nach die Qualität allenfalls durch den Beizug des TDD weiter steigern liesse. Dass der Entscheid, Dolmetschende beizuziehen, stark vom Eindruck abhängt, ob die Kommunikation ausreiche, hatte auch eine im Auftrag des BAG durchgeführte ExpertInnenbefragung zum Einsatz von interkulturellem Übersetzen in Schweizer Spitälern gezeigt (Gehrig 2012): zehn von 12 Befragten hatten die Frage bejaht, der Einsatzentscheid hänge nur davon ab, ob eine Verständigung unsicher oder nicht möglich sei. Ähnliches wurde auch in der neueren Studie von Würth et al beschrieben, in welcher die Entscheidung für oder gegen den Beizug von Übersetzenden in einer Universitätsklinik beleuchtet wurde (Würth 2017): Neben andern Gesichtspunkten wie der Einstufung der Situation als von medizinisch hoher beziehungsweise tiefer Relevanz, verbunden mit einem Dolmetschenden-Beizug bei lediglich komplexen Situationen, war für die Ärzte entscheidend, wie sie die Sprachkenntnisse der PatientInnen wahrgenommen haben. Auch sie schätzten diese anhand der nonverbalen (Gesichtsausdruck und Körpersprache) und verbalen Reaktionen ein. Wie im aktuellen Bericht von Tarr&Merten zum interkulturellen Dolmetschen dargelegt, stützen Literaturergebnisse jedoch nicht, dass der Dolmetschenden-Beizug von solchen Gesichtspunkten geleitet werden sollte (Tarr&Merten 2019): Gemäss empirischen Daten aus der Schweiz wirkt sich der Einsatz von Dolmetschenden nämlich positiv auf das Vorsorgeverhalten, den Genesungsprozess und den zukünftigen Gesundheitszustand allophoner Patientinnen aus (Gehrig et al., 2012). Allophone Patientinnen, bei denen interkulturell Dolmetschende eingesetzt werden, haben eine schlechtere Gesundheitskompetenz als allophone Patientinnen, bei welchen keine Dolmetschenden übersetzen. Auch die BRIDGE-Studie, die allophone Migrantinnen zu Schwangerschaft und Geburt befragte, konnte aufzeigen, dass ohne professionelle Übersetzung manchmal Entscheide getroffen wurden, die sich letztlich negativ auf die Inanspruchnahme (i.e. Schwangerschaftsvorsorge und Prävention) wie auch auf das Befolgen einer Therapie auswirkten (Origlia Ikhilior 2017). Sprachbarrieren wirkten sich bei Asylsuchenden direkt auf die Qualität der medizinischen Dienstleistungen aus, da falsche oder nicht verstandene Ratschläge und ärztliche Anweisungen zu einer schlechteren Gesundheit, der falschen Dosierung von Medikamenten und sogar einem erhöhten Gesundheitsrisiko beitragen konnten (Müller et al., 2018). Analysen der Qualität von Übersetzungen von

Dolmetschenden im Spitalbereich zeigten auf, dass Missverständnisse oder sogar Behandlungsfehler hervorgerufen werden können, wenn Inhalte nicht adäquat übersetzt werden (Sleptsova 2015). Gerade Auslassen gewisser Aussagen kann Konsequenzen haben, beispielweise, wenn die Dosierung von Medikamenten nicht vollständig wiedergegeben wird (Sleptsova 2017). Laut der Untersuchung von Müller et al. wurden als Folge von Kommunikationsschwierigkeiten zudem unnötige und vor allem kostenintensive und wiederholt durchgeführte Untersuchungen und Abklärungen vorgenommen, welche bei ausreichendem sprachlichem Verständnis wohl nicht angeordnet worden wären. In Kanada wurde gezeigt, dass das Angebot von etwa einer halben Stunde eines Dolmetschdienstes im Gesundheitswesen zu einer egalitäreren gesundheitlichen Versorgung verschiedener Patientinnen, zu höherer Patienten- wie auch Fachpersonenzufriedenheit führen kann, und auch den Zugang zu medizinischer Grundversorgung, einschliesslich Präventivmassnahmen, verbessern kann (Dowbor 2015). Eine systematische Review über die Zufriedenheit hospitalisierter asiatischer Patienten in den USA, die nur begrenzt Englisch sprachen, zeigte, dass eine kulturell kompetente Kommunikation einschliesslich der Verfügbarkeit von Dolmetschenden, Ruhe im Raum, ausführliche Informationen über Therapien sowie asiatisches Essen die Patientenzufriedenheit förderte (Alfred 2016).

Während einige Hebammen sich sehr deutlich dahingehend äussern, dass die Betreuungsqualität eine Frage davon ist, wie gut die sprachliche Verständigung ist (ob sie Informationen erhalten beziehungsweise weitergeben können und ob Klientinnen ihre Fragen formulieren können), zeigten sich andere überzeugt, es würden durch den Verzicht auf Übersetzung keine Informationen verloren gehen, oder auch, es bräuchten nicht alle Informationen übersetzt zu werden. Um im Entscheidungsprozess dem Nutzen der professionellen Übersetzung für die Gesundheit, die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit ein grösseres Gewicht zu geben, würde es offenbar vermehrte Anstrengungen benötigen, Gesundheitsprofessionellen die entsprechende vorliegende Evidenz aus der schweizerischen und der internationalen Forschung zu vermitteln (s. in Tarr 2019). Diese Wissensvermittlung müsste sowohl in der Aus-, Weiterbildung und Fortbildung geschehen.

Einige Hebammen fällten die Entscheidung, auf den TDD zu verzichten, ganz ohne Rücksprache mit der Klientin und ihrer Familie. Sie informierten eine fremdsprachige Klientin und ihre Familie nicht über das Angebot des TDD. Die Klientinnen fragten gemäss den interviewten Hebammen nie selbst nach dem Bezug des TDD. Wahrscheinlich sind fremdsprachige Klientinnen und ihre Familien in der Regel nicht darüber informiert, dass für Hebammenhausbesuche überhaupt ein Dolmetsch-Angebot zur Verfügung steht. Klientinnen gegenüber vorhandene Betreuungsoptionen nicht zu erwähnen, zeugt von einem paternalistisch geprägten Entscheidungsmodell (Dirmaier 2016). In einem solchen Modell geht die Fachperson davon aus, dass sie dank ihrem Expertenwissen die Bedürfnisse der Klientin

adäquat einschätzt und nur die aus ihrer Sicht passenden Betreuungsoptionen vorschlägt. Hebammen begründeten ein solches Vorgehen teilweise mit der Sichtweise, die erworbenen Sprachkenntnisse würdigen und dadurch die Selbstständigkeit der Familie stärken zu wollen. Eine solche Haltung war besonders bei Hebammen zu beobachten, die der Überzeugung waren, dass sprachliche Hürden die Qualität der Betreuung nicht beeinträchtigen. Andere Hebammen stellten eine autonome Entscheidungsfindung der Klientin und ihrer Familie in den Vordergrund. Sie schlugen den Familien den Beizug des TDD denn auch vor. Reagierten die Klientin oder – was häufiger vorkam – ihr Partner nicht mit Zustimmung, interpretierten sie diese Reaktion als von der Familie autonom gefällte Entscheidung gegen das Beiziehen des TDD, die sie zu akzeptieren hätten.

Ein weiterer Grund, den TDD nicht beizuziehen, war das Bedürfnis, eine positive, angstfreie und auf Vertrauen basierende Situation zu schaffen und auf „Augenhöhe“ mit den Frauen agieren zu können. Es betraf vor allem den ersten Hausbesuch, bei welchem der TDD noch nicht beigezogen wurde. Dieser sollte den Hebammen dazu dienen, sich eine Orientierung zu verschaffen, die Familie kennenzulernen, die Sprachbarrieren einzuschätzen und Vertrauen aufzubauen. Bemerkenswerterweise äusserten sich die befragten Hebammen dahingehend, dass sie in einem ersten Schritt Vertrauen aufbauen und den TDD erst in einem zweiten Schritt beiziehen wollen. Sie bezeichneten den Vertrauensaufbau oft explizit als Voraussetzung für den TDD-Beizug. Vertrauensaufbau geschieht aus ihrer Sicht nicht ausschliesslich über verbale Kommunikation, sondern ebenfalls über Körpersprache oder durch gemeinsames Handeln wie beispielsweise ein Kind zu wickeln. Möglicherweise drückt sich hier ein besonderer Aspekt der Tätigkeit von Hebammen aus, die unter anderem bei der Beurteilung eines Kindes und in der Interaktion mit Babies nicht auf die verbale Sprache zurückgreifen können, sondern in einem vorsprachlichen Bereich handeln müssen.

Auf Seite der Klientin und der Familie nannten die Hebammen als hindernde Faktoren, dass diese ihre Deutschkenntnisse als ausreichend erachteten, ihre Privatsphäre durch den Dolmetschbeizug gefährdet sahen oder durch das Dolmetschen verursachte Kosten befürchteten. Kostenängste wurden auch in den Interviews mit PatientInnen in der Studie von Würth et al. als Hinderungsgrund für den Beizug von Übersetzenden genannt (Würth 2017). Des Weiteren spielten genderbezogene Rollen und kulturelle „Barrieren“ eine Rolle.

Beim Dolmetschangebot selber machten die Hebammen seltener Hürden aus: Technisch-organisatorische Probleme betrafen die Verbindungsqualität und längere Wartezeiten, die überbrückt werden mussten. Für gewisse Sprachen liess sich manchmal keine Dolmetscherin finden, oder der Dialekt der Klientin und jener der Dolmetscherin stimmten nicht überein. Vom Beizug von Google-Translate als Ausweg müsste wohl vor dem Hintergrund der Arbeit von Haith-Cooper (Haith-Cooper 2014) eher abgeraten und ein geeigneteres Übersetzungsinstrument empfohlen werden. Einige Hebammen vermissten beim TDD die nonverbalen

Kommunikationselemente (Mimik und Gestik). Diese Limitierung wurde auch in andern Studien als Grund angeführt, warum telefonisches Dolmetschen für persönliche Interaktionen tiefer eingestuft wird als on-site-Dolmetschen (Price 2012, Zaw 2013).

Die **Ad-hoc Übersetzungen** wurden unterschiedlich wahrgenommen. Zwar machten die Hebammen in der Regel die Erfahrung, dass eine Ad-hoc Übersetzung schnell zu organisieren war, die Qualität und auch Bereitschaft der Übersetzenden jedoch stark variierte wie auch die Stimmung, die dadurch im Gespräch erzeugt wurde. Gleichzeitig gaben einige Teilnehmende an, die Qualität der Übersetzung gut einschätzen zu können. Insbesondere die Ad-hoc Übersetzung durch männliche Verwandte gestaltete sich oftmals als Herausforderung.

Als Hindernis sahen zudem mehrere Hebammen den zusätzlichen Zeitbedarf für das Dolmetschen. Diese Befürchtung wurde auch in Studien in andern Versorgungskontexten beobachtet, sie wird jedoch, was das Hinzuziehen von professionellen Übersetzenden betrifft, von der Literatur nicht gestützt (Fagan 2003, Dowbor 2015). In der Tat wurde von einzelnen Hebammen, welche den TDD genutzt haben, geäußert, der TDD-Beizug würde die Konsultation nicht verlängern.

Des Weiteren wurde das Fehlen einer ruhigen Gesprächs-Umgebung und die Herausforderung, ein Dolmetschgespräch mit mehreren Personen strukturiert zu leiten, als Hindernis für den TDD-Beizug beschrieben. Da bei Hausbesuchen oft mehrere Personen anwesend sind und das Baby jederzeit weinen kann, ist der Lärmpegel oft beträchtlich und die Gesprächsinteraktionen sind vielfältig. Hier eine Unterstützung durch einen TDD einzubauen, ist eine komplexe Herausforderung.

Im Allgemeinen waren die Hebammen mit dem TDD zufrieden und hatten den Eindruck, die Informationen so besser vermitteln zu können. Die Teilnehmenden berichteten jedoch von unterschiedlichen Reaktionen von Seiten der Familien. Während es viele Frauen gab, die den TDD als positiv empfanden, berichteten die Hebammen insbesondere von männlichen Familienmitgliedern, die Unzufriedenheit äusserten.

Die Verbesserungsvorschläge betrafen sowohl strukturelle/logistische Faktoren als auch Faktoren in Bezug auf das Gespräch. So wurde die Möglichkeit gewünscht, im Vorhinein einen Gesprächstermin mit dem TDD vereinbaren zu können und auch ein transkulturelles Training, um das Gespräch besser verstehen und lenken zu können.

Fazit und Empfehlungen

Um die Nutzung des TDD von Seiten der Hebammen zu erhöhen, scheint ein weiteres und sehr praxisorientiertes Training für Hebammen empfehlenswert (eventuell unter Beizug von

Simulation durch eine Person aus einer anderen Herkunft). Ein solches Training sollte die Teilnehmenden nicht nur auf kognitiver Ebene ansprechen, sondern auch auf emotionaler Ebene, und Reflexionsprozesse zur Versorgungsqualität und ethischen Aspekten sowie zu den eigenen Überzeugungen und unbewussten Anteilen des Entscheidungsprozesses auslösen. Zudem sollten Gesundheitsprofessionellen vermehrt Forschungsergebnisse zum Nutzen von professioneller Übersetzung vermittelt werden.

Der Inhalt eines solchen Trainings könnte folgende Aspekte umfassen:

- Fallszenarien (Vignetten) und Gesprächssituationen mit der Klientin (Simulationen), gefolgt von einer Reflexion über die Qualität des Gesprächs und der Versorgung sowie der Vermittlung der Evidenz aus der Forschung zum Nutzen der professionellen Übersetzung;
- Reflexion über die nonverbale Kommunikation und die sprachliche Verständigung unter Einbezug von Dolmetschenden
- Eruiieren, in welchen Situation eine Kommunikation mittels Körpersprache oder eine Ad-hoc Kommunikation ausreicht und ab wann eine kritische Situation erreicht ist und der TDD hinzugezogen werden sollte;
- Vorbereitung, wie Vertrauen geschaffen werden kann;
- Gesprächsvorbereitung mit fremdsprachigen Familien, wie diese über die Vorteile des TDD aufgeklärt werden und wie sie ihre Fragen stellen können;
- Umgang mit kritischen und bedrohlichen Situationen;
- Umgang mit unterschiedlichen Rollen und mit Familien unterschiedlicher Herkunft
- Reflexion über eigene Vorurteile, Zuschreibungen und Projektionen;
- Thematisierung und Reflexion von Kulturalisierungen und deren Vermeidung;
- „Best practice“- Beispiele von Hebammen sammeln, die gute Erfahrungen mit dem TDD gemacht haben und diese mit den Hebammen besprechen.

Das Hinzuziehen des TDD könnte zum Standard gemacht werden, indem bei Schulungen zum TDD die Auflage gemacht wird, innert einer bestimmten Zeit (wie zBsp innert drei Monaten, wie dies eine Hebamme vorgeschlagen hat), mindestens einmal den TDD angewendet zu haben und dazu ein Protokoll zu erstellen.

Eine weitere Option wäre, dass Hebammen bei ihrem Erstgespräch nach dem Schaffen von Vertrauen auf standardisierte Weise, die Option des Hinzuziehens des TDD für den zweiten Besuch einbringen und das Hinzuziehen des TDD für das Zweitgespräch besprechen. Dieses Vorgehen könnte in Weiter- und Fortbildungen von Hebammen eingeübt werden.

Des Weiteren wird empfohlen, den Hebammen ein transkulturelles Training anzubieten. Dies könnte möglicherweise als Modul in das oben erwähnte Training mit integriert werden. Auch bei solchen Trainings sollte nicht nur die kognitive, sondern auch die emotionale Ebene

angesprochen werden, damit Reflexionsprozesse zu unbewussten Anteilen des Entscheidungsprozesses zum Thema gemacht werden können.

Da einige wenige Hebammen von teilweise bedrohlichen Situationen berichteten, sollte sichergestellt werden, dass diese Hebammen ausreichend Supervision erhalten bzw. an Gruppen für Supervision angeschlossen werden, damit diese Erfahrungen aufgearbeitet werden können und sich nicht auf die weitere (Nicht-)Nutzung des TDD auswirkt.

Für die betroffenen Familien könnte eine sehr kurze Informationsbroschüre in ihrer Landessprache erstellt werden, die sie über die Möglichkeiten des TDD und dessen Vorteile aufklärt (z.B. kostenlos; weibliche Dolmetscherin; grundlegende Informationen können klar vermittelt werden und Fragen können gestellt werden; anonym etc.). Auch die Möglichkeiten, Videodolmetschen einzusetzen, sollten geklärt werden. Um sicherzugehen, dass auch illiterate Familien Zugriff auf solche Informationen haben, könnte zusätzlich ein Comic Strip mit Informationen zum TDD erstellt werden, der abgegeben werden kann und den die Hebamme beim ersten Hausbesuch auch auf ihrem Natel zeigen können.

5 Referenzen

- Alfred M. Effectiveness of culturally focused interventions in increasing the satisfaction of hospitalized Asian patients: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 2016; 14: 219-256.
- Fagan MJ, Diaz JA, Reinert SE, Sciamanna CN, Fagan DM. Impact of interpretation method on clinic visit length. *J Gen Intern Med* 2003; 18:634-8.
- Daley BJ: Using Context maps in qualitative research: Theory, Methodology, Technology. Proc. of the First Int. Conference on Concept Mapping, Pamplona, Spain 2004. Available at <http://cmc.ihmc.us/papers/cmc2004-060.pdf>, accessed January 25th 2019
- Dirmaier J, Härter M. Diagnoseaufklärung, Information und Entscheidung über Behandlungen – Patientenbeteiligung und partizipative Entscheidungsfindung. In: Jerosch J, Linke C (Hrsg.). *Patientenzentrierte Medizin*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016, S. 18
- Dowbor T, Zerger S, Pedersen C, et al. Shrinking the language accessibility gap: a mixed methods evaluation of telephone interpretation services in a large, diverse urban health care system. *Int J Equity Health* 2015;14: 83.
- Fitzgerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*. BMC series 2017;18:19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2005;62(3):255-299
- Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology* 2013;13:117
- Gehrig M, Caldéron R, Guggisberg J, Gardiol L. Einsatz und Wirkung von interkulturellem Übersetzen in Spitälern und Kliniken. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien

- BASS, 2012. Available at: https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2012/BAG_2012_Einsatz_Wirkung_ikUe_Schlussbericht.pdf, accessed May 27th 2019
- Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. *Schweiz. Ärztezeitung* 2014;95:50
- Haith-Cooper M. Mobile translators for non-English-speaking women assessing maternity services. *British Journal of Midwifery* 2014;22(11):795-803
- Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, Merino YM, Thomas TW, Payne BK, Eng E, Day SH, Coyne-Beasley T. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *Am J Public Health* 2015;105(12):e60-76. doi: 10.2105/AJPH.2015.302903.
- Hsieh E. Not just “Getting by”: Factors influencing providers’ choice of interpreters. *J Gen Intern Med* 2014;30(1):75-82
- Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 2007;42(2):727-54
- Kuckartz U, Dresing Th, Rädiker S, Stefer C. (2007): *Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis*; Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Müller F, Roose Z, Landis F, et al. Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit. *Interface* 2018
- Origlia Ikhilor P, Hasenberg G, Kurth E, Stocker Kalberer B, Cignacco E, Pehlke-Milde J. Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE. Berner Fachhochschule Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften/Institut für Hebammen, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut. Projektbericht 2017
- Origlia Ikhilor P, Hasenberg G, Kurth E, Stocker Kalberer B, Cignacco E, Pehlke-Milde J. Barrier-free communication in maternity care of allophone migrants: BRIDGE study protocol. *Journal of Advanced Nursing* 2018;74(2):472-481. Doi:10.1111/jan.13441
- Origlia Ikhilor P, Brändle T, Pulver S, Kurth E. Telephone interpreting in home postpartum care of allophone migrant women by midwives. *International Journal of Health Professionals* 2019;6(1):46-57
- Price EL, Perez-Stable EJ, Nickleach D, Lopez M, Karliner LS. Interpreter perspectives of in-person, telephonic, and videoconferencing medical interpretation in clinical encounters. *Patient Educ Cons* 2012;87:226-32
- Roe DJ. Probing. In: Ed. Lavrakas PJ. *Encyclopedia of Survey Research Methods*. Available at <http://sk.sagepub.com/reference/survey/n408.xml>, accessed 25th January 2019
- Sleptsova M, Hofer G, Marcel E, et al. What do interpreters understand as their role in a medical consultation and how do they carry it out in reality? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 2015;65: 363-369.
- Sleptsova M, Weber H, Schöpf A, et al. Using interpreters in medical consultations: What is said and what is translated - a descriptive analysis using RIAS. *Patient Educ Cons* 2017;100:1667-1671.
- Tarr N & Merten S. Literaturreview ‚Interkulturelles Dolmetschen 2012 - 2018‘. Bericht zuhanden der Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit, Bundesamt für Gesundheit BAG. Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, 2019
- Würth KM, Reiter-Thiel S, Langewitz W, Schuster S. “Getting by“ in a Swiss Tertiary Hospital: The Inconspicuous Complexity of Decision-making Around Patients’ Limited Language Proficiency. *J Gen Intern Med*. 2018 Nov;33(11):1885-1891. doi: 10.1007/s11606-018-4618-0. Epub 2018 Aug 24.

Würth KM, Schuster S. "Some of them shut the door with a single word, but she was different" - A migrant patient's culture, a physician's narrative humility and a researcher's bias. *Patient Educ Couns.* 2017;100(9):1772-1773. doi: 10.1016/j.pec.2017.02.017.

Zaw R, Faulkenberry-Miranda C, Zuniga S, Ortiz C, Stoltz G, Yang S. Barriers to clear communication for pediatric primary care providers when using phone interpreters: A focus group study. *J Invest Med.* 2013;61(1):183.

6 Fallvignetten für die Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen und Dolmetschenden

Nachstehend finden sich Fallvignetten, die für den Unterricht von Gesundheitsfachpersonen im Bereich des interkulturellen Trainings als auch für das Training zur Nutzung des Telefondolmetschdienstes für die Betreuung fremdsprachiger Familien genutzt werden können. Die Fallvignetten können von KursleiterInnen sowohl als einzelne Vignetten oder als ganzes Paket in den Unterricht eingebaut werden. Sie sind für die Arbeit in Gruppen konzipiert und ermöglichen eine kritische Reflexion zur Versorgungsqualität, zu eigenen Überzeugungen und unbewussten Anteilen von Entscheidungsprozessen.

Die Fallvignetten basieren auf den Ergebnissen und unter Verwendung von Interviewtexten des Forschungsprojekts «Telefondolmetschen in der Berufspraxis von Hebammen» durch Familystart-Hebammen', welches vom BAG finanziert und 2018 durchgeführt wurde.

Für die Bearbeitung der Fallvignetten werden je zwischen 60 bis maximal 180 Minuten benötigt. Sie haben folgende thematische Schwerpunkte:

- Erste Fallvignette: Missverständnisse in der Kommunikation mit Auswirkungen auf die Betreuungsqualität
- Zweite Fallvignette: Erfassung des Bedarfs in Bezug auf die Nutzung des Telefondolmetschdienstes
- Dritte Fallvignette: interprofessionelle Schulung mit Gesundheitsfachpersonen und Dolmetschenden.

Die Vignetten sind folgendermassen strukturiert:

- Einleitung (für KursleiterIn)
- Zeitbedarf (Vorbereitungszeit und Durchführungszeit)
- Benötigtes Material
- Aufgabe- und Fragestellungen an die teilnehmenden Fachpersonen durch den/die KursleiterIn
- Fallvignette
- Instruktionen für den/die KursleiterIn
- Fazit

Fallvignette 1 – Missverständnisse in der Kommunikation mit Auswirkungen auf die Betreuungsqualität

Einleitung (für KursleiterIn):

Die folgende Fallvignette fokussiert sich auf Missverständnissen, die während der Betreuung fremdsprachiger Familien während der Kommunikation entstehen können. Zudem befasst sie sich mit den Auswirkungen dieser Missverständnisse auf die Betreuungs- bzw. Versorgungsqualität. Die Fallvignette ist für Schulungszwecke im Rahmen der Nutzung des Telefondolmetschdienstes bei der Betreuung fremdsprachiger Familien geeignet.

Zielformulierung:

Das Ziel dieser Vignette ist es, den an der Fortbildung teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen zu vermitteln, dass Missverständnisse in der Kommunikation mit fremdsprachigen Familien Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung bzw. Versorgung haben können.

Zeitbedarf:

- Vorbereitung: 10 Minuten
- Durchführung: ca. 120 Minuten (je nach Gruppengrösse)

Benötigtes Material:

- 1 Ausdruck der Fallvignette pro teilnehmende Gesundheitsfachperson

Aufgabe- und Fragestellungen an die teilnehmenden Fachpersonen (durch KursleiterIn):

- Bitte bilden Sie Zweiergruppen, lesen Sie die Fallvignette und diskutieren Sie diese in Bezug auf folgende Fragestellungen:
 1. Hätte die in der Fallvignette beschriebene Hebamme den Telefondolmetschdienst (TDD) einbeziehen sollen?
 - Falls ja, warum?
 - Falls ja, was wäre ein guter Zeitpunkt gewesen und welche Strategien würden sie vorschlagen, den TDD einzubeziehen?
 - Falls nein, warum nicht?

Was halten Sie von diesem Statement?

2. ‚Ohne den Einbezug des TDD während der Gesundheitsbetreuung fremdsprachiger Familien kann keine qualitativ hochwertige Betreuung gewährleistet werden.

Was halten Sie von diesem Statement?

3. ‚Die Nichtnutzung des TDD schränkt das Recht auf Informationen fremdsprachiger PatientInnen ein.‘

Sie haben für die Beantwortung der Fragen 30 Minuten Zeit.

FALLVIGNETTE 1:

Eine Hebamme erzählt: „Ich hatte eine Familie, bei der das vierte Kind auf die Welt gekommen war. Der Abstand zum dritten Kind war zwei Jahre. Die Familie ist aus Afghanistan und lebt seit zweieinhalb Jahren hier in der Schweiz. Die Frau und der Mann konnten ein bisschen

Deutsch sprechen, aber die Verständigung war schwierig. Beim ersten Besuch habe ich zunächst mittels Händen und Füssen mit der von mir betreuten Frau kommuniziert. Einzelne Wörter habe ich mittels Google Translate übersetzt. Im Laufe des Besuchs kam auch der Vater des Kindes dazu. Er sprach etwas Deutsch und übernahm die ad-hoc Übersetzung. Die Kommunikation verlief eigentlich sehr gut. Als ich ihr bei der Stillposition mehr Hilfestellung gab, hat sie mir mittels Körpersprache gezeigt, dass sie mich verstehe und konnte meine Anweisungen umgehend und korrekt umsetzen.

Als ich das zweite Mal zu ihnen nach Hause kam, konnte ich feststellen, dass das Kind sehr stark abgenommen hatte. Die Mutter hatte es zwar gestillt, aber es hatte dennoch stark abgenommen. Da habe ich natürlich grossen Wert darauf gelegt, dass das Kind zunimmt. Ich habe der Mutter dann auch mittels Händen und Füssen und etwas ad-hoc Übersetzung durch den Vater vermittelt, dass das Kind mindestens alle drei Stunden trinken soll. Ich habe ihr das auch zusätzlich per Handzeichen ausgedrückt, in dem ich drei Finger hochgehalten und auf das Baby gezeigt habe, das sie gerade zum Stillen an die Brust gelegt hatte. Sie hat genickt und ich war mir sicher, dass sie und der Vater mich verstanden haben. Das war einfach intuitiv. Allgemein hatte ich das Gefühl, dass sie mich sehr gut versteht. Wir haben meine Anweisungen zusätzlich und bevor ich gegangen bin, auch noch aufgeschrieben.

Schliesslich stellte sich gegen Ende des zweiten Hausbesuchs heraus, dass die Frau verstanden hatte, dass das Kind insgesamt dreimal pro Tag trinken soll anstatt alle drei Stunden! Das ist so ein Klassiker. Solche Missverständnisse passieren oft, dass man sagt: mindestens alle drei Stunden, und sie versteht, das Neugeborene soll nur dreimal am Tag trinken. Das macht natürlich einen Riesenunterschied. Das passiert häufig.“

Instruktionen für den/die KursleiterIn:

1. In einem ersten Schritt, gehen Sie die Fragestellungen mit den teilnehmenden Fachpersonen durch (ca. 30 Minuten):
 - a) Wie haben Sie die Fragen beantwortet?
 - b) Falls Sie Frage 1 mit ja beantwortet haben: Wann wäre ein guter Zeitpunkt gewesen? Welche Strategien hätte die Gesundheitsfachperson verwenden können?
 - c) Falls Sie Frage 1 mit nein beantwortet haben: Was waren hier Ihre Überlegungen?
 - d) Wenn Sie an den Fall zurückdenken: Welchen Einfluss hätte der Einbezug des TDD Ihrer Meinung nach auf die Qualität der Betreuung haben können?
 - e) Was sagen Sie zum Informationsrecht der Patientin?

2. Im zweiten Schritt leiten Sie als KursleiterIn eine abschliessende Diskussion und legen Sie ein Fazit vor (ca. 30 Minuten). Ihre Aufgabe ist es, eine kritische Diskussion anzuregen (ca. 30 Minuten).

Hintergrundinformation

Das in der Fallvignette beschriebene Verhalten der Hebamme spiegelt ihre Überzeugung zur Betreuungsqualität in Bezug auf die Kommunikation wider. Der Ablauf dieser Situation ist sehr typisch: die Hebamme bringt ihre Grundüberzeugungen mit und entwickelt Strategien, die sie situationsbedingt immer wieder neu anpasst. Sie erkennt zwar, dass Missverständnisse häufig entstehen, sieht jedoch keine Indikation, den TDD beim nächsten Hausbesuch hinzuzuziehen.

3. In einem dritten Schritt fragen Sie als KursleiterIn die Teilnehmenden folgende Frage:

- a) Wenn Sie an Ihre eigene Praxis denken, mit welcher Sichtweise können Sie sich am ehesten identifizieren?

Hintergrundinformationen

Ein Forschungsprojekt im Jahr 2018⁸ hat gezeigt, dass manche Hebammen der Überzeugung sind, dass die Qualität der Grundbetreuung nicht von der verbalen Verständigung abhängt; andere Hebammen hingegen finden, dass eine qualitativ hochwertige Betreuung nur angeboten werden kann, wenn man sich angemessen verständigen kann.

Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass Sprachbarrieren die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen^{9, 10}:

PatientInnen mit begrenzten Sprachkenntnissen haben einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu präventiven Dienstleistungen, sind mit der Versorgung weniger zufrieden, verstehen Instruktionen und Medikationen schlechter, haben längere Spitalaufenthalte und weisen ein höheres Risiko für medizinische Fehler und Fehldiagnosen auf.

Demgegenüber verbessert der Beizug von Dolmetschenden die Versorgungsqualität für Personen mit begrenzten Sprachkenntnissen: Er erhöht die PatientInnenzufriedenheit, führt zu weniger Fehler in der Kommunikation, reduziert Ungleichheit in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und verbessert klinische Ergebnisse.

⁸ Das Projekt trägt den Titel: „Telefondolmetschen in der Berufspraxis von Hebammen“ und wurde im Jahr 2018 im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch Prof. Dr. Elisabeth Zemp, Dr. Leah F. Bohle und Dr. Elisabeth Kurth vom Schweizer Tropen- und Public-Health Institut (Swiss TPH), der Universität Basel und von Familystart beider Basel, durchgeführt.

⁹ Aus: Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting By: underuse of interpreters by resident physicians. *Journal of General Internal Medicine* 2008;24(2):256-62

¹⁰ Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 2007;42(2):727-54

Fallvignette 2 - Erfassung des Telefondolmetschdienst-Bedarfs

Einleitung (für KursleiterIn):

In dieser Fallvignette geht es um die Einschätzung, um Indikationen und Kriterien für den Einsatz des Telefondolmetschdienstes (TDD) in der Betreuung und Versorgung fremdsprachiger Familien. Als Vorbereitung für den Einsatz der Fallvignette wird empfohlen, dass der/die KursleiterIn folgende Publikationen liest:

- Würth, K.M., Reiter-Thiel, S.; Langewitz, W. und Schuster, S. (2018) "Getting by" in a Swiss Tertiary Hospital: The Inconspicuous Complexity of Decision-making Around Patients' Limited Language Proficiency. *J Gen Intern Med.* 2018 Nov;33(11):1885-1891. doi: 10.1007/s11606-018-4618-0. Epub 2018 Aug 24. Zugang unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30143979>
- Würth, K.M. und Schuster, S. (2018) "Some of them shut the door with a single word, but she was different" - A migrant patient's culture, a physician's narrative humility and a researcher's bias. *Patient Educ Couns.* 2017 Sep;100(9):1772-1773. doi: 10.1016/j.pec.2017.02.017. Epub 2017 Feb 24. Zugang unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28347520>

Die Fallvignette ist für Schulungszwecke zur Nutzung des Telefondolmetschdienstes bei der Betreuung fremdsprachiger Familien geeignet.

Zielformulierung:

Die Fallvignette hat das Ziel, die verschiedenen Indikationen zu beleuchten, ab wann ein Telefondolmetschdienst hinzugezogen werden soll.

Zeitbedarf (Vorbereitungszeit und Durchführungszeit):

- Vorbereitung: 10 Minuten (+ ca. 30-60 Minuten Literatur lesen)
- Durchführung: ca. 90 Minuten (je nach Gruppengrösse)

Benötigtes Material:

- 5 farbige Karten pro teilnehmende Gesundheitsfachperson
- 1 Marker pro teilnehmende Gesundheitsfachperson & KursleiterIn
- Pinnwand, Nadeln
- Karten zum Gruppieren der Beiträge
- 1 Ausdruck der Fallvignette pro Gesundheitsfachperson

Aufgabe- und Fragestellungen an die teilnehmenden Fachpersonen durch den/die KursleiterIn:

- Bitte 5 farbige Karten und einen Marker pro Gesundheitsfachperson verteilen.

Instruktionen an die Gesundheitsfachpersonen durch den/die KursleiterIn:

1. Bitte lesen Sie die zwei Fallbeispiele. (den Gesundheitsfachpersonen dafür ca. 5 Minuten Zeit geben)
2. Die zwei Fälle beschreiben unterschiedliche Meinungen im Hinblick auf den Einbezug des Telefondolmetschdienstes. Welche fünf Gedanken kommen Ihnen spontan in den Sinn? Bitte halten Sie diese Gedanken jeweils mittels eines Stichwortes auf einer Karte fest.

Sie haben dafür 5 Minuten Zeit.

FALLVIGNETTE 2

Fallbeispiel 1:

Hebamme: «Wenn die Frau (damit ist die Patientin gemeint) offen ist und zuschaut, wenn ich ihr etwas zeige, und wenn sie lacht oder auch weint, und wenn sie mich versteht, muss ich keinen Telefondolmetschdienst einschalten, dann geht das gut. Und wenn das Kind zunimmt und der Vater irgendwo umherwuselt oder eine Schwester, dann ist das alles in Ordnung.»

Interviewerin: „Haben Sie dann nicht das Gefühl, dass vielleicht durch die Nicht-Übersetzung Informationen verloren gehen?“

Hebamme: „Nein, verloren gehen die Informationen nur, wenn es um Tatsachen geht. Zum Beispiel eine Frau, die einen stinkenden Wochenbettfluss hat, oder Infektionen an der Brust, was man behandeln muss. Ein Baby, das nicht zunimmt, bei dem der Nabel nicht gut abheilt, all solche Dinge. Dann muss der Telefondolmetschdienst eingesetzt werden. Wenn ein medizinischer Notfall auftritt, z.Bsp. wenn ich das Kind verlegen muss, dann muss der Telefondolmetschdienst immer hinzugezogen werden. Es gibt Situationen, in denen das vorkommt und ich keinen Telefondolmetschdienst brauche. Und es gibt auch Situationen, in denen das Kind zunimmt und ich den Telefondolmetschdienst doch brauche. Das ist unterschiedlich.“

Fallbeispiel 2:

Hebamme: „Jede Frau – egal ob Schweizerin oder fremdsprachig und ohne Deutschkenntnisse – sollte die gleichen Möglichkeiten haben, wenn es um ihre postpartale Versorgung geht. Von daher müssten wir eigentlich alle immer und konsequent bei der Betreuung fremdsprachiger Frauen und ihrer Neugeborenen den Telefondolmetschdienst hinzuziehen. Dies sollte schon bei dem ersten Besuch erfolgen. Es hat etwas mit der Sicherstellung unserer Versorgungsqualität zu tun, dass wir einen Dolmetscher benutzen und egal ob es sich um ein Gespräch zur Verstopfung, um eine emotionale Unterstützung oder einen medizinischen Notfall handelt. Ja, ich finde es schlimm, dass man die Frauen so abwertet und ihnen den Telefondolmetschdienst gar nicht erst anbietet, obwohl sie kein Deutsch sprechen! Wir müssen uns immer wieder sagen, dass das mit gleichwertiger Qualität zu tun hat, nicht nur im Notfall oder wenn es nicht anders geht, sondern auch einfach mal grundsätzlich als Angebot.“

1. Instruktionen für den/die KursleiterIn (für die folgenden Punkte ca. 30 Minuten einsetzen):

- a) Gesundheitsfachpersonen bitten, die Karten nacheinander an die Pinnwand zu pinnen.
- b) Diese gemeinsam mit den Gesundheitsfachpersonen thematisch gruppieren.
Die entstandenen thematischen Gruppen diskutieren. (Übergeordnete Themen könnten z.Bsp. sein: Sicherstellung der Qualität; Komplikationen; Notfall; Situationsabhängigkeit; Pflicht; Ethik/Moral; Verantwortung, etc.)

2. In einem zweiten Schritt leiten Sie als KursleiterIn eine abschliessende Diskussion und legen ein Fazit vor (ca. 30 Minuten).

Ihre Aufgabe ist es, eine kritische Diskussion anzuregen (ca. 30 Minuten).

Hintergrundinformationen

Die zwei Fallbeispiele zeigen unterschiedliche Sichtweisen auf. Im ersten Beispiel berichtet die Hebamme, dass es sehr situationsabhängig ist und dass das Hinzuziehen des Telefondolmetschdienstes vor allem davon abhängt, ob es sich um eine Notfallindikation bzw. Komplikation handelt oder nicht. Hier wird abgewogen, ob es sich um eine physiologische oder eine pathologische Situation handelt.

Im zweiten Beispiel berichtet die Hebamme, dass unabhängig von der Situation (und unabhängig davon ob es um Physiologisches oder Pathologisches geht) bei allophonen Personen der Telefondolmetschdienst immer hinzugezogen werden muss, da nur so eine gute Versorgungsqualität gewährleistet werden kann.

Ein Forschungsprojekt im Jahr 2018¹¹ hat gezeigt, dass manche Hebammen der Überzeugung sind, dass die Qualität der Grundbetreuung nicht von der verbalen Verständigung abhängt und der TDD nur bei Komplikationen/im Notfall hinzugezogen werden muss; andere Hebammen hingegen finden, dass eine qualitativ hochwertige Betreuung nur angeboten werden kann, wenn man sich angemessen verständigen kann und der TDD immer hinzugezogen werden muss, um das Anrecht auf Betreuungsqualität und Chancengleichheit zu gewährleisten. Wenn Sie an Ihre eigene Praxis denken, mit welcher Sichtweise können Sie sich am ehesten identifizieren?

Studien haben gezeigt, dass Sprachbarrieren die Qualität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen^{12,13}:

PatientInnen mit begrenzten Sprachkenntnissen haben einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu präventiven Dienstleistungen, sind mit der Versorgung weniger zufrieden, verstehen Instruktionen und Medikationen schlechter, haben längere Spitalaufenthalte und weisen ein höheres Risiko für medizinische Fehler und Fehldiagnosen auf.

Demgegenüber verbessert der Beizug von Dolmetschenden die Versorgungsqualität für Personen mit begrenzten Sprachkenntnissen: Er erhöht die PatientInnen-Zufriedenheit, führt zu weniger Fehler in der Kommunikation, reduziert Ungleichheit in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und verbessert klinische Ergebnisse.

¹¹ Projekt „Telefondolmetschen in der Berufspraxis von Hebammen“, im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) im Jahr 2018 durchgeführt von Prof. Dr. Elisabeth Zemp¹, Dr. Leah F. Bohle¹ und Dr. Elisabeth Kurth^{1,2} (Schweizer Tropen- und Public-Health Institut/Universität Basel¹, Familystart beider Basel²).

¹² Aus: Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting By: underuse of interpreters by resident physicians. *Journal of General Internal Medicine* 2008;24(2):256-62

¹³ Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 2007;42(2):727-54

Fallvignette 3 – Interprofessionelle Schulung mit Gesundheitsfachpersonen und Dolmetschenden

Einführung (für KursleiterIn):

Diese Fallvignette und das dazugehörige Rollenspiel sind für die interprofessionelle Schulung und im Rahmen einer Schulung zur Betreuung fremdsprachiger Familien geeignet, in der Gesundheitsfachpersonen und Dolmetschende als Teilnehmende anwesend sind. Sie soll die teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen in eine herausfordernde Situation versetzen, in welcher sie sich sprachlich nicht verständigen können. Der Dialog findet jeweils zwischen einer Gesundheitsfachperson und einer/einem Dolmetschenden statt.

Idealerweise sollte pro Gesundheitsfachperson eine dolmetschende Person zur Verfügung stehen. Die Personen spielen eine andere als ihre herkömmliche Rolle (DolmetscherIn spielt Gesundheitsfachperson; Gesundheitsfachperson spielt PatientIn). Für den Fall, dass nicht gleich viele Gesundheitsfachpersonen und Dolmetschende anwesend sind, sodass alle in einer Zweier-Gruppe mitmachen können, können auch Kleingruppen oder eine grosse Gruppe gebildet werden, und zwei freiwillige Personen (jeweils eine Gesundheitsfachperson und eine Dolmetschende) spielen die ihnen zugewiesenen Rollen, während die anderen Teilnehmenden gebeten werden, die Szene zu beobachten.

Das Szenario in der Fallvignette findet in z.B. Griechenland statt. Der/die „PatientIn“ (gespielt von einer Gesundheitsfachperson) spricht kein Griechisch; der/die „Gesundheitsfachperson“ (gespielt von einem/r Dolmetschenden) spricht nur Griechisch und keine andere Sprache. *Hinweis: Das Land und die jeweilige Sprache kann beliebig ausgetauscht werden und sollte wenn möglich an die Realität angepasst werden (z.B. an Nationalität der dolmetschenden Person). Es ist jedoch sehr wichtig zu beachten, dass die Person, die die Rolle des/der „PatientIn“ übernimmt, auf keine andere Sprache ausweichen kann und die Sprache des/der DolmetscherIn überhaupt nicht versteht.*

Zielformulierung:

Ziel dieser Fallvignette und des Rollenspiels ist es, die Gesundheitsfachpersonen auf emotionaler Ebene erfahren zu lassen, was es heisst, sich in einer schwierigen Situation zu befinden, in der sie nichts verstehen und sich sprachlich nicht verständigen können. Ziel für Dolmetschende ist es, die Situation der Gesundheitsfachpersonen besser nachvollziehen zu können, um in solchen Situationen unterstützend tätig sein zu können.

Zeitbedarf (Vorbereitungszeit und Durchführungszeit):

- Vorbereitung: ca. 45 Minuten
- Durchführung: ca. 180 Minuten (je nach Gruppengrösse)

Benötigtes Material, Personal und Räumlichkeiten:

- DolmetscherIn, welche die Rolle einer Gesundheitsfachperson aus Griechenland. Die DolmetscherIn kann nur Griechisch sprechen und spricht kein einziges Wort einer anderen Sprache.
- Eine freiwillige Gesundheitsfachperson, welche die Sprache der Dolmetschenden nicht versteht, nimmt die Rolle des/der PatientIn ein.
- Weisses Kittel, Stift und Papier für die Dolmetschende (in der Rolle der Gesundheitsfachperson aus Griechenland; die Gesundheitsfachperson (in der Rolle der Patientin) soll nichts dabei haben. – Es sollte darauf geachtet werden, dass sie weder Stift, Papier noch Natel oder anderes Hilfsmaterial hat.

- Wasser, Glas, Traubenzucker/Gutzeli
- Kursraum und separater Raum/Flur

Aufgabe- und Fragestellungen an die teilnehmenden Fachpersonen durch den/die KursleiterIn

- Einweisung der Dolmetschenden in die Rolle einer Gesundheitsfachperson aus Griechenland. Das nachstehende Skript muss gelesen und die Rolle verinnerlicht werden. Es wird empfohlen, ein verkürztes Rollenspiel und eine „Generalprobe“ (Probedurchlauf ohne Kursteilnehmende) durchzuführen. Die Einweisung sollte separat ohne Anwesenheit der Gesundheitsfachpersonen (Kursteilnehmenden) stattfinden und dafür sollte vor dem Kurs genügend Zeit eingeplant werden (ca. 45 Minuten). Die Gesundheitsfachpersonen sollten das Skript der Dolmetschenden nicht zu Gesicht bekommen.
- Einweisung der Gesundheitsfachperson in den Ablauf des Kurses: Jeweils eine Gesundheitsfachperson wird mit einer Dolmetschenden gepaart; für den Fall, dass nicht gleich viele Gesundheitsfachpersonen und Dolmetschende anwesend sind, werden Gruppen gebildet und jeweils eine Gesundheitsfachperson soll sich spontan melden, den/die PatientIn zu spielen. Sie bekommt ihr Fallbeispiel ausgehändigt und hat ca. 15 Minuten Zeit, dieses in einem separaten Raum/auf dem Flur einzustudieren.

Fallbeispiel für Dolmetschende in der Rolle der Gesundheitsfachperson aus Land XX (z.B. Griechenland):

Sie sind eine griechische Gesundheitsfachperson. Sie sprechen keine andere Sprache ausser Griechisch). Sie sind 45 Jahre alt, waren noch nie ausserhalb von Griechenland und arbeiten seit über zwanzig Jahren auf der Notfallstation des Krankenhauses. Jeden Tag kommen Patientinnen mit Notfallsituationen zu Ihnen. Sie sind zuständig für die Anamnese. Sie führen keine körperlichen Untersuchungen durch, da dies nicht in Ihren Aufgabenbereich fällt. Sie haben nun eine/n PatientIn vor sich, der/die aus der Schweiz kommt. Der/die PatientIn spricht kein einziges Wort Griechisch). Mehr wissen Sie nicht.

Bitte sprechen Sie zunächst nur auf Griechisch mit der Patientin. Sobald Sie merken, dass Sie nicht weiterkommen, können Sie es auch mit Händen und Füßen versuchen (mit Mimik und Gestik). Anschliessend verwenden Sie Papier und Stift, um dem/der PatientIn etwas zu erklären. Sie schreiben nur Griechisch). Sie haben kein Telefon zur Hand.

Versuchen Sie so, eine Anamnese zu erheben bzw. dem/der PatientIn zu helfen. Sie beschliessen, ihm/ihr eine Tablette zur Linderung ihrer Beschwerden zu geben. Sie reichen ihm/ihr die Tablette (nehmen Sie hierfür den Traubenzucker/das Gutzeli) und ein Glas Wasser, wenn Sie glauben, dass es die Situation erfordert.

Fallbeispiel für Gesundheitsfachperson in der Rolle als Patientin

Sie hatten schon lange keinen Urlaub mehr und haben sich Ihren Traum erfüllt: ein Urlaub alleine und mit Rucksack durch Griechenland. Sie sprechen kein einziges Wort Griechisch und können auch die Schrift nicht lesen. Sie sind in einer mittelgrossen Stadt unterwegs, als Sie plötzlich und ohne Vorwarnung Bauchschmerzen bekommen. Sie kennen diese Art von Symptome nicht und sind besorgt. Sie entscheiden sich, in das nächst gelegene Krankenhaus

zu gehen. Sie werden vom Empfang zur Notfallstation gebracht, wo Sie eine Gesundheitsfachperson antreffen.

Mittlerweile sind zwei Stunden vergangen. Ihre Bauchschmerzen sind unverändert. Jetzt wird Ihnen auch noch übel und Sie haben das Gefühl, jederzeit erbrechen zu müssen. Sie haben Sorge, sich zu blamieren und mitten in den Raum zu erbrechen.

Im Verlauf fällt Ihnen ein, dass Sie Ihre Reisekrankenversicherung informieren müssen, weil sonst die Rechnung des Krankenhauses nicht ersetzt wird. Sie haben aber nichts dabei ausser Ihrem Pass.

Am liebsten würden Sie eine Ihnen nahestehende Person anrufen, weil Sie sich in dieser Situation nach zu Hause sehnen, sich alleine fühlen und verzweifelt sind.

Instruktion: *Bitte versetzen Sie sich in die obige Situation. Auf der Notfallstation wird Ihnen eine Gesundheitsfachperson zugewiesen, die Sie gleich im Rollenspiel treffen werden.*

Instruktion für den/die KursleiterIn:

- Lassen Sie das Szenario vorspielen. Beenden Sie es nach ca. 15 Minuten bzw. sobald es adäquat ist.
- Geben Sie den Kursteilnehmenden folgen Instruktion:
Bitte beobachten Sie die Situation und machen sich Notizen/versuchen sich zu merken, wie Sie sich in der Situation gefühlt haben.
- Nach Beendigung des Szenarios bitten Sie zunächst die Gesundheitsfachperson (in der Rolle des/der Patienten/Patientin), zu schildern, wie sie sich gefühlt hat. Stellen Sie folgende Fragen (ca. 5 Minuten pro Person):
 - Hatten Sie das Gefühl, dass Sie gut verstanden wurden?
 - Haben Sie sich fachlich aufgehoben gefühlt?
 - Konnten Ihre Fragen beantwortet werden?
 - Hätten Sie noch andere Fragen gehabt, die gar nicht zur Sprache kamen?
 - Hat die Kommunikation über die Fremdsprache, Gestik, Mimik und Zeichnung etc. ausgereicht? Warum? Warum nicht?
 - Haben Sie sich emotional aufgehoben gefühlt?
- Anschliessend bitten Sie den/die Dolmetschende/n (in der Rolle der Gesundheitsfachperson), seine/ihre Sichtweise zu schildern. Stellen Sie folgende Fragen (ca. 5 Minuten pro Person):
 - Konnten Sie den/die PatientIn verstehen?
 - Wurden Ihre Fragen alle beantwortet?
 - Wissen Sie, was als nächstes zu tun ist?
 - Können Sie der Patientin eine qualitativ hochwertige Versorgung bieten, wenn sie nicht die gleiche Sprache sprechen?
- Anschliessend bitten Sie die Gesundheitsfachpersonen (Kursteilnehmenden), ihre Gedanken zu schildern.
- Bitten Sie die teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen, basierend auf dem erlebten Szenario, folgende Fragen gemeinsam zu diskutieren:
 - Ab wann sollte der (Telefon-)Dolmetschdienst ((T)DD) eingesetzt werden? Wie sehen Sie dies in Bezug auf eine Grundversorgungssituation bei einer fremdsprachigen PatientIn und wie bei einer Notfallsituation?
 - Diskutieren Sie folgende Aussage „Ein/e PatientIn hat immer das Recht, dass der (T)DD beigezogen wird, sofern der dieser zur Verfügung steht.“

- Diskutieren Sie die Aussage „Ohne Einbezug des (T)DD bei einem/r allophonen PatientIn leidet die Qualität der Betreuung.“

Leiten Sie als KursleiterIn eine abschliessende Diskussion und legen Sie ein Fazit vor (ca. 30 Minuten).

Hintergrundinformationen

Nicht jede Person hat sich bereits in einer Situation befunden, in der die sprachliche Kommunikation nicht möglich ist und kein Wort der anderen Sprache verstanden wird. Dies kann insbesondere in schwierigen Situationen (z.B. bei Krankheit) zu einer grossen Herausforderung werden. Das Rollenspiel hatte zum Ziel, Sie in eine solche herausfordernde Situation zu versetzen und Sie die emotionale Erfahrung eines/einer allophonen PatientIn machen zu lassen; bzw. Ihnen die Erfahrungen einer Gesundheitsfachperson in einer solchen Situation näher zu bringen.

Die Literatur stützt die Aussage, dass die Qualität der Betreuung ohne Einbezug des (T)DD bei Bestehen von Sprachbarrieren leidet^{14, 15}:

PatientInnen mit begrenzten Sprachkenntnissen haben einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu präventiven Dienstleistungen, sind mit der Versorgung weniger zufrieden, verstehen Instruktionen und Medikationen schlechter, haben längere Spitalaufenthalte und weisen ein höheres Risiko für medizinische Fehler und Fehldiagnosen auf.

Demgegenüber verbessert der Beizug von Dolmetschenden die Versorgungsqualität für Personen mit begrenzten Sprachkenntnissen: Er erhöht die PatientInnen-Zufriedenheit, führt zu weniger Fehler in der Kommunikation, reduziert Ungleichheit in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und verbessert klinische Ergebnisse.

¹⁴ Aus: Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting By: underuse of interpreters by resident physicians. *Journal of General Internal Medicine* 2008;24(2):256-62

¹⁵ Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 2007;42(2):727-54

7 Vignettes cliniques destinées à la formation continue des professionnel-le-s de la santé et des interprètes

Les vignettes cliniques présentées ci-après sont destinées à être utilisées dans les cours pour professionnel-le-s de la santé, soit dans le cadre de la formation interculturelle, soit dans le cadre d'un entraînement à l'utilisation du service d'interprétariat téléphonique lors de la prise en charge des familles de langue étrangère. Elles peuvent être intégrées dans les cours en partie ou dans leur ensemble. Les vignettes cliniques sont conçues pour le travail en groupe et permettent une réflexion critique sur la qualité des soins, sur les propres convictions des participant-e-s et sur les aspects inconscients des processus décisionnels.

Les vignettes cliniques sont basées sur les résultats du projet de recherche « L'interprétariat téléphonique dans la pratique professionnelle des sages-femmes », financé par l'OFSP et réalisé en 2018, et sur les transcriptions d'entretiens menés dans le cadre de ce projet.

Il faut prévoir entre 60 et 180 minutes pour le traitement de chaque vignette clinique. Les thèmes centraux sont les suivants :

- Vignette clinique 1 : Les malentendus dans la communication qui influent sur la qualité de la prise en charge
- Vignette clinique 2 : Analyse de la nécessité d'utiliser le service d'interprétariat téléphonique
- Vignette clinique 3 : Formation interprofessionnelle avec des professionnel-le-s de la santé et des interprètes

Les vignettes cliniques ont la structure suivante :

- Introduction (à l'intention du / de la responsable du cours)
- Temps nécessaire (préparation et déroulement)
- Besoins en matériel
- Tâches et questions pour les participant-e-s (à distribuer par le/la responsable du cours)
- Vignette clinique
- Instructions pour le/la responsable du cours
- Bilan

Vignette clinique 1 – Les malentendus dans la communication qui influent sur la qualité de la prise en charge

Introduction (à l'intention du / de la responsable du cours):

Cette vignette clinique porte sur les malentendus dans la communication qui peuvent survenir lors de la prise en charge des familles de langue étrangère. Elle traite également des effets de ces malentendus sur la qualité des soins et de l'accompagnement. La vignette clinique est destinée à des fins de formation concernant l'utilisation du service d'interprétariat téléphonique dans le cadre de la prise en charge de familles de langue étrangère.

Objectifs:

L'objectif de cette vignette clinique est de communiquer aux professionnel-le-s de la santé qui participent à la formation que les malentendus dans la communication avec les familles de langue étrangère peuvent avoir un impact sur la qualité des soins et de l'accompagnement.

Temps nécessaire:

- Préparation: 10 minutes
- Déroulement: env. 120 minutes (selon nombre de participant-e-s)

Besoins en matériel:

- 1 exemplaire imprimé de la vignette clinique pour chaque participant-e

Tâches et questions pour les participant-e-s (à distribuer par le/la responsable du cours):

- Formez des groupes de deux, lisez la vignette clinique et discutez-en en tenant compte des questions suivantes:
 1. La sage-femme décrite dans cette vignette clinique aurait-elle dû utiliser le service d'interprétariat téléphonique (SIT)?
 - Si oui, pourquoi?
 - Si oui, quel aurait été le moment opportun et quelles stratégies pour l'utilisation du SIT proposeriez-vous?
 - Si non, pourquoi pas?

Quelle est votre opinion sur la déclaration suivante?

2. «Sans l'utilisation du SIT lors de la prise en charge sanitaire de familles de langue étrangère, la qualité de la prise en charge ne peut être garantie.»

Quelle est votre opinion sur la déclaration suivante?

3. «Le renoncement à l'utilisation du SIT signifie une limitation du droit à l'information pour les patients et patientes de langue étrangère.»

Vous avez 30 minutes à disposition pour répondre à ces questions.

VIGNETTE CLINIQUE 1

Une sage-femme raconte: «Dans une famille dont je me suis occupée, le quatrième enfant est né. Deux ans s'étaient écoulés depuis la naissance du troisième enfant. La famille est originaire d'Afghanistan et vit en Suisse depuis deux ans et demi. La mère et le père parlaient un peu l'allemand, mais la communication était difficile. Au début de ma première visite, j'ai surtout communiqué par des gestes avec la femme dont je m'occupais. J'ai traduit certains mots à l'aide de Google Translate. Au cours de la visite, le père de l'enfant nous a également rejointes. Il parlait un peu l'allemand et traduisait ad hoc. L'entretien s'est assez bien passé. Quand j'ai aidé la mère à prendre la position d'allaitement, elle m'a montré au moyen du langage corporel qu'elle me comprenait; elle était capable d'appliquer mes instructions immédiatement et correctement.

À l'occasion de ma deuxième visite, j'ai remarqué que l'enfant avait perdu beaucoup de poids malgré le fait que la mère l'avait nourri au sein. Bien sûr, j'attachais beaucoup d'importance à ce que l'enfant prenne du poids. En me servant de gestes et avec l'aide du père qui traduisait ad hoc j'ai fait comprendre à la mère que l'enfant devrait téter au moins toutes les trois heures. Je lui ai également expliqué cela par un signe de la main, en levant trois doigts et montrant le bébé qu'elle venait de mettre au sein pour l'allaiter. Elle a hoché la tête et j'étais certaine qu'elle et le père m'avaient comprise. C'était simplement mon intuition qui me l'a dit. De manière générale, j'avais l'impression qu'elle me comprenait très bien. Nous avons également noté les instructions par écrit avant mon départ.

Finalement, vers la fin de ma deuxième visite, il s'est avéré que la femme avait compris que l'enfant devait téter trois fois par jour au lieu de toutes les trois heures. Un cas classique ! De tels malentendus se produisent souvent: on dit «*au moins toutes les trois heures*», et elle comprend que le nouveau-né ne devrait téter que trois fois par jour. Évidemment, cela fait une énorme différence. Des choses comme ça arrivent souvent.»

Instructions pour le/la responsable du cours:

1. Dans une première étape, discutez une à une les questions avec les participant-e-s (env. 30 minutes):
 - a) Quelles sont vos réponses aux questions?
 - b) Si vous avez répondu par oui à la question numéro 1: quel aurait été le moment opportun? Quelles sont les stratégies que le/la professionnel-le de la santé aurait pu adopter?
 - c) Si vous avez répondu par non à la question numéro 1: quelles ont été vos considérations?
 - d) Souvenez-vous du cas: à votre avis, quelle influence l'utilisation du SIT aurait-elle pu avoir sur la qualité de la prise en charge?
 - e) Quel est votre avis concernant le droit à l'information de la patiente?

2. La deuxième étape est consacrée à une discussion finale. En tant que responsable du cours, vous animez la discussion et tirez un bilan (env. 30 minutes). Votre tâche est de donner des impulsions pour favoriser un débat critique (env. 30 minutes).

Informations de fond

Le comportement de la sage-femme décrit dans la vignette clinique reflète sa conviction personnelle concernant la qualité de la prise en charge en matière de communication. Le déroulement de cette situation est très typique: la sage-femme a ses convictions fondamentales et développe des stratégies qu'elle adapte régulièrement à la situation. Bien qu'elle reconnaisse le fait que des malentendus surviennent souvent, elle ne voit aucune indication d'utiliser le SIT lors de la prochaine visite à domicile.

3. Dans une troisième étape, vous posez la question suivante aux participant-e-s:

- a) Lorsque vous pensez à votre propre pratique, quel est le point de vue qui correspond le mieux à vos convictions?

Informations de fond

Un projet de recherche mené en 2018¹⁶ a démontré que certaines sages-femmes sont convaincues que la qualité des soins de base ne dépend pas de la communication verbale, tandis que d'autres trouvent que des soins de qualité ne peuvent être dispensés que si la communication est satisfaisante.

Les résultats d'autres études scientifiques indiquent que les barrières linguistiques entravent la qualité des soins de santé^{17,18}:

Les patients et patientes dont les compétences linguistiques sont limitées ont un accès limité aux soins de santé et aux services de prévention, sont moins satisfaits des soins, comprennent moins bien les instructions et les médicaments, sont hospitalisés plus longtemps et courent un risque accru d'être victimes d'erreurs médicales et de diagnostics erronés.

En revanche, le recours aux interprètes améliore la qualité des soins prodigués aux personnes ayant des compétences linguistiques limitées: la satisfaction des patients et patientes est augmentée, les erreurs de communication sont réduites, les inégalités dans l'utilisation des services de santé sont atténuées et les résultats cliniques améliorés.

¹⁶ Le projet dénommé «Telefondolmetschen in der Berufspraxis von Hebammen» (L'interprétariat téléphonique dans la pratique professionnelle des sages-femmes) a été mené en 2018 sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) par Prof. Dr Elisabeth Zemp¹, Dr Leah F. Bohle¹ et Dr Elisabeth Kurth^{1,2} (1 Institut Tropical et de Santé Publique Suisse / Université de Bâle; ² Familystart des deux Bâle).

¹⁷ Extrait de: Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting By: underuse of interpreters by resident physicians. *Journal of General Internal Medicine* 2008;24(2):256-62

¹⁸ Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 2007;42(2):727-54

Vignette clinique 2 – Analyse de la nécessité d'utiliser le service d'interprétariat téléphonique

Introduction (à l'intention du / de la responsable du cours):

Cette vignette clinique traite de l'évaluation, des indications et des critères d'utilisation du service d'interprétariat téléphonique (SIT) dans les soins et l'accompagnement de familles de langue étrangère. Afin de se préparer au travail avec la vignette clinique, il est recommandé que le/la responsable du cours lise les publications suivantes:

- Würth, K.M., Reiter-Thiel, S., Langewitz, W. et Schuster, S. (2018) "Getting by" in a Swiss Tertiary Hospital: The Inconspicuous Complexity of Decision-making Around Patients' Limited Language Proficiency. *J Gen Intern Med.* 2018 Nov;33(11):1885-1891. doi: 10.1007/s11606-018-4618-0. Epub 2018 Aug 24. À consulter sous: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30143979>
- Würth, K.M. et Schuster, S. (2018) "Some of them shut the door with a single word, but she was different" – A migrant patient's culture, a physician's narrative humility and a researcher's bias. *Patient Educ Couns.* 2017 Sep;100(9):1772-1773. doi: 10.1016/j.pec.2017.02.017. Epub 2017 Feb 24. À consulter sous: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28347520>

La vignette clinique est destinée à des fins de formation concernant l'utilisation du service d'interprétariat téléphonique dans le cadre de la prise en charge de familles de langue étrangère.

Objectifs:

L'objectif de cette vignette clinique est de mettre en lumière les différentes indications pour lesquelles il semble opportun d'avoir recours au service d'interprétariat téléphonique.

Temps nécessaire (préparation et déroulement):

- Préparation: 10 minutes (+ 30 à 60 minutes pour l'étude de la littérature)
- Déroulement: env. 90 minutes (selon nombre de participant-e-s)

Besoins en matériel:

- 5 cartes colorées par participant-e
- 1 marqueur pour chaque participant-e et pour le/la responsable du cours
- Tableau d'affichage, punaises
- Cartes pour répartir les contributions
- 1 exemplaire imprimé des cas pour chaque participant-e

Tâches et questions pour les participant-e-s (à distribuer par le/la responsable du cours):

- Distribuez 5 cartes colorées et un marqueur à chaque participant-e.

Instructions des participant-e-s par le/la responsable du cours:

1. Étudiez les deux exemples pratiques (donner aux participant-e-s 5 minutes environ).
2. Dans les deux exemples, différentes opinions sur l'utilisation du service d'interprétariat téléphonique sont exprimées. Quelles sont les cinq pensées qui vous viennent spontanément à l'esprit? Pour chaque pensée, notez un mot clé correspondant sur une carte.
3. Vous disposez pour cela d'environ 5 minutes.

VIGNETTE CLINIQUE 2

Exemple pratique 1:

Sage-femme: «Si la femme (j'entends par là la patiente) est ouverte et regarde quand je lui montre quelque chose, si elle rit ou pleure et si elle me comprend, je n'ai pas besoin d'appeler le service d'interprétariat téléphonique, alors ça marche bien. Et si l'enfant prend du poids et que le père ou une sœur s'agite quelque part, alors tout va bien.»

Question: «Vous n'avez donc pas l'impression que les informations non traduites ne soient pas comprises par les femmes?»

Sage-femme: «Non, cela ne s'applique qu'aux informations qui concernent des faits, par exemple si une femme a des lochies malodorantes ou une infection du sein qu'il faut traiter, ou encore si le bébé ne prend pas de poids où que son nombril ne guérit pas bien, toutes ces choses-là. Dans ces cas, il faut utiliser le service d'interprétariat téléphonique. En cas d'urgence médicale, par exemple si je dois transférer l'enfant, il faut toujours faire appel au service d'interprétariat téléphonique. Il est toutefois possible que je n'aie pas besoin du service d'interprétariat téléphonique dans de telles situations. Et il arrive qu'un enfant prend du poids et je dois quand même utiliser le service. Cela varie selon le cas.»

Exemple pratique 2:

Sage-femme: «Chaque femme, qu'elle soit suisse ou étrangère sans connaissances de l'allemand, doit avoir les mêmes possibilités en ce qui concerne les soins post-partum. C'est pourquoi nous toutes devrions utiliser de manière conséquente le service d'interprétariat téléphonique lorsque nous nous occupons de femmes de langue étrangère et de leurs nouveau-nés, et cela dès la première visite. Faire appel à un interprète est une manière d'assurer la qualité de nos soins, qu'il s'agisse d'un entretien portant sur la constipation, d'un soutien émotionnel ou d'une urgence médicale. Oui, je trouve terrible que les femmes soient si dévalorisées qu'on renonce à leur proposer dès le début un interprétariat par téléphone alors qu'elles ne parlent pas l'allemand ! Nous devons nous répéter sans cesse qu'il s'agit de garantir un niveau de qualité équitable, non seulement en cas d'urgence ou s'il n'y a pas d'autre solution, mais tout simplement comme une offre de base.»

-
1. Instructions pour le / la responsable du cours (prévoir environ 30 minutes pour les points suivants):
 - a) Inviter les participant-e-s à accrocher leurs cartes au tableau d'affichage, l'un-e après l'autre.
 - b) Procéder en commun à une répartition des cartes en unités thématiques. Une discussion a lieu sur les unités thématiques qui ont été formées. Les sujets généraux pourraient être, par exemple, l'assurance de la qualité, les complications, les cas d'urgence, s'adapter à la situation, le devoir, l'éthique et la morale, la responsabilité, etc.
 2. La deuxième étape est consacrée à une discussion finale. En tant que responsable du cours, vous animez la discussion et tirez un bilan (env. 30 minutes).
 Votre tâche est de donner des impulsions pour favoriser un débat critique (env. 30 minutes).

Informations de fond

Les deux exemples pratiques présentent des perspectives différentes. Dans le premier cas, la sage-femme mentionne que la décision d'utiliser le service d'interprétariat téléphonique dépend largement de la situation et notamment du fait qu'il s'agisse ou non d'une indication d'urgence respectivement d'une complication. On évalue donc si la situation est de l'ordre physiologique ou pathologique.

La sage-femme citée dans le deuxième exemple rapporte qu'indépendamment de la situation (et qu'il s'agisse d'une question de l'ordre physiologique ou pathologique), le service d'interprétariat téléphonique doit toujours être appelé si des personnes allophones sont concernés, car c'est indispensable pour garantir la qualité des soins.

Un projet de recherche mené en 2018¹⁹ a démontré que certaines sages-femmes sont convaincues que la qualité des soins de base ne dépend pas de la communication verbale et que le SIT ne doit être utilisé qu'en cas de complications ou d'urgence. D'autres trouvent cependant que des soins de qualité ne peuvent être dispensés que si la communication est satisfaisante et qu'il faut donc toujours appeler le SIT afin de garantir un niveau de qualité uniforme et d'assurer l'équité des chances. Lorsque vous pensez à votre propre pratique, quel est le point de vue qui correspond le mieux à vos convictions?

Les résultats d'autres études scientifiques indiquent que les barrières linguistiques entravent la qualité des soins de santé^{20,21}:

Les patients et patientes dont les compétences linguistiques sont limitées ont un accès limité aux soins de santé et aux services de prévention, sont moins satisfait-e-s des soins, comprennent moins bien les instructions et les médicaments, sont hospitalisé-e-s plus longtemps et courent un risque accru d'être victimes d'erreurs médicales et de diagnostics erronés.

En revanche, le recours aux interprètes améliore la qualité des soins prodigués aux personnes ayant des compétences linguistiques limitées: la satisfaction des patients et patientes est augmentée, les erreurs de communication sont réduites, les inégalités dans l'utilisation des services de santé sont atténuées et les résultats cliniques améliorés.

¹⁹ Le projet dénommé «Telefondolmetschen in der Berufspraxis von Hebammen» (L'interprétariat téléphonique dans la pratique professionnelle des sages-femmes) a été mené en 2018 sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) par Prof. Dr Elisabeth Zemp¹, Dr Leah F. Bohle¹ et Dr Elisabeth Kurth^{1,2} (1 Institut Tropical et de Santé Publique Suisse / Université de Bâle; ² Familystart des deux Bâle).

²⁰ Extrait de: Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting By: underuse of interpreters by resident physicians. *Journal of General Internal Medicine* 2008;24(2):256-62

²¹ Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 2007;42(2):727-54

Vignette clinique 3 – Formation interprofessionnelle avec des professionnel-le-s de la santé et des interprètes

Introduction (à l'intention du / de la responsable du cours):

Cette vignette clinique et le jeu de rôle qui l'accompagne sont destinés à être utilisés dans le cadre d'une formation interprofessionnelle ou d'un cours de formation consacré à la prise en charge de familles de langue étrangère auxquels participent des professionnel-le-s de la santé et des interprètes. Son objectif est de mettre les participant-e-s dans une situation difficile où il est impossible de communiquer sur le plan linguistique. Le dialogue a lieu entre un-e professionnel-le de la santé et un-e interprète.

Il est souhaitable qu'un-e interprète soit disponible pour chaque professionnel-le de la santé. Les rôles que jouent les personnes ne correspondent pas à ceux qu'elles jouent au quotidien (l'interprète joue le rôle de professionnel-le de la santé; le/la professionnel-le de la santé joue le rôle d'un-e patient-e). Dans les cas où le nombre de représentant-e-s des deux professions n'est pas égal, de sorte qu'il est impossible de ne former que des couples, on peut répartir les participant-e-s dans des petits groupes ou un grand groupe; deux volontaires (un-e professionnel-le de la santé et un-e interprète) jouent alors les rôles qui leur sont assignés pendant que les autres sont invités à observer la scène.

Le scénario de cette vignette clinique se déroule en Grèce, par exemple. Le / La « patient-e » (joué par un-e professionnel-le de la santé) ne parle pas le grec; le/la « professionnel-le de la santé » (joué par un-e interprète) ne parle que le grec et aucune autre langue. *Remarque: le pays et la langue peuvent être choisis à volonté mais doivent, si possible, être adaptés à la réalité (par exemple à la nationalité de l'interprète). Cependant, il est très important d'insister sur le fait que la personne qui joue le rôle de patient-e ne peut passer à une autre langue et qu'elle ne comprend pas du tout la langue de l'interprète.*

Objectifs:

L'objectif de cette vignette clinique et du jeu de rôle est de permettre aux professionnel-le-s de la santé de découvrir sur le plan émotionnel ce que cela signifie de se trouver dans une situation difficile, sans rien comprendre et sans être capable de communiquer oralement. En ce qui concerne les interprètes, l'objectif est de les aider à mieux comprendre la perspective des professionnel-le-s de la santé afin d'être en mesure de les soutenir dans de telles situations.

Temps nécessaire (préparation et déroulement):

- Préparation: env. 45 minutes
- Déroulement: env. 180 minutes (selon nombre de participant-e-s)

Besoins en matériel, personnel et locaux:

- Interprète qui assume le rôle d'un-e professionnel-le de la santé de Grèce qui ne parle que le grec et n'a pas la moindre connaissance d'une autre langue.
- Un-e professionnel-le de la santé qui ne comprend pas la langue de l'interprète assume le rôle du patient / de la patiente.
- Blouse blanche, stylo et papier pour l'interprète (dans le rôle du / de la professionnel-le de la santé de Grèce); le / la professionnel-le de la santé (dans le rôle du / de la patient-e) ne porte rien sur lui / elle, donc ni stylo, ni papier, ni portable, ni autre matériel auxiliaire.
- Eau, verre, sucre de raisin ou biscuit
- Local de cours et place dans une autre salle / dans le couloir

Tâches et questions pour les participant-e-s (à distribuer par le/la responsable du cours):

- Donner aux interprètes les instructions en vue du rôle de professionnel-le de la santé de Grèce. Ils / Elles doivent lire le scénario suivant et s'approprier leur rôle. Il est recommandé d'effectuer un jeu de rôle abrégé et une « répétition générale » (sans la présence des participant-e-s au cours). Il convient de prévoir suffisamment de temps avant le cours pour

le briefing (environ 45 minutes), qui devrait avoir lieu sans la présence des professionnel-le-s de la santé qui participent au cours. Les professionnel-le-s de la santé ne doivent pas avoir la possibilité de voir le texte des interprètes.

- Expliquer aux professionnel-le-s de la santé le déroulement du cours: un-e professionnel-le de la santé et un-e interprète forment un couple. Dans les cas où le nombre de représentant-e-s des deux professions n'est pas égal, on peut répartir les participant-e-s dans plusieurs groupes; un-e professionnel-le de la santé se mettra spontanément à disposition pour jouer le rôle du patient ou de la patiente. Le scénario de l'exemple pratique est remis à cette personne qui dispose par la suite d'environ 15 minutes pour l'étudier dans une salle séparée ou dans le couloir.

Exemple pratique pour les interprètes qui jouent le rôle d'un-e professionnel-le de la santé d'un certain pays (p. ex. la Grèce):

Vous êtes un-e professionnel-le de la santé de Grèce. Vous ne parlez aucune langue à part le grec. Vous avez 45 ans, vous n'avez jamais quitté la Grèce et vous travaillez au service d'urgences de l'hôpital depuis plus de vingt ans. Tous les jours, des patient-e-s viennent vous voir pour des situations d'urgence. Vous êtes responsable de l'anamnèse. Vous n'effectuez pas d'examen physique, car cela ne relève pas de votre compétence. Vous avez maintenant devant vous un-e patient-e qui vient de la Suisse et qui ne parle pas un seul mot en grec. C'est tout ce que vous savez pour le moment.

Pour commencer, ne parlez qu'en grec au patient / à la patiente. Dès que vous remarquez que vous ne faites aucun progrès, vous pouvez essayer de communiquer en vous servant d'expressions faciales et de gestes. Utilisez ensuite du papier et un stylo pour expliquer quelque chose au patient/à la patiente. Vous n'écrivez qu'en grec. Vous n'avez pas la possibilité d'utiliser un téléphone.

Dans ces conditions, essayez de faire une anamnèse ou d'aider le/la patient-e. Vous décidez de lui donner un comprimé pour soulager ses symptômes. Donnez-lui le comprimé (représenté par le sucre de raisin ou le biscuit) et un verre d'eau si vous pensez que la situation l'exige.

Exemple pratique pour les professionnel-le-s de la santé qui jouent le rôle d'un-e patient-e

Cela fait longtemps que vous n'avez pas eu de vacances, mais maintenant vous avez réalisé votre rêve: un voyage individuel en Grèce avec seulement le sac à dos. Vous ne parlez pas un seul mot et n'êtes pas en mesure de lire des textes en grec. Pendant un séjour dans une ville d'importance moyenne vous commencez soudainement à souffrir de mal au ventre. Ce genre de symptômes vous est inconnu et vous vous inquiétez. Vous décidez alors de vous rendre à l'hôpital le plus proche. De la réception, on vous transfère au service d'urgences où vous rencontrez un-e professionnel-le de la santé.

Deux heures se sont écoulées et le mal au ventre persiste. En plus, vous avez des nausées et vous vous attendez à devoir vomir à tout moment. Vous craignez vivre une situation embarrassante en vomissant au milieu de la salle.

En attendant, vous vous rendez compte qu'il faudrait informer la compagnie d'assurance médicale de voyage, sinon la facture d'hospitalisation ne serait pas remboursée. Mais vous n'avez rien d'autre sur vous que le passeport.

Votre plus grand souhait est d'appeler une personne proche, car vous vous sentez seul-e et désespéré-e dans la situation actuelle et vous vous ennuyez de votre pays.

Instruction: *Mettez-vous dans la situation décrite ci-dessus. Au service d'urgences, un-e professionnel-le de la santé a la tâche de s'occuper de vous, vous le / la rencontrerez dans le cadre du jeu de rôle.*

Instructions pour le / la responsable du cours:

- Demandez aux personnes désignées de jouer le scénario. Interrompez après 15 minutes environ ou quand il vous semble adéquat.
- Donnez aux participant-e-s les instructions suivantes:
Observez la situation; prenez des notes ou essayez de vous rappeler comment vous vous êtes senti dans cette situation.
- Le scénario terminé, vous demandez au / à la professionnel-le de la santé (dans le rôle du / de la patient-e) de décrire ses sentiments. Posez les questions suivantes (env. 5 minutes par personne):
 - Avez-vous eu le sentiment d'être bien compris?
 - Avez-vous eu l'impression qu'on s'occupait de vous de façon professionnelle?
 - A-t-on répondu à vos questions?
 - Auriez-vous eu d'autres questions mais qui n'ont pas été traitées?
 - La communication au moyen de la langue étrangère, de gestes, d'expressions faciales, de dessins, etc. était-elle suffisante? Pourquoi? Pourquoi pas?
 - Avez-vous eu l'impression d'être bien pris en charge sur le plan émotionnel?
- Demandez ensuite à l'interprète (dans le rôle de professionnel-le de la santé) d'exprimer son point de vue. Posez les questions suivantes (env. 5 minutes par personne):
 - Avez-vous compris le/la patient-e?
 - A-t-il/elle répondu à toutes vos questions?
 - Savez-vous ce qu'il faut faire maintenant?
 - Êtes-vous en mesure de fournir au / à la patient-e des soins de qualité, bien que vous ne parliez pas la même langue?
- Demandez ensuite aux professionnel-le-s de la santé (les participant-e-s au cours) de communiquer leurs pensées.
- Invitez les professionnel-le-s de la santé qui participent au cours à discuter en commun les questions suivantes, tout en se référant au scénario qui a été présenté:
 - À partir de quel moment serait-il utile de faire appel au service d'interprétariat (téléphonique)? Comment évaluez-vous la situation quand il s'agit de soins de base pour un-e patient-e de langue étrangère ou quand il s'agit d'une urgence?
 - Discutez la déclaration suivante: «Un-e patient-e a toujours le droit d'avoir recours au service d'interprétariat (téléphonique), pourvu qu'un tel service soit disponible.»
 - Discutez la déclaration suivante: «Dans le cas d'un-e patient-e allophone, la qualité des soins ne peut être garantie sans l'utilisation du service d'interprétariat (téléphonique).»

En tant que responsable du cours, vous animez la discussion et tirez un bilan (env. 30 minutes).

Informations de fond

Une situation où la communication linguistique était impossible et où les connaissances de l'autre langue manquaient complètement n'est pas familière à tous. Cela peut représenter un énorme défi, surtout dans des situations difficiles (par exemple en cas de maladie). L'objectif du jeu de rôle était de vous mettre dans une telle situation et de vous faire vivre l'expérience émotionnelle d'un-e patient-e allophone, respectivement de vous familiariser avec les expériences qu'un-e professionnel-le de la santé fait dans ce cas.

La littérature scientifique soutient l'affirmation selon laquelle la qualité des soins souffre sans l'utilisation du service d'interprétariat (téléphonique) en cas de barrières linguistiques^{22,23}:

Les patients et patientes dont les compétences linguistiques sont limitées ont un accès limité aux soins de santé et aux services de prévention, sont moins satisfait-e-s des soins, comprennent moins bien les instructions et les médicaments, sont hospitalisé-e-s plus longtemps et courent un risque accru d'être victimes d'erreurs médicales et de diagnostics erronés.

En revanche, le recours aux interprètes améliore la qualité des soins prodigués aux personnes ayant des compétences linguistiques limitées : la satisfaction des patients et patientes est augmentée, les erreurs de communication sont réduites, les inégalités dans l'utilisation des services de santé sont atténuées et les résultats cliniques améliorés.

²² Extrait de: Diamond LC, Schenker Y, Curry L, Bradley EH, Fernandez A. Getting By: underuse of interpreters by resident physicians. *Journal of General Internal Medicine* 2008;24(2):256-62

²³ Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Services Research* 2007;42(2):727-54

