Sundhedsstyrelsen

EVALUERING AF MODELPROJEKT OM KULTURELLE MEDIATORER I SUNDHEDSVÆSENET

2009

Evaluering af modelprojekt om kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet

Udarbejdet af ALS Research ApS for Sundhedsstyrelsen, september 2009

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: http://www.sst.dk

Emneord: kulturelle mediatorer, etniske minoriteter, sundhedsvæsenet, udredning

Kategori: Faglig rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 15.09.2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-982-6

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, november 2009.

Forord

Ca. 7 % af befolkningen i Danmark kommer fra ikke-vestlige lande, hvilket også afspejler sig i patientsammensætningen på hospitalerne. Som alle andre patienter møder disse patienter sundhedsvæsnet med en naturlig forventning om den bedste pleje, omsorg og behandling. Men mødet mellem personale og patienter med anden etnisk baggrund kan være præget af usikkerhed hos begge parter, som blandt andet bunder i forskellige forventninger til mødet.

Denne rapport præsenterer resultaterne af evalueringen af modelprojektet "Kulturelle mediatorer i sundhedsvæsnet". Modelprojektet blev iværksat af Sundhedsstyrelsen i 2007 i samarbejde med Bispebjerg Hospital, Glostrup Hospital og Odense Universitets Hospital. Baggrunden var en erfaringsopsamling fra udlandet, der viste, at kulturelle mediatorer er en god metode til at sætte fokus på kommunikationen mellem borgere med anden etnisk baggrund og sundhedspersonalet.

Projektet er en del af Sundhedsstyrelsens arbejde med social ulighed i sundhed. De sociale forskelle i sygelighed, sundhedsadfærd og brug af sundhedsvæsenet der findes i det danske samfund, genfindes også blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Det er således fortsat væsentligt at arbejde for at sikre et rummeligt og inkluderende sundhedsvæsen, der kan imødekomme behovene hos alle borgere, uanset deres baggrund og forudsætninger.

Dette projekt har indhøstet en række værdifulde erfaringer ift. det videre arbejde med etniske minoriteter. Særligt erfaringerne med de organisatoriske forhold er gode læringspunkter, selvom projektets korte varighed og relativt begrænsede ressourcer gør, at projektets erfaringer med organisering ikke direkte kan videreføres. På de deltagende hospitaler er kommet en større bevidsthed om nødvendigheden af at sætte særlig fokus på patienter med anden etnisk baggrund. Endvidere har projektet vist, at der er en stor interesse fra sundhedspersonalets side for at få støtte i arbejdet med denne patientgruppe. Størstedelen af sundhedspersonalet har i evalueringen angivet, at de mener, at projektet har haft en positiv betydning for afdelingens arbejde.

Evalueringen kommer med en række anbefalinger i forhold til det videre arbejde med etniske minoriteter på sygehusene generelt og med kulturel meditation i særdeleshed.

Evalueringen er foretaget for Sundhedsstyrelsen af Als Research ved konsulent Louise Roig og chefkonsulent Jacob Als Thomsen. Ledende overlæge Claus Brøckner Nielsen, Hjertemedicinsk Afd. Skejby Hospital har været tilknyttet som særlig kyndig på de organisatoriske aspekter af projektet.

En stor tak går til alle modelprojektets aktører på Bispebjerg Hospital, Glostrup Hospital og Odense Universitetshospital, som har arbejdet hårdt med projektet gennem hele processen og stillet deres erfaringer til rådighed for evalueringen.

God læselyst.

Else Smith, centerchef
Sundhedsstyrelsen

Indhold

1 Resumé 6

1.1 Projektets baggrund og organisering 7
1.2 Projektforløb 7

1.3 Mediatorernes fokusområder 8

1.4 Mediatorernes aktiviteter 9

1.5 Faktorer, der har påvirket mediatorernes arbejde og aktiviteter 10

1.5.1 Organiseringen 10
1.5.2 Definering og forvaltning af rollen 10
1.5.3 Personlige kompetencer og baggrund 10
1.5.4 Modelafdelingernes engagement 10
1.5.5 Mediatoruddannelsen 11
1.5.6 Mediatorernes oplevelse af rollen 11

1.6 Personaleperspektivet – projektets forløb og effekt 11
1.7 Barrierer for afdelingernes brug af mediatorerne 13

1.8 Ledelsesperspektivet 14

1.9 Mediatorkompetencer 15

1.10 Input til en eventuel fremtidig national implementering 15

1.10.1 Mediatorrollens faglige indhold 15
1.10.2 Mediatorrollens organisatoriske tilrettelæggelse 16

1.11 Mulige fremtidige modeller for organisering 17
1.11.1 Nøglepersonsmodellen 17
1.11.2 Mediatorkorpsmodellen 18

2 Evalueringens baggrund og rapportens opbygning 19

2.1 Baggrund 19
2.2 Projektforløb 19

2.3 Evalueringens formål 21

2.4 Datagrundlag 22

2.5 Kulturelle mediatorers logbøger 22

2.6 Interviews med projektets aktører 23

2.7 Spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedspersonalet 24

2.8 Begrænsninger 25

2.9 Effektevalueringen – kvantitative og kvalitative effekter 25

2.10 Rapportens opbygning 25

3 Mediatorernes arbejde 27

3.1 Modelhospitalernes organisering af modelprojektet 27
3.2 Mediatorernes fokusområder 29

3.3 Mediatorernes aktiviteter 29

3.4 Faktorer, der har påvirket mediatorernes arbejde og aktiviteter 31

3.5 Mediatorernes oplevelse af rollen 38

3.6 Samlet opsummering 39

4 Personaleperspektivet 41

4.1 Sundhedspersonalets opfattelser af patientgruppen med anden etnisk baggrund 41
4.2 Sundhedspersonalets opfattelser af modelprojektets forløb og effekt 47

4.3 Samlet opsummering 57

5 Ledelsesperspektivet 60

5.1 Ledelsens oplevelse af emnefeltet 'etniske minoritetspatienter' 60
5.2 Ledelsens oplevelse af projektets organisering og opfyldelse af målsætning 61

5.3 Projektets bidrag til hospitalernes fokus og øvrige strategi på området og fremtidig forankring 63

5.4 Samlet opsummering 66

6 Modelprojektets organisatoriske erfaringer og erfaringer med mediatorprofil 67

6.1 Fordele ved den valgte organisering af projektet 67
6.2 Ulemper ved den valgte organisering af projektet 68

6.3 Erfaringer med mediatorprofil 70

6.4 Samlet opsummering 73

7 Overgang til drift og evaluators anbefalinger 75

7.1 Overgang til drift 75
7.2 Evaluators anbefalinger til fremtidigt arbejde med kulturelle mediatorer 76

7.3 Organisatoriske modeller for en fremtidig mediatorordning 77

8 Bilagsfortegnelse 84

1 Resumé

Denne rapport er en evaluering af Sundhedsstyrelsens modelprojekt 'Kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet'. Modelprojektet er gennemført i perioden 2007-2009 i samarbejde med 3 modelhospitaler: Odense Universitetshospital (OUH), Glostrup Hospital (GLO) og Bispebjerg Hospital (BBH).

Evalueringen er gennemført af Als Research ApS og er foretaget af konsulent Louise Roig og chefkonsulent Jacob Als Thomsen. Ledende overlæge Claus Brøckner Nielsen, Hjertemedicinsk Afd,. Skejby Hospital har været tilknyttet som særlig kyndig på de organisatoriske aspekter af projektet.

Hensigten med evalueringen har været følgende:

- At vurdere om modelprojektet har medvirket til at forbedre kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienter med anden etnisk baggrund og dermed givet bedre patientforløb

- At vurdere organiseringen af modelprojektet i forhold til at kunne give input til en fremtidig national implementering

Temaerne som belyses i evalueringen er udvalgt af Sundhedsstyrelsen og belyser de forskellige projektaktørers opfattelser af projektforløbet med henblik på at vurdere projektets effekt og organisering. Første emne er mediatorernes arbejde. Derefter belyses personaleperspektivet, ledelsesperspektivet og modelprojektets organisatoriske erfaringer. Afsluttende tema er mulighederne for overgang til drift og evaluators anbefalinger til en eventuel national implementering.

Datamaterialet til evalueringen består af følgende typer data:

- Interviews med hospitalsledelse bestående af udviklingschef (GLO), HR-chef (BBH) og hospitalsdirektør (OUH).
- Interviews med lokale projektansvarlige, mediatorer, modelafdelingernes afdelingsledelse samt sundhedspersonale (læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter).
- Kulturelle mediatorers logbøger.
- Spørgeskemaundersøgelse til sundhedspersonale.

Følgende resumé indledes med en kort introduktion til projektets organisering, proces og fokusområder, hvorefter de to hovedspørgsmål vil blive belyst og besvaret.

1.1 Projektets baggrund og organisering

Baggrunden for modelprojektet er, at patienter med anden etnisk baggrund er en gruppe, som på en række punkter kan have nogle andre forudsætninger og behov end etnisk danske patienter. Flere undersøgelser viser samtidig, at sundhedspersonalet kan opleve faglig usikkerhed og frustration pga. de sproglige og kulturelle forskelle. Disse forskelle kan i nogle tilfælde vanskeliggøre kommunikationen i forhold til at yde den optimale behandling og pleje.

Erfaringer fra udlandet viser, at kulturelle mediatorer – personer med særlige kulturelle og kommunikative kompetencer – kan være en brugbar metode til at forbedre kommunikation med etniske minoritetspatienter og kan bidrage til en mere lige behandling af denne patientgruppe.

Sundhedsstyrelsen har på denne baggrund initieret et modelprojekt for at afprøve kulturelle mediatorer som metode i det danske sundhedsvæsen samt afprøve, hvordan en sådan ordning organiseres mest hensigtsmæssigt i en dansk kontekst.

Projektet er organiseret lidt forskelligt fra hospital til hospital:

På Glostrup Hospital blev der udvalgt fire modelafdelinger og to mediatorer.

- Afd. G: Gynækologisk/obstetrisk afdeling
- Afd. L: Børneafdelingen
- Afd. M: Medicinsk afdeling

Akut modtagecenter (AMC)

På Bispebjerg Hospital blev der udvalgt to modelafdelinger og to mediatorer.

- Afd. I: Intern Medicinsk: Endokrinologi gastroenterologi

- Afd. Y: Kardiologisk afd

Ved Odense Universitetshospital var der tale om fire modelafdelinger med i alt fem mediatorer tilknyttet.

Afd. H: Børneambulatorium og børnemodtagelse

- Afd. Q: Infektionsmedicinsk sektion
- Afd. M: Endokrinologisk afd.
- Informationscentret, Udviklingsstaben

Mediatorerne har haft et varierende timetal til rådighed mellem 4-10 timer om ugen, typisk fordelt på én ugentlig arbejdsdag.

1.2 Projektforløb

Sundhedsstyrelsen tog initiativ til modelprojektet i 2007, hvor man inviterede interesserede hospitaler til at deltage i afprøvning af kulturelle mediatorer som metode i det danske sundhedsvæsen. Blandt de ansøgende hospitaler blev Glostrup Hospital, Bispebjerg Hospital og Odense Universitetshospital udvalgt.

Inden modelprojektets start blev der gennemført en forundersøgelse af Als Research ApS. Forundersøgelsen havde til formål at fastlægge en baseline for den senere evaluering i forhold til en effektvurdering af indsatsen. Desuden skulle forundersøgelsen identificere indsatsområderne for mediatorernes fremtidige arbejde på de enkelte afdelinger.

Som støtte og inspiration til mediatorernes arbejde udarbejdede Sundhedsstyrelsen publikationen 'Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden', som belyser de udfordringer og problemstillinger, som kan forekomme i mødet mellem hospitalspersonalet og patienter med anden etnisk baggrund.

Mediatorerne på alle tre modelhospitaler er rekrutteret blandt sundhedspersonalet på de involverede modelafdelinger. De fleste mediatorer er sygeplejersker. En enkelt mediator er rekrutteret eksternt. I udvælgelsen blev lagt vægt på kandidaternes personlige gennemslagskraft, interesse for og kendskab til emnet, herunder også mediatorernes etniske baggrund, i det omfang det var muligt.

Mediatorprojektet startede på modelafdelingerne d. 1. juni 2008 og afsluttedes d. 31. maj 2009.

Mediatorerne deltog inden projektstart i et syvdages uddannelsesforløb i 'Interkulturel kommunikation' på Professionshøjskolen København, University College, som skulle forberede dem på opgaven som kulturel mediator.

Inden projektstart formulerede modelhospitalerne en lokal funktions- og formålsbeskrivelse af mediatorrollen. På baggrund af projektets erfaringer valgte hospitalerne undervejs i projektets forløb at indsnævre målsætningerne yderligere for de fleste af mediatorerne og fokusere på det personalerettede kompetenceudviklende arbejde frem for en mere patientrettet indsats. Det skete med Sundhedsstyrelsens accept.

Mediatorerne har fulgt målsætningen i varierende grad. Nogle har været meget stringente, mens andre i højere grad har lagt vægten i hverdagens relationære arbejde mellem personale og patienter. Dette mere patientrettede arbejde falder uden for modelhospitalernes valg om at fokusere på personalet, men har vist sig at være en efterspurgt del af mediatorfunktionen. Aktiviteterne inddrages i evalueringen, selvom det ikke har været en del af den egentlige målsætning, da de kan siges at have bidraget positivt til oplevelsen af modelprojektet blandt personalet. Disse erfaringer skønnes derfor også relevante i forhold til en fremtidig udvikling af mediatorrollen.

1.3 Mediatorernes fokusområder

Prioritering af det personalerettede kompetenceudviklende fokus betød, at de fleste mediatorers aktiviteter primært skulle centrere sig om følgende:

- At undervise personalet i interkulturel kommunikation for at hjælpe med at forebygge kommunikationsvanskeligheder
- At bevidstgøre personalet om egne kulturelt betingede vaner og praksisser

- Introducere et mere nuanceret kulturbegreb og nuancere personalets opfattelse af etnicitet og kultur
- At informere personalet og bistå afdelingerne i udvikling af en forbedret tolkepraksis
- At skabe dialog om personalets oplevelser og evt. frustrationer i afdelingerne
- At skabe overblik over det eksisterende informationsmateriale og undersøge behovet for nyanskaffelser

1.4 Mediatorernes aktiviteter

Aktiviteterne i første del af projektet gik med at finde sig til rette i rollen som mediator og etablere en hverdag og en struktur for arbejdet. Desuden arbejdede mediatorerne på at skabe synlighed i forhold til afdelingerne og med at udvikle materiale om mediatorrollen og undervisningsmateriale om relevante emner.

I projektets sidste halvdel har følgende aktiviteter fyldt mest:

- Research, materialeudvikling og udarbejdelse af undervisningsmateriale
- Undervisningsseancer og temadage rettet mod personalet. Undervisningens indhold centrerede sig især om: præsentation af mediatorrollen, undervisning om hensigtsmæssig tolkepraksis og 'interkulturel kommunikation'
- Fortsat at gøre sig synlige i forhold til afdelingerne og samarbejdspartnere
- Udviklingsopgaver
- 'Andet': administrative opgaver, planlægning, møder, supervision

De mediatorer, som også har påtaget sig patientrelaterede opgaver, har udført følgende aktiviteter:

- Givet patienten forståelse for undersøgelsesprocedurer
- Givet patienten forståelse for medicinering med henblik på bedre compliance
- Givet patienten indsigt i diagnose og anatomi
- Skabt klarhed over patientforløb i tilfælde af utilfredshed hos patient eller pårørende og formidlet viden til disse om hospitalets organisering og etiske tilgang til patienter, som man kan have misforstået
- Skabt tryghed for patienten
- Tolkeopgaver

1.5 Faktorer, der har påvirket mediatorernes arbejde og aktiviteter

Der er flere faktorer, som samlet set kan siges at have spillet ind på mediatorernes arbejde og aktiviteter.

1.5.1 Organiseringen

Projektets organisering centreret om typisk én fast ugedag har gjort det vanskeligt at skabe synlighed og opmærksomhed om projektet. Det har også gjort det svært for afdelingerne at indpasse tilbuddet i den daglige organisering af arbejdet. Projektets korte løbetid har også haft betydning, fordi mediatorerne har oplevet, at de først mod projektafslutningen opnåede en sikkerhed i rollen og opmærksomhed for tilbuddet blandt personalet.

Det har haft betydning, hvilken type afdeling mediatoren har været ansat på i forhold til, hvilke mediatorrelaterede opgaver der opstår, og hvor stor mulighed der er for at benytte sine mediatorkompetencer aktivt på afdelingen. Der er i den forbindelse forskel på at være placeret på et akutafsnit, en sengeafdeling, et ambulatorium eller et informationscenter. Arbejdet på akutte afdelinger giver typisk mindre tid og mulighed for dialog mellem mediator og personale uden for 'mediatortid', mens det i højere grad er muligt i et Informationscenter og på et sengeafsnit. Kontakten til patienterne er tættest og længst på et sengeafsnit, hvorfor flere relevante opgaver typisk kan opstå dér.

1.5.2 Definering og forvaltning af rollen

Mediatorernes individuelle forventninger til rollens indhold og opgavens karakter har haft betydning for, hvad de har forventet af sig selv, af projektets andre aktører og for hvordan de i det hele taget har forvaltet rollen. For at et modelprojekt som 'Kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet' skal kunne forløbe mest hensigtsmæssigt, er det vigtigt, at forventningerne til projektet og dets indhold er afstemt blandt projektets aktører i forhold til både forståelsen af rollens indhold og opgavens rammer.

1.5.3 Personlige kompetencer og baggrund

Desuden spiller mediatorernes personlige kompetencer og baggrund som etnicitet, sprogkundskaber, gennemslagskraft, uddannelsesniveau, alder og erfaring ind i arbejdet med rollen. Det har haft betydning for, hvad de konkret har bidraget med som kulturel mediator. De, som har haft erfaring med konsulentfunktion i forvejen, eller har meget specifik viden om etniske minoriteter (især mediatorer med anden etnisk baggrund), har i højere grad også taget en patientrettet rolle. Uddannelsesniveau har haft nogen betydning for, hvor godt man føler sig klædt på til at varetage den kompetenceudviklende rolle, som projektet centrerede sig om. Endelig har alder og erfaring tilsyneladende også haft en vis betydning for gennemslagskraft og evnen til at fastholde en assertiv tilgang til rollen.

1.5.4 Modelafdelingernes engagement

Datamaterialet viser samlet set, at det har været afgørende for mediatorernes evne til at komme i spil, at afdelingsledelsen tager ejerskab på projektet, forstår dets præmisser og støtter funktionen udadtil i både ord og handlinger. Hvis opbakningen fra ledelsen er svag, kan det have den konsekvens, at det kan være vanskeligt

at få taletid og blive prioriteret af afdelingens ansvarshavende. Det kan også påvirke personalegruppens motivation for at benytte mediatoren og opfattelser af projektet og dets relevans. Bakker afdelingsledelsen derimod mediatorerne op i forhold til taletid og projektets relevans, får rollen også større interesse og fokus fra personalets side.

1.5.5 Mediatoruddannelsen

Det angives af stort set alle aktører, at uddannelsen til mediator har haft betydning for, hvilke opgaver mediatorerne i praksis har kunnet påtage sig. Det vurderes, at uddannelsen kun i nogen grad understøtter funktionen som kulturel mediator. Den generelle holdning er, at uddannelsen var for kort og teoretisk og ikke har været praksisorienteret i tilstrækkelig grad. Der savnes især kommunikative redskaber og konfliktløsningskompetencer.

1.5.6 Mediatorernes oplevelse af rollen

Mediatorerne har ret forskellige oplevelser med rollen som mediator. Det beskrives af flere som hårdt, fordi man skal være meget opsøgende og tåle afvisninger, men det har også været lærerigt. Mediatorerne er i varierende grad tilfredse med, hvad de har opnået. Der er også forskellige holdninger til, hvorvidt man ønsker at fortsætte med rollen som kulturel mediator.

1.6 Personaleperspektivet – projektets forløb og effekt

I henhold til kommissoriet for evalueringen belyses herunder, hvorvidt projektet har haft effekt i forhold til projektets målsætninger. Det belyses ved at undersøge, hvordan personalet har oplevet, at projektet har påvirket deres dagligdag på afdelingerne og mødet med de etniske minoritetspatienter.

Der er relativt store forskelle fra afdeling til afdeling i forhold til, hvordan man vurderer projektets effekt og betydning for dagligdagens arbejde. Nogle steder er det ikke lykkedes at etablere et kontinuerligt samarbejde mellem mediatorer og afdelingerne, andre steder har mediatorerne haft stor betydning og anses som næsten uundværlige. Generelt fremgår det, at personalets oplevelse er følgende:

- *Halvdelen af personalet vurderer, at projektet har haft en positiv effekt*

I forhold til hvorvidt personalet vurderer, at mediatorprojektet har haft en positiv effekt for afdelingens arbejde, tilkendegiver halvdelen af personalet samlet set, at det er tilfældet. Der er dog visse variationer, idet der er en høj tilfredshed på Odense Universitetshospital og Glostrup Hospital, hvor henholdsvis 66 % og 50 % tilkendegiver, at de har oplevet en positiv effekt. En mindre andel af personalet på Bispebjerg Hospital vurderer, at dette er tilfældet, nemlig 33 %. Der er kun meget få personaler samlet set på alle tre hospitaler (i alt 11 %), som tilkendegiver, at de ikke mener, at projektet har haft positiv betydning, mens 36 % af respondenterne svarer ’ved ikke’.

Der er betydeligt flere personaler, som tilkendegiver, at de synes, projektet har haft positiv betydning, end personaler, der angiver, at de reelt selv har brugt mediatorerne. På Glostrup Hospital tilkendegiver 32 %, at de har benyttet sig af hjælp fra

mediator én eller flere gange. På Bispebjerg Hospital tilkendegiver 15 %, at de har benyttet mediatorkompetencerne på afdelingen én eller flere gange. På Odense Universitetshospital har 34 % gjort brug af mediatortilbuddet én eller flere gange.

Selvom man ikke selv har benyttet mediatortilbuddet, viser datamaterialet altså samlet set, at man alligevel kan opleve, at mediatorerne har haft en positiv betydning for afdelingens arbejde.

- *De fleste mener, at der er et behov for øget fokus på området*

Næsten alle informanter oplever, at patientgruppen med anden etnisk baggrund kan være en særlig udfordring. Stort set alle informanter anerkender også projektets tema og udgangspunkt som relevant og efterspørger et fortsat fokus på området.

- *Skabt øget fokus og skabt en anden bevidsthed og forståelse*

Det fremgår af det samlede datamateriale, at modelprojektet ikke har bidraget til at gøre personalets opfattelser af patientgruppen med anden etnisk baggrund som en særlig udfordring mindre sammenlignet med forundersøgelsens baseline. Dette var dog heller ikke forventeligt. Snarere kunne det forventes, at bevidstheden om de særlige forhold, der knytter sig til arbejdet med patientgruppen med anden etnisk baggrund, ville blive større.

Dette har været tilfældet på nogle afdelinger og i mindre grad på andre.

På de afdelinger, hvor mediatorerne har fået fodfæste og etableret et vedvarende samarbejde, er oplevelsen blandt informanterne, at mediatorerne har haft betydning, som konkret kommer til udtryk på følgende måde:

- Skabt øget fokus på patientgruppens særlige problemstillinger
- Gjort det mere legitimt at tale om ’problemerne’
- Vendt fokus fra ’problematiserende’ til løsningsorienteret
- Skabt en anden spørgekultur i dialogen med patienter med anden etnisk baggrund
- Forbedret de anamnestiske oplysninger og dermed skabt et bedre grundlag for handling og et bedre afsæt for dialog mellem behandler og patient
- Mindsket blufærdighed og berøringsangst i den daglige kontakt
- Givet konkret rådgivning og indsigt i hvad patienternes ’anderledes adfærd’ kan skyldes
- Skabt øget fokus på tolkebehovet og dermed øget tolkeforbruget
- Skabt tryghed ved bevidstheden om, at man har nogen, man kan spørge til råds, hvis der skulle opstå et behov

Evaluator vurderer, at denne øgede bevidsthed er et væsentligt skridt i processen mod en bedre kommunikation med patientgruppen og dermed bedre patientforløb,

idet erkendelsen er første skridt mod en forandring. Dermed kan det konstateres, at projektet nogle steder har haft den effekt, som var en del af projektets formål.

1.7 Barrierer for afdelingernes brug af mediatorerne

Det varierer dog fra modelhospital til modelhospital, men også på afdelings- og afsnitsniveau, i hvilken grad mediatorerne er blevet anvendt, og hvad de er blevet anvendt til. Især på nogle af de afsnit og afdelinger, hvor mediatorerne ikke er tilknyttet i forvejen, har mediatorerne haft sværere ved at få etableret et kontinuerligt samarbejde. Samlet set udpeger personalet, at følgende aspekter har spillet en rolle for modelprojektets forløb:

- Modelprojektets organisering

Mediatorordningen er en ny funktion, som man som sundhedspersonale nemt glemmer i en travl hverdag, især når de ikke er til stede i hverdagen. Der har ikke været tid og tilstrækkelig indsigt i modelprojektet til at tænke tilbuddet ind i praksis, hvilket tilskrives projektets korte løbetid og få ressourcer. Nogle af afdelingerne har oplevet projektet som for 'usynligt', og mediatorerne har ikke været tilgængelige, når behovet meldte sig.

- Mediatorernes kompetencer og baggrund

Især på de afdelinger, hvor mediatorerne af forskellige grunde ikke er blevet benyttet meget, tilkendegives, at man har haft vanskeligt ved at finde ud af, hvordan mediatorerne kunne bruges aktivt. Evaluator vurderer, at det formentlig skyldes, at det begrænsede samarbejde har betydet, at der ikke er opstået situationer, hvor mediatorernes relevans blev bekræftet.

Nogle informanter angiver, at mediatorernes kompetencer opleves som utilstrækkelige. Denne kritik relaterer sig især til uddannelsen som kulturel mediator. Evaluator vurderer dog, at oplevelsen muligvis også kan relatere sig til en manglende forventningsafstemning til rollen mellem afdelingerne og projektforløbets fokus på det kompetenceudviklende arbejde. Lidt firkantet sagt: Har man haft en forventning om, at en mediator er en, som tager de 'besværlige' patienter, kan det måske være sværere at se værdien af selv at blive gjort i stand til at løse udfordringerne.

Det er især mediatorerne med anden etnisk baggrund, der er blevet anvendt i det daglige praksisnære arbejde. Det indikeres i det samlende datamateriale, at det at have anden etnisk baggrund af mange personaler tilskrives en særlig betydning i forhold til at afkode 'uforståelig' adfærd og gøre personalet mere vidende og kompetente på området. Det er også mange personalers generelle erfaring, at kollegaer med anden etnisk og kulturel baggrund end dansk kan spille en særlig positiv rolle i det relationære patientrettede arbejde.

- Uafstemte forventninger til mediatorrollen

Det fremgår implicit af det samlede datamateriale, at der er en vis diskrepans mellem projektets holdningsbearbejdende fokus og personalets forventninger til mediatorrollen, som fremstår som mere praksisorienterede og konkrete. Personalets forventninger synes at have medvirket til, at de mediatorer, som er 'gået ud af rammen' for projektets holdningsbearbejdende fokus og har påtaget sig andre me-

diatorroller som kulturformidler eller uddanner af patienten og støtte/ socialarbejder, typisk opnår den højeste tilfredshed med projektet blandt personalet.

En af grundene til, at de mere praksisrettede mediatorroller er modtaget særligt positivt kan være, at de bidrager med 'hurtige' løsninger, mens det holdningsbearbejdende arbejde er en indsats, som det tager længere tid at mærke konkrete effekter af, end modelprojektets løbetid nødvendigvis kan honorere.

Hospitalspersonalets forventninger til rollen bør dog også ses i sammenhæng med arbejdets tilrettelæggelse på en hospitalsafdeling, hvor den tidsmæssige faktor og arbejdsgangene ofte kræver, at problemstillingerne løses hurtigt og effektivt, og man ikke har meget tid til at dvæle ved, hvordan man kunne have gjort og handlet anderledes i en given situation.

1.8 Ledelsesperspektivet

På alle tre modelhospitaler er opfattelsen blandt lederne, at feltet fortsat bør være et fokusområde i sundhedsvæsenet, da der er et behov for en særlig indsats i forhold til arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund. Generelt har projektet bevirket, at man er blevet mere opmærksomme på de særlige problemstillinger i forhold til arbejdet med patientgruppen med anden etnisk baggrund, og man mener også, at man er blevet mere bekendt med, hvad disse problemer konkret består af.

Ledelserne på alle tre hospitaler tilkendegiver, som mediatorerne og personalet, at organiseringen af modelprojektet med typisk én fast ugedag har været for ufleksibel og skabt en dårlig tilgængelighed til tilbuddet for modelafdelingernes personale. De relativt få ressourcer og projektets korte løbetid har også betydet, at man undervejs måtte snævre sine målsætninger for projektet ind og som nævnt fokusere primært på kompetenceudvikling af personalet. De reviderede målsætninger vurderes i store træk at være nået.

Projektet har givet brugbare erfaringer, som kan bruges i en videreudvikling af rollens fremtidige indhold og organisering. På Odense Universitetshospital og Glostrup Hospital er det sandsynligt, at man vil arbejde aktivt med at forankre projektets erfaringer og videreudvikle rollen fremover.

Modelprojektet har på alle tre hospitaler skabt opmærksomhed på andre emner, som relaterer sig til feltet, såsom journaloplysninger vedrørende sprog og den gældende tolkepraksis. På Bispebjerg Hospital arbejdes med et projekt, som fremover skal afdække fænomenet 'etniske smerter' og der er indledt et samarbejde med Etnisk Ressourceteam. Også Glostrup Hospital har fået skærpet opmærksomhed på arbejdsmiljøet for kollegaer med anden etnisk baggrund, og det planlægges at oprette et netværk for minoritetsetnisk personale, mens man i forhold til minoritetsetniske patienter og andre svage grupper har planer om at afprøve en nøglepersonordning, samt eventuelt en forløbskoordinatorfunktion. På Odense Universitetshospital er der nu opmærksomhed på, at også de kliniske servicefunktioner (laboranter, radiologer mm.) bør være mål for kompetenceudviklende indsatser i forhold til patientgruppen med anden etnisk baggrund. Man tilkendegiver også, at mediatorprojektet har medvirket til, at et regionalt videotolkecenter, som skal dække alle Region Syddanmarks hospitaler, er åbnet i 2009.

1.9 Mediatorkompetencer

De gode mediatorkompetencer kan ikke egentlig rangordnes, idet man på hver sin måde kan tilføre rollen noget brugbart. De mest relevante kompetencer afhænger også af, hvilke opgaver man reelt pålægges som mediator.

Vurderet ud fra modelprojektets lokale målsætninger om det kompetenceudviklende fokus på personalet, er nogle kompetencer vigtigst. Disse kompetencer er stor personlig gennemslagskraft og evne til at formidle komplekse problemstillinger og at kommunikere i det hele taget. Det er i denne rolle også vigtigt, at man har et højt fagligt refleksionsniveau, så man evner at kombinere 'kulturteoretiske' udgangspunkter med den daglige praksis.

Skal man beskrive den ideelle mediator ud fra, hvordan personalet har oplevet funktionen, og hvad de tilsyneladende efterspørger på afdelingerne, er der lidt andre kompetencer, som bør vægtes. En sundhedsfaglig baggrund og viden om afdelingens specifikke emnefelt i relation til sygdomme og behandling samt kendskab til daglig praksis på afdelingen fremstår vigtigt. Stort kendskab til kulturspecifikke emner og de etniske minoriteters livsvilkår i Danmark og tankegang er efterspurgt. De mediatorer, som har opnået mest kontakt med og opnået størst tilfredshed med indsatsen blandt kollegaerne, kan afkode patientens 'uforståelig adfærd' ved hjælp af sin baggrundsviden eller ved sin evne til at skabe tillid og etablere en dialog med patienten, når behovet opstår. I modelprojektet har det især, men ikke kun, været mediatorerne med anden etnisk baggrund, som har taget disse aspekter af mediatorrollen op.

Under alle omstændigheder er det vigtigt, at man interesserer sig for feltet. Det er også betydningsfuldt, at kunne udvise en høj grad af empati og at man kan formå at fastholde en assertiv tilgang til rollen.

1.10 Input til en eventuel fremtidig national implementering

Anden del af evalueringens formål er at vurdere organiseringen af modelprojektet i forhold til at kunne give input til en fremtidig national implementering.

Ledelserne på alle tre hospitaler vurderer, at man ikke på det nuværende grundlag kan lade projektet overgå til drift. Organiseringen skal være anderledes end den afprøvede i modelprojektet. Desuden vurderer man, at andre mediatorroller end det kompetenceudviklende aspekt bør afprøves, inden man kan implementere en permanent mediatorordning.

Ønsker man fortsat at arbejde med kulturelle mediatorer i det danske hospitalsvæsen, viser projekterfaringerne, at flere faktorer er væsentlige at have for øje, for at funktionen skal fungere optimalt. En fremtidig model bør således imødekomme følgende behov:

1.10.1 Mediatorrollens faglige indhold

- Mediatorordningens indsatsområder skal fastlægges på forhånd og beskrives.

Det kan i den forbindelse overvejes at inddrage andre mediatoropgaver end det kompetenceudviklende arbejde, så man integrerer interventioner i den kliniske praksis og rådgivning af patienter i højere grad, end tilfældet har været i modelprojektet. Modelprojektets erfaringer viser, at en kombination af det personalerettede kompetenceudviklende arbejde og et mere praksisnært patientrettet fokus kan give god mening i forhold til modelafdelingernes arbejdsgange og oplevelse af behov.

En fastlæggelse af mediatorernes indsatsområder har også betydning for, hvilke personlige og faglige kompetencer fremtidens mediatorer skal have. Det har også betydning for, hvordan mediatoruddannelsens indhold bør tilrettelægges.

1.10.2 Mediatorrollens organisatoriske tilrettelæggelse

- En højere grad af fleksibilitet og en højere tilgængelighed ved et behov for en kulturel mediator bør tænkes ind i organiseringen af en fremtidig mediatorordning. Behovet bør kunne imødekommes med det samme eller i hvert fald så vidt muligt samme dag.

- Mediatoren bør have kontinuerlig kontakt til de enkelte afsnit under afdelingerne, for at personalet kan se relevansen og husker på muligheden for at benytte sig af en kulturel mediator.

- Mediatorordningen bør gives ressourcer i opstartsfasen for at synliggøre funktionen og ordningen skal gives forholdsvis god tid til at etableres.

- Mediatorordningen bør gives kontinuerlige ressourcer til supervision, efteruddannelse og videreudvikling.

- Det er af afgørende betydning for mediatorernes trivsel i rollen, at der sikres et fagligt kollegialt fællesskab.

- Det er af stor betydning, at mediatorerne har en centralt placeret leder i hospitalsorganisationen, som gerne må være bekendt med emnefeltet, så vedkommende kan understøtte mediatorernes indsats bedst muligt.

- I forhold til det patientrettede oplysnings- og uddannelsesarbejde vurderer evaluator, at det kan være hensigtsmæssigt at forankre denne indsats hos en central enhed, som i forvejen arbejder med patientinformation og vejledning. Således kan patientgruppen med anden etnisk baggrund end dansk integreres i det generelle informationsarbejde, samtidig med at deres særlige behov tilgodeses.

- Ledelsesmæssig opbakning på afdelingsniveau og ledernes forståelse af pointen med kulturelle mediatorer er meget afgørende for personalets opfattelse af mediatorers relevans og anvendelse af disse i den kliniske praksis. Derfor kan man med fordel ved en fremtidig implementering arbejde målrettet med at sikre mellemlederniveauets forståelse af mediatortilbuddet og et øget medejerskab.

- Da det beror på personalets subjektive behov og vurderinger, om der er et ’problem’, som bør adresseres af en mediator, bør det overvejes at gennemføre en obligatorisk introduktion til alle ansatte ved indførelse af kulturelle mediatorer.

Mediatorfunktionen og dets tilbud bør introduceres men lejligheden kan også bruges til at fremlægge de nyeste forskningsresultater i forhold til etniske minoriteters generelle sundhedstilstand og behandlingsmønstre. Ved at skærpe personalets bevidsthed om etniske minoriteters problemstillinger i forhold til sundhedsvæsenet kan man skabe mere optimale forudsætninger for mediatorernes virke – men også tage de første skridt i en kompetenceudviklende retning.

1.11 Mulige fremtidige modeller for organisering

På baggrund af modelprojektets organisatoriske erfaringer kan udpeges to ’idealtyper’ for en fremtidig mediatormodel:

- Nøglepersonmodel
- Mediatorkorpsmodel

1.11.1 Nøglepersonsmodellen

Nøglepersonmodellen ligner som udgangspunkt den afprøvede organisering af modelprojektet, da mediatorkompetencerne i modellen er placeret i afdelingen og ikke centralt.

På afdelingsniveau udvælges et antal nøglepersoner, som optimalt fordeles på alle afsnit. Disse nøglepersoner har eller gives relevante kompetencer inden for kulturel mediation.

Det kan være en fordel at udvikle to uddannelsesforløb, så man etablerer differentierede ‘kompetenceniveauer’ for de kulturelle mediatorer ved hjælp af forskellige uddannelsesforløb. Således kan flertallet af nøglepersoner være ‘menige’, mens en enkelt nøgleperson pr. afdeling kan være klædt bedre på uddannelsesmæssigt i forhold til mediatoropgaven.

De nøglepersoner, som modtager et længere og mere kompetencegivende kursus inden for mediatorfeltet , kan have det overordnede ansvar for mediatoropgaverne. Opgaverne kan være følgende:

- Konfliktmægling og supervision af personalet om svære patientsager

- Projektforløb med særlige relaterede emner i fokus og kompetenceudviklende undervisning til personalet

- Rådgivning af personalet i hverdagen.

- Patientsamtale.

- Mediatorerne kan også have ansvar for materialeudvikling og –opdatering

De ‘menige’ nøglepersoner, som tildeles et kortere uddannelsesforløb, kan medvirke til at understøtte det generelle fokus på området og bistå sine kollegaer ved mindre problemstillinger.

1.11.2 Mediatorkorpsmodellen

Mediatorkorpsmodellen er en centralt organiseret model, som i mindre grad ligner modelprojektets organisering.

På hospitalsniveau ansættes et antal mediatorer (afhængigt af hospitalets størrelse og optageområdets etniske sammensætning), som har eller gives kompetencer indenfor kulturel mediation. Mediatorkorpset bør have en udgående konsulentfunktion på hele hospitalet. Mediatorerne kan have følgende opgaver:

- Konfliktmægling og supervision af personalet om svære patientsager
- Projektforløb med særlige relaterede emner i fokus og kompetenceudviklende undervisning til personalet
- Daglige besøgsrunder og patientsamtaler
- Mediatorerne kan også have ansvar for materialeudvikling og –opdatering
- Etablere et samarbejde med primærsektoren og kommunale forvaltninger

Begge modeller rummer en række fordele og ulemper. Nøglepersonsmodellens organisering rummer ikke i så høj grad mulighed for udvikling af kompetenceudviklende undervisning og særlige projektforløb som mediatorkorpsmodellen, medmindre nøglepersonerne tildeles flere ressourcer end normalt for nøglepersonsfunktioner i hospitalsvæsenet. Mediatorkorpsmodellen er fjernere fra afdelingerne og de konkrete ’mindre’ problemstillinger, der kan opstå i hverdagen, hvor nøglepersonmodellen netop har sin styrke ved den fysiske tilstedeværelse i klinisk praksis. Begge modeller er ressourcekrævende modeller, som måske snarere på længere sigt kan overvejes etableret.

Modellerne kan eventuelt kombineres, så man i en fortsat udvikling og afprøvning af mediatorrollen starter med at etablere et mindre og centralt mediatorkorps, som tildeles en kontaktperson på hver afdeling, der kan understøtte samarbejdet mellem korpset og hospitalsafdelingerne.

2 Evalueringens baggrund og rapportens opbygning

2.1 Baggrund

Sundhedsstyrelsen har i perioden 2007-2009 gennemført et modelprojekt om kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet i samarbejde med tre hospitaler: Odense Universitetshospital, Glostrup Hospital og Bispebjerg Hospital.

Baggrunden for projektet har været, at patienter med anden etnisk baggrund er en gruppe, som har nogle andre forudsætninger og behov end etnisk danske patienter i mødet med sundhedsvæsenet. Flere undersøgelser viser samtidig, at sundhedspersonalet kan opleve faglig usikkerhed og frustration pga. de sproglige og kulturelle forskelle, de møder hos patientgruppen. Disse forskelle kan i nogle tilfælde opleves som barrierer i forhold til at yde den optimale behandling og pleje.

I 2006 indsamlede Sundhedsstyrelsen erfaringer fra fire europæiske lande, som viser, at kulturelle mediatorer – personer med særlige kulturelle og kommunikative kompetencer – kan være en brugbar metode til at forbedre mødet mellem patienter med anden etnisk baggrund og sundhedsvæsenet. Erfaringerne fra udlandet viser således, at kulturelle mediatorer kan bidrage til en bedre kommunikation og til at sikre bedre og mere lige behandling af etniske minoriteter i sundhedsvæsenet[1].

Sundhedsstyrelsen har på denne baggrund initieret modelprojektet for at afprøve kulturelle mediatorer som metode i det danske sundhedsvæsen samt afprøve, hvordan en sådan ordning organiseres mest hensigtsmæssigt i en dansk kontekst.

Projektet har været et led i den forebyggende indsats rettet mod etniske minoriteter og har til hovedformål:

- At forbedre kommunikationen mellem sundhedspersonale og patienter med anden etnisk baggrund og dermed give bedre patientforløb
- At opsamle erfaringer med brug af kulturelle mediatorer, der kan anvendes i en eventuel national implementering

Fokus i det danske modelprojekt har som udgangspunkt ikke kun været det kliniske møde mellem patient og sundhedsvæsenet, men har også haft til formål at adressere både patienter og personalers forudsætninger og forforståelser om hinanden.

2.2 Projektforløb

Sundhedsstyrelsen tog initiativ til modelprojektet i 2007, hvor man inviterede interesserede hospitaler til at deltage i afprøvning af kulturelle mediatorer som metode

[1] Udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet, SST 2006

i det danske sundhedsvæsen. Projektets nærmere indhold og betingelser var formuleret i et opdrag formuleret af Sundhedsstyrelsen. Blandt de ansøgende hospitaler blev Glostrup Hospital, Bispebjerg Hospital og Odense Universitetshospital udvalgt.

Inden modelprojektets start blev gennemført en forundersøgelse af Als Research ApS. Forundersøgelsen havde til formål at fastlægge en baseline for den senere evaluering i forhold til en effektvurdering af indsatsen. Desuden skulle forundersøgelsen identificere indsatsområderne for mediatorernes fremtidige arbejde på de enkelte afdelinger.

Als Research udviklede også en logbog til registrering af mediatorernes aktiviteter i projektforløbet i forhold til både tidsforbrug og aktiviteternes indhold. Disse data skulle registreres til brug for evalueringen af modelprojektet.

Som yderligere støtte og inspiration til mediatorernes arbejde udarbejdede Sundhedsstyrelsen publikationen 'Sundhedsprofessionelle i en multikulturel verden', som belyser de udfordringer og problemstillinger, som kan forekomme i mødet mellem hospitalspersonalet og patienter med anden etnisk baggrund, i form af artikler om emnet, øvelser og opgaver.

Mediatorerne på alle tre modelhospitaler er rekrutteret blandt sundhedspersonalet på de involverede modelafdelinger. De fleste mediatorer er sygeplejersker. En enkelt mediator er rekrutteret eksternt. I udvælgelsen blev lagt vægt på kandidaternes personlige gennemslagskraft, kendskab til og interesse for emnet, herunder også mediatorernes etniske baggrund i det omfang det var muligt.

Mediatorprojektet startede på modelafdelingerne d. 1. juni 2008 og afsluttedes d. 31. maj 2009.

Mediatorerne deltog inden projektstart i et uddannelsesforløb på Professionshøjskolen København, University College, som skulle forberede dem på opgaven som kulturel mediator. Der var tale om et uddannelsesforløb i 'Interkulturel Kommunikation' som er et tværgående modul i de sundhedsfaglige diplomuddannelser. Uddannelsesforløbet foregik fra februar til april 2008 og bestod af i alt syv undervisningsdage.

Inden projektstart formulerede modelhospitalerne en lokal funktions- og formålsbeskrivelse af mediatorrollen, som havde til formål at sikre projektets fremdrift og retning og som en støtte til mediatorerne i deres udvikling af rollen. På baggrund af projektets erfaringer valgte hospitalerne undervejs i projektets forløb at snævre målsætningerne yderligere ind for de fleste af mediatorerne og fokusere på det personalerettede kompetenceudviklende arbejde frem for en mere patientrettet indsats. Det skete med Sundhedsstyrelsens accept.

Der er flere årsager til, at det personalerettede kompetenceudviklende fokus er valgt:

- For det første, viste forundersøgelsens patientrettede undersøgelse, at patienter med anden etnisk baggrund på de fleste målte parametre var lige så tilfredse med deres indlæggelsesforløb, behandling og pleje som etnisk danske patienter *(se Bilag 8.1 – Resumé af forundersøgelse).*

- For det andet, blev det vurderet, at den personalerettede indsats kunne få størst og mere varig betydning, da det er en indsats, som forankres på hospitalet, mens patienter som bekendt kommer og går.

- For det tredje, blev interventioner mellem patienter og det sundhedsprofessionelle personale og patientrådgivning også nedprioriteret som fokusområde i projektet, da man vurderede, at det ikke var muligt at varetage og udbrede en sådan funktion inden for projektets givne rammer.

- For det fjerde, var det med i overvejelserne blandt de projektansvarlige, at en patientrettet mediatorordning, som kun udbydes én dag om ugen, er uetisk, da kun patienter som er indlagt på denne ugedag i så fald ville kunne få mediatorbistand.

- Endelig var der en bekymring for, at den begrænsede adgang til mediatoren kunne rumme et vist konfliktpotentiale mellem patienter og behandlersystem.

Mediatorernes egne forståelser af rollen, og hvad de kan bidrage med, har spillet ind på de aktiviteter, som er blevet gennemført på hver enkel afdeling. Nogle har været meget stringente, mens andre i højere grad har lagt vægten i hverdagens relationære arbejde mellem personale og patienter. Dette mere patientrettede arbejde falder uden for modelhospitalernes valg om at fokusere på personalet, men har vist sig at være en efterspurgt del af mediatorfunktionen. Aktiviteterne inddrages i evalueringen, selvom det ikke har været en del af den egentlige målsætning, da de kan siges at have bidraget positivt til oplevelsen af modelprojektet blandt personalet. Disse erfaringer skønnes derfor også relevante i forhold til en fremtidig udvikling af mediatorrollen.

På Glostrup Hospital besluttede man tidligt i projektforløbet at prioritere nogle afsnit frem for andre i resten af projektforløbet. Det skyldes, at modelafdelingerne på Glostrup Hospital er meget store og har mange afsnit.

- På Afd. M skar man antallet af involverede afsnit ned fra ni til seks afsnit.

- På Afd. G reducerede man antallet af involverede afsnit fra seks til et afsnit.

- På Afd. L blev antallet af afsnit reduceret fra otte til fem afsnit.

Selektionen blev udført på baggrund af de enkelte afsnits generelle interesse for projektet.

2.3 Evalueringens formål

Als Research ApS har haft til opgave at forestå en evaluering af projektet. Evalueringen er blevet foretaget af konsulent Louise Roig og chefkonsulent Jacob Als Thomsen.

Ved udførelse af evalueringen har desuden været tilknyttet en særlig kyndig på de organisatoriske aspekter af projektet. Det er ledende overlæge Claus Brøckner Nielsen, Hjertemedicinsk afd. Skejby Hospital.

I henhold til kommissoriet for evalueringen har evalueringsopgaven bestået af to dele:

En forundersøgelse (inklusive etablering af en baseline) og en evaluering af det efterfølgende projekt (inklusive en effektevaluering). Denne rapport beskriver resultaterne fra evalueringen.

Hensigten med evalueringen har været at vurdere, om indsatsen har bidraget til projektets formål:

- At forbedre kommunikationen mellem sundhedspersonale og patienter med anden etnisk baggrund og dermed givet bedre patientforløb
- At vurdere organiseringen af modelprojektet i forhold til at give input til en eventuel fremtidig national implementering

Temaerne som belyses i evalueringsrapporten er udvalgt af Sundhedsstyrelsen og belyser de forskellige aktørers opfattelser af projektforløbet og dets resultater med henblik på at vurdere projektets effekt i forhold til at skabe bedre patientforløb. Første emne er mediatorernes arbejde. Derefter belyses personaleperspektivet, ledelsesperspektivet og modelprojektets organisatoriske erfaringer. Afsluttende tema er mulighederne for overgang til drift og evaluators anbefalinger til en eventuel national implementering.

2.4 Datagrundlag

Datamaterialet til evalueringen har bestået af flere typer data:

- Kulturelle mediatorers logbøger
- Interviews med hospitalsledelse bestående af Udviklingschef (GLO), HR-chef (BBH) og Hospitalsdirektør (OUH)
- Interviews med lokale projektansvarlige, modelafdelingernes afdelingsledelse samt sundhedspersonale (læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter)
- Spørgeskemaundersøgelse til sundhedspersonale

Datamaterialet er indsamlet i perioden april 2009 til juni 2009.

2.5 Kulturelle mediatorers logbøger

De kulturelle mediatorer har i hele projektforløbet haft til opgave at føre ugentlig logbog over deres aktiviteter med henblik på at kunne opgøre, hvor meget tid man har brugt og hvad man har anvendt tiden til.

Mediatorerne har udfyldt logbøgerne forskelligt og mere eller mindre minutiøst. I november 2008 lavede Als Research ApS en midtvejsstatus over projektet. Formålet var at vurdere mediatorernes brug af logbøger og at skabe overblik over projek-

tets indhold og fremdrift. Efter midtvejsstatus blev mediatorernes modus mere lig hinanden, men der må dog tages visse forbehold for nogle af logbøgernes udsigelseskraft.

2.6 Interviews med projektets aktører

Som supplement til spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedspersonalet gennemførtes gruppeinterviews med det sundhedsfaglige personale. Informanterne var som udgangspunkt sammensat i faggrupper på tværs af modelafdelingerne. Dog betød fremmødevanskeligheder på især Bispebjerg Hospital, at nogle interviews ikke blev gennemført, mens andre interviews måtte gennemføres enkeltvis.

På Odense Universitetshospital blev interviewet følgende:

- Hospitalsdirektør
- Kvalitetschef
- Projektkoordinator og Projektleder
- Fem mediatorer
- To ledende overlæger
- Tre afdelingssygeplejersker
- En social- og sundhedsassistent
- Tre sygeplejersker

På Glostrup Hospital blev interviewet følgende:

- Udviklingschef
- Projektleder
- To mediatorer
- Tre oversygeplejersker
- To afdelingssygeplejersker
- To overlæger
- Fire sygeplejersker
- To social- og sundhedsassistenter

På Bispebjerg Hospital blev følgende interviewet:

- HR chef
- Lokal projektleder
- To mediatorer
- To oversygeplejersker
- En overlæge

Det er langt fra alle afdelinger eller afsnit, som var repræsenterede i interviewundersøgelsen, ligesom det på ét hospital ikke er alle faggrupper, som har givet deres inputs. Generelt er oplevelsen, at de sundhedsfaglige personaler, som deltog, kommer fra de afsnit, som har haft mest samarbejde med de kulturelle mediatorer. Det er således især – men dog ikke kun – deres oplevelser med patientgruppen og projektet, som er blevet italesat ved interviewrunderne.

2.7 Spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedspersonalet

På alle involverede modelafdelinger er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt personalet inkluderende: sygeplejersker, afdelingssygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, reservelæger, overlæger og lægesekretærer. Hertil kommer ansatte ved Informationscenteret på Odense Universitetshospital.

På Glostrup Hospital blev spørgeskemaet kun besvaret på de afsnit, som har været en del af hele projektforløbet, idet man undervejs i projektforløbet var nødsaget til at fravælge nogle afsnit og fokusere på nogle færre.

I alt besvarede 131 personaler spørgeskemaet.

Svarprocenten i undersøgelsen var:

Odense Universitetshospitals modelafdelinger i alt: 58,8 % (47 ud af 80 mulige)

Bispebjerg Hospitals modelafdelinger i alt: 33,2 % (27 ud af 123 mulige)

Glostrup Hospitals modelafdelinger i alt: 25,9 % (57 ud af 220 mulige)

Dette giver en samlet svarprocent på 30,7 % (131 ud af 423 mulige), hvor baseline bygger på et større antal besvarelser (391 besvarelser og en svarprocent på 39 %). Svarprocenten er altså relativt lav og er i øvrigt varierende fra hospital til hospital. Derfor er man nødsaget til at tage visse forbehold for spørgeskemaundersøgelsens resultater og undersøgelsens udsigelseskraft.

Hovedparten af alle respondenter var sygeplejersker. De andre faggrupper besvarer antalsmæssigt kun spørgeskemaet i et lille omfang. Desuden ligner besvarelserne hinanden på tværs af fagskel. Derfor behandles besvarelserne samlet og er ikke opdelt på faggrupper.

2.8 Begrænsninger

Patientperspektivet udgår af evalueringen, således at der ikke indgår data fra patientspørgeskemaer.

Det var ved projektets start Sundhedsstyrelsens ønske, at evalueringen skulle inkludere patientperspektivet. Det har imidlertid ikke været muligt. Fravalget af patientperspektivet skyldes, at forundersøgelsen indikerede, at tilfredsheden blandt patienter med anden etnisk baggrund ikke er signifikant lavere end blandt etnisk danske patienter. Desuden har de lokale målsætninger for projektet primært været fokuseret på det kompetenceudviklende arbejde i forhold til personalet.[2]

Evalueringens indsamling af patientspørgeskemaer resulterede i 15 brugbare besvarelser fra alle tre modelhospitaler samlet set. Det skønnes at være for lidt til, at det er muligt at lave meningsfyldte analyser heraf. Blandt de 15 patienter, som har besvaret spørgeskemaet, tilkendegiver ingen at have anvendt eller kendt til den kulturelle mediator. Alle de deltagende patienter er godt tilfredse med deres indlæggelsesforløb og kommunikationen med personalet. Der er ikke nogen som rejser en kritik af afdelingerne i forhold til de aspekter, der spørges ind til.

2.9 Effektevalueringen – kvantitative og kvalitative effekter

Det er ikke teknisk muligt at måle på mediatorprojektets effekt i forhold til behandlingens og plejens kvalitet målt på liggedage, indlæggelsestid og genindlæggelsesrate. Det skyldes bl.a., at Landspatientregisteret ikke er opdateret til 2008-2009 på nuværende tidspunkt. Det vurderes desuden, at der ikke vil være målelig kvantitativ effekt af projektet i forhold til disse aspekter, når projektets design og løbetid tages i betragtning.

Effektmålingen gennemføres ved at belyse, hvordan personalet oplever, at projektet har haft effekt i forhold deres dagligdag på afdelingerne og i mødet med de etniske minoritetspatienter.

2.10 Rapportens opbygning

Evalueringsrapporten er opdelt i seks kapitler, som belyser projektet ud fra forskellige udvalgte temaer med henblik på at vurdere projektets effekt.

---

[2] Dog har der været mere patientrettede aktiviteter på Odense Universitetshospitals Informationscenter. Det er imidlertid ikke muligt at måle en effekt i forhold til patienternes oplevelse af indsatsen dér inden for projektets rammer.

Kapitel 2: Mediatorernes arbejde

I dette kapitel introduceres først til de tre modelhospitalers organisering af mediatorprojektet, rekruttering af mediatorerne, og der gives en kort beskrivelse af, hvem de udvalgte mediatorer er. Endvidere belyses mediatorernes målsætninger og fokusområder på de tre hospitaler, og det undersøges, hvordan mediatorernes aktiviteter i projektperioden fordeler sig kvantitativt og kvalitativt.

På baggrund af det samlede datamateriale beskrives, hvad der kan have påvirket mediatorernes aktiviteter og medvirket til at skabe eventuelle forskelle samt mediatorernes generelle oplevelse med rollen.

Kapitel 3: Personaleperspektivet

Personalets opfattelser af patientgruppen med anden etnisk baggrund og arbejdet med denne gruppe belyses og sættes i forhold til forundersøgelsens baselinedata. Desuden belyses personalets opfattelser af modelprojektets effekt, brug af mediator og aktiviteternes indhold. Dette gøres for at komme nærmere et indtryk af modelprojektets samlede effekt og virkning på personalegrupperne på modelafdelingerne.

Kapitel 4: Ledelsesperspektivet

I kapitlet fokuseres på ledelsesperspektivet med henblik på at belyse, hvordan ledelsen har oplevet projektforløbet i forhold til organiseringen og målsætning. Desuden beskrives, hvorvidt ledelsen vurderer, at projektet har bidraget til hospitalernes strategi på området, og hvordan man oplever feltet 'etniske minoritetspatienter' ved projektets afslutning. Endelig belyses også, hvilke planer hospitalerne har i forhold til forankring af modelprojektets erfaringer.

Kapitel 5: Modelprojektets organisering

Kapitlet indeholder en redegørelse af modelhospitalernes erfaring med modelprojektets organisering og de muligheder og ulemper, der har vist sig at være forbundet hermed.

Afsluttende overvejes på baggrund af det samlede datamateriale, hvilke faglige kompetencer og personlige egenskaber der kan siges at være gode at besidde som mediator.

Kapitel 6: Overgang til drift og evaluators anbefalinger

Kapitlet indeholder modelhospitalernes holdninger i forhold til projektets overgang til drift og evaluators vurderinger og anbefalinger til implementering af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet. Anbefalingerne tager afsæt i de samlede erfaringer fra modelprojektet.

Kapitlet afsluttes med evaluators inputs til en fremtidig organisering af mediatorfunktionen, og der præsenteres to 'idealtyper', som på hver sin måde imødekommer modelprojektets organisatoriske problemstillinger, som det fremstår ved projektafslutning:

- Nøglepersonsmodellen
- Mediatorkorpsmodellen

3 Mediatorernes arbejde

I dette kapitel introduceres først til de tre modelhospitalers organisering af mediatorprojektet, rekruttering af mediatorerne, og der gives en kort beskrivelse af, hvem de udvalgte mediatorer er. Endvidere belyses mediatorernes fokusområder på de tre hospitaler.

Kapitlet har desuden til formål at afdække, hvilke aktiviteter der har fyldt kvantitativt mest i projektperioden, og hvilke temaer der især har været taget op. Afsluttende belyses, hvad der på baggrund af det samlede datamateriale kan siges at have påvirket mediatorernes aktiviteter og medvirket til at skabe evt. forskelle.

3.1 Modelhospitalernes organisering af modelprojektet

Glostrup Hospital og Bispebjerg Hospitals organisering

Glostrup og Bispebjerg hospitaler har etableret et samarbejde om projektet. De to hospitaler er altså forenet i et fælles projekt med samme budget og med fælles projektleder.

Glostrup Hospital

På Glostrup Hospital blev udvalgt fire modelafdelinger og to mediatorer:

- Afd. G: Gynækologisk/obstetrisk afdeling
- Afd. L: Børneafdeling
- Afd. M: Medicinsk afdeling
- Akut modtagecenter (AMC)

AMC blev i efteråret 2008 delt mellem to enheder. Skadestuen, som nu er en selvstændig enhed, og modtagelsen (Akut Visitations Afsnit, AVA), som nu hører under afd. M. Derefter var der organisatorisk set tre modelafdelinger, som indgik i projektet, nemlig afd. G, L og M. Mediatorerne på Glostrup har hver haft en samlet arbejdsdag én dag om ugen (8 timer) som kulturel mediator.

Den ene mediator har været tilknyttet to afdelinger (afd. G og L), hvoraf vedkommende har sit daglige virke som sygeplejerske i afd. L. Denne mediator har anden etnisk baggrund end dansk. Den anden mediator er tilknyttet afd. M. Denne mediator har etnisk dansk baggrund *(Se Bilag 8.3 – Organisationsmodeller).*

Bispebjerg Hospital

På Bispebjerg Hospital er udvalgt to modelafdelinger og to mediatorer:

- Afd. I: Intern Medicinsk: Endokrinologi gastroenterologi
- Afd. Y: Kardiologisk afdeling

Bispebjerg Hospitals to mediatorer har hver haft én samlet arbejdsdag en gang om ugen (8 timer) på hver sin afdeling.

Den ene mediator har været tilknyttet den afdeling, som hun er ansat på i forvejen (afd. Y). Denne mediator har anden etnisk baggrund end dansk.

Afd. Is mediator er rekrutteret fra Rigshospitalet og var kun tilknyttet Bispebjerg Hospital i sin egenskab af mediator. Hun har anden etnisk baggrund end dansk. Denne mediator stoppede som kulturel mediator p.g.a. barselsorlov i december 2008. Hun blev erstattet af en ny mediator, som i forvejen er tilknyttet Bispebjerg Hospital som Liason-psykiatrisk sygeplejerske med en udgående konsulentfunktion på de somatiske afdelinger. Barselsvikaren har etnisk dansk baggrund *(Se Bilag 8.3 – Organisationsmodeller).*

Odense Universitetshospital

Ved Odense Universitetshospital blev udvalgt fire modelafdelinger og seks mediatorer:

- Afd. H: Børneambulatorium og børnemodtagelse
- Afd. Q: Infektionsmedicinsk sektion
- Afd. M: Endokrinologisk afdeling
- Informationscentret, Udviklingsstaben

Én mediator er fratrådt tidligt i projektperioden og er ikke blevet erstattet med en anden. Det meste af projektperioden har der således været fem kulturelle mediatorer på Odense Universitetshospital.

Afd. H har haft to mediatorer tilknyttet, som har delt funktionen (8 timer pr. uge.) De har fordelt timerne således, at de har haft én fælles arbejdsdag hveranden uge.

Afdelingerne M, Q og Informationscenteret har haft tilknyttet én mediator – typisk én fast arbejdsdag om ugen (8 -10 timer pr. uge).

Alle mediatorer på Odense Universitetshospital har været tilknyttet de afdelinger, hvor de arbejder i forvejen som sundhedsprofessionelle. Mediatoren på afd. M har anden etnisk baggrund, mens resten har etnisk dansk baggrund.

Desuden indgik en sygeplejerske fra den nyåbnede Indvandrermedicinske Klinik i mediatorarbejdet på afd. Q. Hun er dog ikke en formel del af projektet *(Se Bilag 8.3 - organisationsdiagram).*

Mediatorprofil

Mediatorerne varierer i alder. Således er fem mediatorer midt i 20erne og har få års arbejdserfaring som sundhedsprofessionelle. De resterende fem mediatorer er ældre og har dermed betydelig længere arbejdserfaring fra sundhedsvæsenet. En enkelt

mediator er social- og sundhedsassistent, mens resten er sygeplejersker. Ved projektafslutning har tre af mediatorerne anden etnisk baggrund.

3.2 Mediatorernes fokusområder

Mediatorerne har på alle tre modelhospitaler arbejdet ud fra en funktionsbeskrivelse formuleret af hospitalerne på baggrund af forundersøgelsens anbefalinger.

Alle tre hospitaler har pga. projektets korte løbetid og den korte tid som var til rådighed pr. uge fundet det nødvendigt at prioritere indsatsen undervejs og udvælge nogle særlige fokusområder *(som beskrevet i 2.2)*. Disse fokusområder er udvalgt efter aftale med Sundhedsstyrelsen.

Overordnet set har prioriteringerne været de samme på alle tre modelhospitaler, nemlig kompetenceudvikling af personalet, hvilket har bestået af:

- Undervisning i interkulturel kommunikation for at hjælpe med at forebygge kommunikationsvanskeligheder
- Bevidstgøre personalet om egne kulturelt betingede vaner og praksisser og introduktion af et mere nuanceret kulturbegreb, der nuancerer personalets opfattelse af etnicitet og kultur
- Informere personalet og bistå afdelingerne i udvikling af en forbedret tolkepraksis
- Dialog om personalets oplevelser og evt. frustrationer i afdelingerne
- Skabe overblik over det eksisterende informationsmateriale og undersøge behovet for nyanskaffelser

3.3 Mediatorernes aktiviteter

Mediatorernes registrering af deres aktiviteter i logbøgerne viser, at tiden frem til midtvejsstatus i november 2008 især gik med:

- At finde sig til rette i rollen som mediator
- At etablere en hverdag og en struktur for arbejdet
- At gøre sig synlige i forhold til afdelingerne og samarbejdspartnere
- At udvikle materiale om mediatorrollen og undervisningsmateriale om relevante emner

Mediatorernes aktiviteter og forbrug af tid på de mere organisatoriske, strukturelle og informative opgaver var således, som man kan forvente i et projekts opstartsfase.

I projektets sidste halvdel har følgende aktiviteter kvantitativt fyldt mest *(se Bilag 8.5 - oversigter over mediatorernes aktiviteter):*

- *Research, materialeudvikling og udarbejdelse af undervisningsmateriale*

De fleste mediatorer har i samarbejde med modelafdelingerne udviklet en række undervisningstilbud om relevante emner. Det har været nødvendigt at bruge tid på research om specifikke emner i forbindelse med udvikling af undervisningsmaterialet.

Desuden har mediatorerne på de fleste afdelinger skabt et overblik over den eksisterende beholdning af pjecer og andet informationsmateriale rettet mod patienter med anden etnisk baggrund. På baggrund heraf har man kortlagt mangler og hjemtaget priser på oversættelser mm. Man har desuden flere steder arbejdet med udvikling af billedmateriale og afsøgt mulighederne for at benytte allerede eksisterende informationsmateriale fra andre instanser.

- *Undervisningsseancer og temadage rettet mod personalet*

Undervisningsseancer henvendt til personalet har vist sig at være den mest farbare vej i forsøget på at leve op til de lokale målsætninger om en kompetenceudviklende indsats rettet mod personalet.

Det fremgår, at de primære temaer har været præsentation af mediatorrollen, undervisning om hensigtsmæssig tolkepraksis og undervisning om ’interkulturel kommunikation’ og ’den individuelle tilgang’. Undervisningsseancerne har ofte givet anledning til at diskutere specifikke patientsager med modelafdelingerne, hvor frustrationer og bekymringer er blevet vendt. Man har i dialogen taget et fremadrettet fokus på, hvordan man en anden gang kan håndtere lignende problemstillinger.

- *Synliggørelse på afdelingerne*

Arbejdet har, for stort set alle mediatorer, fortsat handlet om at gøre sig synlige i afdelingerne, at definere sig selv og skabe et rum til at udfolde sig som mediator.

- *Udviklingsopgaver*

Flere mediatorer har desuden brugt tiden til udviklingsopgaver og kvalitetssikring i forhold til tolkepraksis, journaloplysninger mm. På Bispebjerg Hospital er opstartet et afdæknings- og udviklingsprojekt om ’etniske smerter’, et fænomen som dækker over andre måder at udtrykke smerter på end den gængse i dansk kontekst.

- *Andet*

Der går meget tid med kategorien ’andet’. Kategorien ’andet’ indeholder de mange forskellige administrative aspekter af mediatorgerningen; lokale mediatormøder, møder med projektleder og afdelingsledelse, udfyldelse af logbøger, supervision, fælles møder for alle tre modelhospitaler samt deltagelse i kurser samt planlægning.

De mediatorer, som også har påtaget sig patientrelaterede opgaver, har udført følgende aktiviteter:

- Givet patienten forståelse for undersøgelsesprocedurer
- Givet patienten forståelse for medicinering med henblik på bedre compliance
- Givet patienten indsigt i diagnose og anatomi
- Skabt klarhed over patientforløb i tilfælde af utilfredshed hos patient eller pårørende og formidle viden til disse om hospitalets organisering og etiske tilgang til patienter, som man kan have misforstået
- Skabt tryghed for patienten
- Tolkeopgaver.

Det anvendte antal timer varierer. Således har nogle mediatorer brugt mere tid, end de var tildelt til rollen. Det skyldes, at man har valgt at arbejde med mediatorrelaterede opgaver, når behovet viste sig i det daglige arbejde, dvs. også på andre tidspunkter end den typiske ugentlige mediatordag.

3.4 Faktorer, der har påvirket mediatorernes arbejde og aktiviteter

Det fremgår af det samlede datamateriale, at der er mange faktorer, der har påvirket mediatorernes arbejde og aktiviteter. Disse faktorer er projektets organisering og mediatorernes definering og forvaltning af mediatorrollen. Ligeledes har deres individuelle kompetencer og baggrund haft betydning**.** Modelafdelingernes engagement og interesse for projektet og mediatoruddannelsens indhold har også påvirket mediatorernes arbejde. Disse aspekter vil i det følgende blive belyst nærmere.

Projektets organisering

Ressourcer

De relativt få timer, man havde til rådighed, har gjort det vanskeligt for mediatorerne at gøre sig gældende på nogle afdelinger. Det har haft betydning både i forhold til at kunne gøre sig synlige og i forhold til at indpasse mediatortilbuddet i hospitalsafdelingernes daglige organisering og arbejdsstruktur. Afdelingernes størrelse har også betydning i den sammenhæng. Der er stor forskel på, hvor mange personaler mediatorerne har haft som mål for deres indsats og dermed også på opgavens reelle størrelse.

Projektets løbetid

Generelt opleves det blandt mediatorerne, at projektperioden er for kort. Flere mediatorer vurderer ved projektafslutning, at de først mod projektets ende har opnået

en sikkerhed i rollen som mediator, og at de netop var ved at opnå en større grad af opmærksomhed og interesse for deres tilbud.

Type af afdeling

I forhold til mediatorernes aktiviteter har det nogen betydning, hvilken type afdeling mediatoren er tilknyttet. Arbejdet på akutte afdelinger giver eksempelvis i mindre grad tid og mulighed for dialog mellem mediator og personale uden for 'mediatortid'.

Sengeafsnittene giver bedre mulighed for dialog og rådgivning af kollegaer, fordi patienterne er der i længere tid, og arbejdsgangene er anderledes end på et akut afsnit. Dog kan man som mediator ansat på en hospitalsafdeling ikke dække hele afdelingen lige facetteret pga. arbejdet som sundhedsprofessionel, som man ikke nødvendigvis blot kan forlade ved behov for mediatorbistand.

På Odense Universitetshospital er én mediator forankret i Informationscenteret. Informationscenteret er en i forvejen etableret patientrettet informationsplatform. Derfor har det på Odense Universitetshospital også været muligt at gennemføre et egentlig patientrettet fokus i modelprojektet, som relaterer sig til mediatorrollen, som uddanner af patienten. Informationscenterets organisering er mere fleksibelt indrettet pga. arbejdsopgaverne end på en sengeafdeling eller et ambulatorium.

Definering og forvaltning af mediatorrollen

For at et modelprojekt som 'Kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet' skal kunne forløbe planmæssigt, er det vigtigt, at alle aktører i projektet forstår deres roller og opgavens rammer. Det gælder både i forhold til opgavens karakter overordnet set, og hvad opgaven mere konkret består af.

Definering af mediatorrollen

Flere mediatorer har oplevet, at rammerne som udgangspunkt var meget vide og defineringen af rollen i den initierende fase var overraskende tidskrævende og en svær udfordring, som de har følt sig for alene om.

Flere mediatorer, især de yngre, har savnet en lederfigur, som skulle have været tættere på mødet med den kliniske virkelighed. Dette begrundes med, at det i nogle tilfælde har været vanskeligt at etablere et egentligt samarbejde med nogle afsnit og afdelinger og mediatorerne har i enkelte tilfælde følt sig direkte afvist. Såfremt man havde haft en leder, som kunne tage et større medansvar på afdelingsniveau, mener disse mediatorer, at man kunne have opnået mere som mediator.

Herimod kan indvendes, at det er en underliggende præmis for mediatorerne i projektet at arbejde med motivering af afdelingerne og definering af mediatorrollen. Når en entydig definering af rollen og større ledelsesmæssig opbakning efterspørges, kan det derfor dreje sig om en manglende afstemning af mediatorernes forventninger til rollens indhold.

Denne problemstilling kan dog også relatere sig til nogle af mediatorernes unge alder og korte arbejdserfaring i det hele taget. Det kan gøre det sværere for disse at

tage sig sin plads som mediator i det hospitalsfaglige hierarki. Det er dog samtidig også en kendsgerning, at det kan være en vanskelig opgave at trænge igennem til en organisation og påvirke praksis, hvis ikke mellemlederne gives tilstrækkelig forståelse for indsatsen og bakker forandringsprocessen op.

Modelprojektets rammer og fokus

Det er ikke hensigtsmæssigt i et modelprojekt, at man bruger betydelig flere timer, end man er blevet tildelt. Ligeledes bliver man nødt til så vidt muligt at forvalte sin tid og aktiviteternes indhold loyalt i forhold til projektets fokus – i dette tilfælde afprøvning af kulturelle mediatorer i hospitalsregi, herunder de lokalt udvalgte fokusområder.

Derfor er det vigtigt, at man vurderer, hvorvidt ens aktiviteter holder sig inden for rammerne, uanset om idéerne giver god mening i forhold til emnet overordnet set. Ligeledes er det vigtigt, at man forstår relevansen af at skulle registrere sine aktiviteter, for at evalueringen skal kunne give et realistisk billede af, hvad man kan opnå inden for projektets givne rammer.

De skitserede problemstillinger er i nogen grad forekommet i projektforløbet. Det vurderes derfor, at det ville have været hensigtsmæssigt, at en definering af forventninger til aktørerne, og deres individuelle rolle i projektet var blevet klarere formidlet. Dette for at skabe en bedre forståelse af, hvordan modelprojektet er organiseret, og hvilken brik man udgør heri.

Enkelte informanter udpeger mediatoruddannelsen som et relevant sted at formidle viden herom og give mediatorerne forståelse for disse aspekter af projekttilværelsen. Evaluator vurderer, at disse aspekter af projektrollen kunne have været en del af opstartsmøderne med Sundhedsstyrelsen, og at det er projektleders ansvar at sikre denne forståelse og styre projektets fremdrift og retning.

Kulturelle mediatorers individuelle kompetencer og baggrund

Etnicitet

Sundhedsstyrelsens rapport om de udenlandske mediatorerfaringer peger på, at anderledes etnicitet end baggrundsbefolkningens er en fordel i arbejdet som kulturel mediator. De aspekter af mediatorgerningen, hvor de udenlandske erfaringer viser, at mediatorer med anden etnisk baggrund har komparative fordele (eksempelvis patientstøtten og rådgivning af patienter og kollegaer i daglig klinisk praksis) indgår dog ikke direkte i modelhospitalernes endelige fokusområder.

Der er samlet set nogle indikationer i datamaterialet, som taler for, at mediatorer med anden etnisk baggrund qua deres etnicitet har følt sig særligt i stand til at påtage sig mediatoropgaver i den daglige kliniske praksis og i højere grad er 'gået ud af rammen' for projektet og har påtaget sig eller fået disse opgaver. Der er også indikationer for, at det at have anden etnisk baggrund end dansk samlet set tillægges positiv betydning på afdelingerne *(se 'Etnicitetens rolle', kap. 4, side 57)*.

Man kan imidlertid ikke vide, hvad de mediatorer, som har fulgt funktionsbeskrivelsen mest præcist, havde opnået, hvis deres fokus i højere grad havde været rettet mod patienterne og den daglige kliniske praksis i stedet for kompetenceudvikling

af personalet. Selvom der er indikatorer for, at anden etnicitet end dansk kan spille en positiv rolle, bør man ikke konkludere noget entydigt om den etniske baggrunds betydning for mediatorrollen, når projektets snævre kompetenceudviklende målsætning holdes for øje.

Gennemslagskraft og god kommunikator

Projektforløbet har bekræftet forventningen fra alle tre hospitaler om, at en god kulturel mediator skal have stor personlig gennemslagskraft og være en god kommunikator for at kunne trænge igennem i den travle kliniske hverdag. Flere informanter peger også på, at det er vigtigt at være en reflekterende, empatisk person. Det at have mod til at tage vanskelige og ofte 'følsomme' problemstillinger op til dialog er også væsentligt – man skal turde stille 'de frække spørgsmål' – det som 'man' ikke taler om – som flere formulerer det.

De kommunikative færdigheder har vist sig endog særdeles vigtige, idet den mest farbare vej i forhold til de lokale målsætninger har været gennem undervisning af personalet.

Assertiv tilgang og erfaring

Projekterfaringerne viser overordnet set, at man i rollen skal kunne tåle hyppige afvisninger og at man ofte er nødt til at insistere på sin relevans, selvom man kommer med sine gode hensigter og hospitalsledelsens opbakning i ryggen. Det spiller derfor også en rolle at kunne finde glæden i det, man gør, i stedet for at lade frustrationen råde over det, som man ikke opnår.

Evnen til at fastholde en assertiv tilgang til rollen er altså af afgørende betydning for at kunne udfylde rollen som kulturel mediator – men også for at kunne 'udholde' rollen.

Tidligere erfaring med konsulentrollen i hospitalsregi vurderes af en række informanter og evaluator derfor også at være en fordel, så man er vant til at skulle tage sin plads i det travle kliniske arbejde og gøre sig synlig uden at tage mulige afvisninger personligt.

Alder og arbejdserfaringer har tilsyneladende haft nogen betydning for, i hvilket omfang det er lykkedes at trænge igennem med sin rolle. De fleste informanter peger i den forbindelse også på, at det som regel vil være en fordel, at en kulturel mediator ikke er helt nyuddannet, da rollen som sundhedsprofessionel i sig selv tager lang tid at finde sig til rette i. Flere informanter peger desuden på, at erfaringen almindeligvis viser, at det kan være ganske vanskeligt for unge sundhedsprofessionelle at trænge igennem til ældre kollegaer med mange års arbejde i hospitalssektoren bag sig.

Endelig udpeges generel livserfaring og/eller erfaring med at bo i et andet land som et væsentligt træk. Det vurderes, at man lettere kan leve sig ind i, hvad der er vanskeligt som patient med anden etnisk baggrund i det danske hospitalsvæsen, hvis man selv har en levet erfaring som 'fremmed', om det så er i danske eller udenlandske sammenhænge.

Modelafdelingernes engagement og interesse for projektet

Nogle mediatorer har oplevet stor interesse fra deres afdeling – andre har oplevet, at det har været uhyre vanskeligt at blive taget i anvendelse. Det beskrives, at der også har været stor forskel i modtagelsen af mediatorerne fra afsnit til afsnit. På de afdelinger og afsnit, hvor mediatorne har fået fodfæste, har de følt sig meget værdsatte og oplevet, at personalet var lydhøre overfor de konkrete tiltag og mediatorernes rådgivning.

Det er almindeligt kendt, at det er afgørende for projekter og forandringer i store organisationer, at mellemledere bakker op om tiltaget og hele processen, for at forandringsprocesser kan lykkes og gennemsyre de operationelle niveauer.

Datamaterialet viser samlet set, at det har været afgørende for mediatorernes muligheder for at komme i spil og blive brugt, at afdelingsledelsen tager ejerskab af projektet, forstår dets præmisser og støtter funktionen udadtil i både ord og handlinger.

Hvis opbakningen fra ledelsen er svag, eller lederen ligefrem synes, at mediatorprojektet er en dårlig idé, så får den kulturelle mediator ikke opbakning og mulighed for at udfolde sig som tiltænkt – næsten uanset hvad projektets andre aktører gør i den forbindelse. Det kan have den konsekvens, at det kan være vanskeligt at få taletid og blive prioriteret af afdelingens ansvarshavende. Det kan også påvirke personalegruppens motivation for at benytte mediatoren og opfattelser af projektet og dets relevans.

Bakker afdelingsledelsen derimod mediatorerne op i forhold til taletid og projektets relevans, får rollen også større interesse og fokus fra personalets side. I de tilfælde, hvor det er sket, vurderes det, at mediatorerne har opnået at kunne sætte en dagsorden, skabe dialog og et nyt fokus.

Det fremgår også af interviewundersøgelserne, at det ofte har været nemmere at gøre mediatorrollen operativ, hvis oversygeplejerskerne har overladt en større del af ansvaret til afdelingssygeplejerskerne, som er i direkte kontakt med mediatorer, basispersonalet og den kliniske hverdag i det hele taget.

Odense Universitetshospitals mediatorer fremstår overordnet set som mere tilfredse med samarbejdet med afdelingerne og hvad de har opnået, end de andre hospitalers mediatorer.

Dog fremgår det, at der har været forskelle på engagementet og interessen fra afdeling til afdeling og fra afsnit til afsnit på alle hospitaler.

Uddannelsen til kulturel mediator

Uddannelsen som kulturel mediator foregik på Professionshøjskolen København, University College. Uddannelsesforløbet foregik fra februar- april 2008 og bestod af i alt syv undervisningsdage. Der var tale om et uddannelsesforløb i 'Interkulturel Kommunikation', som er et tværgående modul i de sundhedsfaglige diplomuddannelser *(se Bilag 8.2 – Uddannelsesforløbet).*

Det har ikke været en del af evalueringens kommissorium at evaluere uddannelsen.

Alligevel vælges det at belyse uddannelsen, da dens indhold og længde af næsten alle aktører nævnes som problematisk.

Mediatorer og projektledere vurderer alle, at det materiale, som blev udleveret og henvist til på kurset, har været meget brugbart. De roser bl.a. gode artikler, som de har kunnet give videre på afdelingerne og en tolkeøvelse, som har været meget brugbar i arbejdet som kulturel mediator for at anskueliggøre nødvendigheden af brug af tolk.

Hvad angår kursets begrebsafklarende og teoretiske elementer mener alle, at de har lært noget nyt eller har fået suppleret deres viden. Der er forskellige vurderinger af det faglige niveau, som vurderes fra 'alt for svært' til 'for elementært'.

Informanterne fra Odense Universitetshospital mener også, at 'den motiverende samtale' som metode har været givende, omend det er et værktøj, som skal 'holdes ved lige' for at være brugbar på længere sigt.

Alle relevante informanter i denne sammenhæng vurderer dog, at uddannelsen på en række punkter ikke har opfyldt en kulturel mediators uddannelsesmæssige behov og kun i nogen grad understøtter funktionen som kulturel mediator. Den generelle holdning er, at uddannelsen var for kort og teoretisk og ikke har været praksisorienteret i tilstrækkelig grad.

Der efterspørges følgende:

Foredrags- og formidlingsteknikker

Da foredrag og undervisning har været en central aktivitet, har der manglet kendskab til og øvelse i teknikker, som klæder mediatorerne på til at varetage denne opgave.

En informant foreslår, at man kunne have brugt tid på uddannelsen til at forberede undervisningsmateriale med bistand fra undervisere med henholdsvis kommunikative og 'interkulturelle' kundskaber. En sådan opgave kunne give træning i at anvende den tilegnede viden samt øvelse i at formidle viden om et komplekst emne. En anden fordel ville være, at man som ny kulturel mediator kunne have et produkt forberedt, som man kunne anvende på afdelingerne fra projektperiodens start.

Konfliktløsningsteknikker

Et andet redskab, som efterspørges, er mere kendskab til konflikthåndtering. Baggrunden for efterspørgslen relaterer sig bl.a. til Sundhedsstyrelsens opdrag om mediatorprojektets indhold og til valget af titlen 'mediator', som af mange informanter forstås som én, der kan mediere i en konflikt mellem to parter. Flertallet vurderer, at man med uddannelsen ikke er klædt på til reelt at kunne indgå i en optrappet konflikt mellem personale og patient.

Et andet aspekt er den nye rolle som 'udefrakommende konsulent' i en afdeling. Hvis man ikke er forberedt på konsulentrollen, kan man føle sig afvist og det kan komme til 'gnidninger' mellem personale og mediatoren. Flere mediatorer vurderer, at man kunne have haft glæde af konfliktnedtrappende redskaber også i denne sammenhæng.

Supervisionsteknikker

I opdraget fra Sundhedsstyrelsen ligger en forventning om, at mediatorerne kunne tage en 'superviserende' rolle i forhold til personale, som har været igennem svære patientsager med patienter med anden etnisk baggrund. Denne rolle oplever mediatorerne ikke, at uddannelsen klæder dem tilstrækkelig på til. Såfremt det er en rolle, som skal styrkes i en evt. fremtidig mediatormodel, må dette element styrkes i uddannelsen, eller der bør vælges mediatorer, som allerede er supervisorer.

Kendskab til relevant jura

To mediatorer har oplevet, at de var usikre på deres juridiske muligheder og begrænsninger i rollen. Eksempelvis om man må læse patientjournaler på andre afsnit end sit eget, når man kommer som mediator. En anden konkret problemstilling har været, hvad man kan gøre, når en alvorligt syg patient forlader hospitalet i vrede og dermed afbryder sin livsnødvendige behandling. Man efterspørger i den forbindelse bedre kendskab til relevante dele af sundhedsloven.

Kendskab til psykiatri

Alle mediatorer (på nær barselvikaren fra BBH som er liason-psykiatrisk sygeplejerske) har deres sundhedsfaglige erfaringer fra somatikken. Ofte relaterer de vanskeligheder, som opstår i mødet med patienter med anden etnisk baggrund i hospitalsregi, sig til ikke-diagnosticerede psykiske problemstillinger. Flere informanter efterspørger derfor en indføring i disse aspekter for at være bedre klædt på til at håndtere sådanne situationer.

Kendskab til patienternes oprindelseslande, normer, kultur, osv.

Projektets udgangspunkt er en styrkelse af personalets opmærksomhed på patienternes individualitet og opmærksomhed på faren ved at sætte patienter i bås på baggrund af deres etniske oprindelse. Alligevel vurderes det af flere relevante informanter, at man har oplevet et uopfyldt behov for konkret kendskab til de områder, hvorfra patienterne med anden etnisk baggrund hyppigst oprinder.

Således efterspørges af nogle et større kendskab til religiøst og kulturelt betingede normer og vaner, politik i oprindelseslandene og den typiske socio-økonomiske status for de forskellige etniske grupper, som lever i Danmark. Der efterspørges også viden om, hvilke migrationshistorier man almindeligvis kan forvente af borgere fra et givent område. Det er væsentligt pga. muligheden for, at der kan være tale om uidentificerede psykiske lidelser opstået i forbindelse med patientens migration såsom PTSD, depression mv.

En mediator fortæller:

"Det er vigtigt at vide noget om det, de kommer fra, hvis man skal blive taget alvorligt af patienterne som mediator, ellers giver det ingen mening. Det nytter ikke, at man ikke ved, at der tales arabisk i næsten hele Mellemøsten… lidt geografi, politik, kultur, man bliver også nødt til at vide, at i nogle lande bliver man slået ihjel, hvis man siger noget om en politiker eller profeten, det har jo betydning for tilgangen til offentlige myndigheder… man må også vide noget om hvilke socioøkonomiske forhold, de lever under her… hvis man vil være blandt dem, må man vide, hvordan de tænker."

Evaluators vurdering af kursisternes kritik

Kritikken af uddannelsen kan opfattes som et udtryk for eksternalisering: at man overfører sin egen usikkerhed i stillingen til kritik af udefrakommende faktorer. Imidlertid fremkommer kritikken af uddannelsen fra både mediatorer, projektledere, hospitalsledelse, oversygeplejersker og enkelte afdelingssygeplejersker. Det er altså en alment udbredt opfattelse, at uddannelsen ikke i tilstrækkelig grad klædte mediatorerne på til de opgaver og problemstillinger, som man som udgangspunkt forventede, at de skulle adressere.

Nogle af de emner, som mediatorerne har efterspurgt i uddannelsen, eksempelvis sundhedsjura og psykiatri, ligger langt fra mediatoruddannelsens specifikke fokusområde, og måden kurset er organiseret og tilrettelagt på. Man kan mene, at det i øvrigt også er en del af den basale viden for sygeplejersker, som man må forvente, at man har kendskab til. Dermed kan man opfatte det som et udtryk for manglende erfaring hos de, som efterspørger disse emner.

Imidlertid er arbejdet som sygeplejerske på et hospital ofte højt specialiseret, hvorfor de færreste sygeplejersker på somatiske afdelinger reelt kan forventes at kunne fastholde et stort og opdateret kendskab til eksempelvis psykiatriske problemstillinger. Ligeledes er det spørgsmålet, om man kan forvente, at de dele og paragraffer af sundhedsloven, som man ikke normalt skal tænke ind i sit daglige arbejde, er en del af en sygeplejerskes paratviden.

3.5 Mediatorernes oplevelse af rollen

Alt i alt varierer mediatorernes oplevelser med rollen meget fra afdeling til afdeling. Nogen har følt sig meget værdsatte, andre har oplevet at arbejdet med rollen har været hårdt. Der er også forskel på, hvorvidt mediatorerne kan forestille sig at ville fortsætte med rollen fremover. Nogle få vil under ingen omstændigheder fortsætte som mediator, andre vil fortsætte såfremt rammerne og organiseringen ændres betydeligt, mens endnu andre gerne vil fortsætte i rollen som mediator inden for de nuværende rammer.

Alle vurderer dog, at de fremover under alle omstændigheder kan og vil bruge deres erfaringer med rollen positivt i deres daglige arbejde. Rollen har for langt de fleste bibragt dem meget og i egne øjne gjort dem til dygtigere sundhedsprofessionelle:

En kulturel mediator fortæller:

”Det bedste, der er sket ved at være kulturel mediator, er, at man tør ‘træde i den kulturelle spinat’ - spørge om alt relevant, som man ikke forstår.. jeg kan sidde over for en kvinde, hvis ansigt jeg stort set ikke kan se, og hvis hele liv er så fremmed, og nu tænker jeg ved mig selv: jeg tør spørge om, hvad det skal være, og hvis du ikke vil svare mig, så er det bare helt OK. Før i tiden var jeg nok mere bange for at støde nogen eller at blive afvist, havde nok noget berøringsangst.”

3.6 Samlet opsummering

Mediatorernes arbejde og fokusområder er på alle tre modelhospitaler blevet defineret nærmere i en lokal funktionsbeskrivelse. Overordnet set har prioriteringerne været de samme på alle tre modelhospitaler. Fokusområdet har især været kompetenceudvikling af personalet, mens man med Sundhedsstyrelsens accept har nedtonet den direkte kommunikation i det kliniske møde og vejledning af patienter, som ellers var en del af det oprindelige oplæg[3].

Det fremgår af opgørelserne over mediatornes tidsforbrug og opgaver, at funktionsbeskrivelserne i varierende grad har været styrende for, hvad de enkelte mediatorer har benyttet deres tid som mediator til. Nogle har fulgt funktionsbeskrivelsen nøje, andre har af forskellige grunde i højere grad lagt vægten på mere patientrettede aktiviteter, end der var lagt op til.

Der er flere faktorer, som samlet set kan siges at have spillet ind på mediatorernes arbejde og aktiviteter.

Organiseringen:

Projektets organisering centreret om typisk én fast ugedag har gjort det vanskeligt at skabe synlighed og opmærksomhed om projektet. Det har også gjort det svært for afdelingerne at indpasse tilbuddet i den daglige organisering af arbejdet. Projektets korte løbetid har også haft betydning, fordi mediatorerne har oplevet, at de først mod projektafslutningen opnåede en sikkerhed i rollen og opmærksomhed for tilbuddet blandt personalet.

Det har haft betydning, hvilken type afdeling mediatoren har været ansat på, i forhold til hvilke mediatorrelaterede opgaver der opstår, og hvor stor mulighed der er for at benytte sine mediatorkompetencer aktivt på afdelingen. Der er i den forbindelse forskel på at være placeret på et akutafsnit, på en sengeafdeling, et ambulatorium eller et informationscenter. Arbejdet på akutte afdelinger giver typisk mindre tid og mulighed for dialog mellem mediator og personale uden for 'mediatortid', mens det i højere grad er muligt i et informationscenter og på et sengeafsnit. Kontakten til patienterne er tættest og længst på et sengeafsnit, hvorfor flere mediatorrelevante opgaver typisk kan opstå dér.

Definering og forvaltning af rollen

Mediatorernes forventninger til rollens indhold og opgavens karakter har haft betydning for, hvad de har forventet af sig selv og resten af projektets aktører og for, hvordan de i det hele taget har forvaltet rollen. For at et modelprojekt som 'Kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet' skal kunne forløbe mest hensigtsmæssigt, er det vigtigt, at forventningerne til projektet og dets indhold er afstemt blandt projektets aktører i forhold til både forståelsen af rollens indhold og opgavens rammer.

[3] I Informationscenteret på Odense Universitetshospital har arbejdsopgaverne dog også haft et patientrettet fokus.

Personlige kompetencer og baggrund

Desuden spiller mediatorernes personlige kompetencer som etnicitet, sprogkundskaber, personlig gennemslagskraft, uddannelsesniveau, alder og erfaring ind på, hvad de konkret har bidraget med i rollen som kulturel mediator.

Modelafdelingernes engagement

Datamaterialet viser samlet set med stor tydelighed, at det har været meget afgørende for mediatorernes evne til at komme i spil, at afdelingsledelsen tager ejerskab på projektet, forstår dets præmisser og støtter funktionen udadtil i både ord og handlinger.

Mediatoruddannelsen

Det angives af stort set alle aktører, at uddannelsen til mediator har haft stor betydning for, hvilke opgaver mediatorerne i praksis har kunnet påtage sig. Det vurderes, at uddannelsen på en række punkter ikke har opfyldt en kulturel mediators uddannelsesmæssige behov og kun i nogen grad understøtter funktionen som kulturel mediator. Den generelle holdning er, at uddannelsen var for kort og teoretisk og ikke har været praksisorienteret i tilstrækkelig grad.

I forhold til det kompetenceudviklende fokus, har der konkret manglet viden og træning inden for undervisning og det kommunikative felt, en disciplin som mediatorerne heller ikke qua deres sundhedsfaglige baggrund er klædt egentlig på til. Der efterspørges dog også andre discipliner som konfliktløsning og supervisionsteknikker mm., hvis man skulle have kunnet levet op til projektets oprindelige formål.

Mediatorernes oplevelse med rollen

Mediatorerne har ret forskellige oplevelser med rollen som mediator. Det beskrives af flere som hårdt, fordi man skal være meget opsøgende og tåle afvisninger, men det har også været lærerigt på mange måder. Oplevelsen lader til bl.a. at afhænge af, hvilke forventninger mediatorerne selv har haft på forhånd og deres individuelle evne til at fastholde en assertiv tilgang til rollen. Derfor er der også forskellige holdninger til, hvorvidt man ønsker at fortsætte med rollen som kulturel mediator.

4 Personaleperspektivet

I dette kapitel belyses personaleperspektivet. Personalet er den vigtigste målgruppe i projektet, idet projektet primært sigter på at give personalet redskaber, som kan forbedre kommunikationen med patienten og påvirke deres forforståelser om patientgruppen med anden etnisk baggrund.

Derfor belyses forskellige aspekter heraf for at undersøge, hvordan modelprojektet har påvirket personalegruppen og hvilken effekt det har haft. Temaerne er personalets oplevelse af patientgruppen med anden etnisk baggrund og arbejdet med gruppen. Desuden belyses personalets vurdering af modelprojektets forløb, indhold og effekt med henblik på at undersøge, om personalet oplever, at mediatorerne har gjort en forskel, og hvad forskellen i givet fald består af.

Det anvendte datamateriale er baselinedata, evalueringens spørgeskemaundersøgelse og interviewundersøgelsen blandt personalegrupperne på modelafdelingerne.

4.1 Sundhedspersonalets opfattelser af patientgruppen med anden etnisk baggrund

I forundersøgelsens baselinedata blev der spurgt til, hvilke udfordringer der ifølge personalet på modelafdelingerne i særlig grad relaterer sig til patientgruppen med anden etnisk baggrund. Personalet kunne ud af en række kendte problemstillinger mellem patient og behandlersystem udvælge de problemstillinger, som de med deres erfaring vurderer, særligt kendetegner patientgruppen med anden etnisk baggrund *(se Bilag 8.1 – Resumé af forundersøgelse).* I ønsket om at komme nærmere en vurdering af projektets effekt i forhold til personalet, er baselinens spørgsmål til modelafdelingernes personale gentaget i evalueringen.

Arbejdshypotesen har i denne sammenhæng været, at personalet ville blive mere opmærksomme på, hvad der særligt kendetegner patientgruppen med anden etnisk baggrund og de specifikke udfordringer arbejdet med gruppen rummer. En sådan udvikling er især forventet, da mediatorprojektets fokus var at give personalet viden og redskaber, som gør dem bedre i stand til at håndtere disse patienter optimalt. Dette indebærer også en italesættelse af udfordringerne eller 'problemerne', som man møder i arbejdet med gruppen.

Tabellen efterfølgende viser personalets opfattelser af patientgruppen med anden etnisk baggrund ved forundersøgelsens baseline og ved evalueringen. I tabellen er udsvingene markeret med henholdsvis rødt og blåt. Blåt indikerer en stigning i forhold til baseline og rødt indikerer et fald. Stjernesymbolet indikerer, at forskellen mellem baseline data og evaluering er signifikant.

Tabel 4.1. Hvilke problemer eller udfordringer forekommer oftere hos patienterne med anden etnisk baggrund – sammenlignet med etnisk danske patienter?

	Baseline %	I alt % og antal Evaluering
Sproglige problemer	93,1	**85,4 %*** 115
Anderledes sygdomsopfattelse	75,3	**78,1 %** 102
Utilstrækkeligt kendskab til kroppens indretning og funktioner	45,7	**41,3 %** 60
Ikke fulgt givne råd og vejledning efter udskrivning	42,4	**37,8 %** 52
Urealistiske forventninger om behandlingens effekt	39,6	39,9 % 43
Utilstrækkeligt kendskab til hospitalsvæsenets organisering og tilbud	39,6	**42,4 %** 58
Pårørende besværliggør behandlingen/plejen	37,7	**38,6 %** 50
Overholder ikke aftaler om fremmøde	36,8	**38,4 %** 51
Ikke fulgt eller respekteret afd.- rutiner eller husorden	36,6	**31,1 %** 43
Forventer flere behandlinger/undersøgelsestiltag end nødvendigt	35,5	**32,3 %** 44
Specielle præferencer i forhold til behandler/pleje f.eks. køn eller etnicitet	32,1	**23,8 %** 31
Bange for at blive forskelsbehandlet pga. sin baggrund, køn, alder	17,7	**18,7 %** 33

Overordnet set ligner evalueringens resultater baselinedata i forhold til personalets opfattelser af patientgruppen med anden etnisk baggrund og de udfordringer, som gruppen rummer. I forhold til nogle aspekter af kontakten mellem personale og patienter med anden etnisk baggrund er der sket en mindre stigning sammenlignet med baseline. I forhold til andre aspekter er der sket et fald. Det er kun personalets opfattelse af patienternes sproglige problemer som en udfordring, som har ændret sig signifikant med et fald i forhold til baselinedata. I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt patienter med anden etnisk baggrund har specielle præferencer i forhold til behandler/pleje, f.eks. køn eller etnicitet, er forskellen tæt på at være signifikant.

I evalueringens gentagelse af spørgsmålene, som ligger til grund for baselinedata, varierer besvarelserne imidlertid i højere grad hospitalerne imellem. Det generelle mønster er, at personalet på Bispebjerg i mindre grad end de andre hospitaler bekræfter baselinedata. På Odense Universitetshospital og Glostrup Hospital er mønsteret i hovedtræk, at besvarelserne ikke adskiller sig fra baselinedata, eller at man i højere grad end ved baseline tilkendegiver, at patientgruppen med anden etnisk baggrund har nogle særtræk sammenlignet med den danske baggrundsbefolkning *(se bilag 8.1 – resumé fra forundersøgelse og baseline).*

Personalets kompetencer i forhold til arbejdet med patientgruppen med anden etnisk baggrund

Et andet vigtigt aspekt af evalueringen er at undersøge, hvorvidt modelprojektet som ønsket har bevirket, at personalet på modelafdelingerne i højere grad end ved baseline føler sig kompetente og klædt på til arbejdet med patientgruppen med anden etnisk baggrund.

I evalueringens interviewundersøgelse kommer det frem, at flertallet af personalet vurderer, at de i almindelighed synes, at deres arbejde med patientgruppen med anden etnisk baggrund forløber rimeligt. De fleste informanter understreger, som i forundersøgelsen, at det langt fra er alle patienter med anden etnisk baggrund, som udgør en særlig udfordring.

De fleste informanter bekræfter dog fortsat, at de oplever patientgruppen kan være særlig ressourcekrævende. Det kan komme til udtryk på mange måder. Flere informanter beskriver fortsat, at patientgruppen kan være svær at komme i dialog med. Man kan også være i tvivl, om de har forstået de budskaber, man ønsker at trænge igennem med i forhold til pleje, behandling, medicinering osv. Endelig peges der på, at disse patienter kan være sværere at give en forståelse for deres egen vigtige rolle i forhold til deres behandling og helbred.

Det er også fortsat oplevelsen, at patientgruppen med anden etnisk baggrund har en dårligere forståelse af hospitalets organisering og arbejdsgange. Ligeledes peges på et dårligere kendskab til det offentlige velfærdssystems organisering og instanserne individuelle ansvarsområder.

Ligeledes oplever personalet, at nogle patienter med anden etnisk baggrund kan være utålmodige og kan have særligt svært ved at acceptere ventetider osv. De pårørende og deres adfærd på afdelingerne i forbindelse med besøgstider, sygdom og død er også tilbagevendende emner, der kan give anledning til konflikt. Personalet tilkendegiver, at de oplever, at disse aspekter ind mellem kan give anledning til be-

skyldninger om racisme eller bevidst forskelsbehandling, som opleves meget krænkende af personalet.

Endelig kan der af og til opstå episoder, hvor patientens adfærd kan være svær at forstå. Det forklares, at det i de tilfælde ofte er svært at sortere i, hvad der er socialt eller kulturelt betinget, eller om patienten har en specifik dagsorden eller ønsker at opnå noget, som man ikke umiddelbart kan gennemskue.

De beskrevne aspekter af kontakten med patientgruppen med anden etnisk baggrund vidner til sammen om, at kommunikationen mellem personale og patienterne med anden etnisk baggrund fortsat ikke foregår optimal. Stort set alle informanter fra interviewundersøgelsen tilkendegiver da også, at modelprojektet som udgangspunkt adresserer en reelt eksisterende problemstilling, og at der er et behov for fortsat fokus på området.

Samlet kan man, som ved forundersøgelsen, konkludere, at personalet fortsat føler, at de ikke i alle tilfælde er klædt på og kompetente i forhold til patientgruppen med anden etnisk baggrund. Det er i store træk de samme aspekter af kontakten med patientgruppen, som fremhæves som særligt konfliktfyldte eller vanskelige at håndtere. Næsten alle informanter efterspørger også en fortsat indsats på området efter modelprojektets udløb.

Sundhedspersonalets opfattelser af kvaliteten i pleje og behandling af patienter med anden etnisk baggrund

I det følgende fremlægges personalets tilkendegivelser i forhold til deres vurdering af kvaliteten af behandlingen og plejen, som ydes til patientgruppen med anden etnisk baggrund. Dette gøres med henblik på at kunne vurdere, om modelprojektet har haft effekt, og hvilken indflydelse det har haft på den oplevede kvalitet af pleje og behandling, som ydes til patienter med anden etnisk baggrund.

Tabel 4.2: Er kvaliteten af behandling og pleje ringere for patienter med anden etnisk baggrund end for afdelingens andre patienter?

	Baseline %	GLO % Evaluering	BBH % Evaluering	OUH % Evaluering	I alt % og antal Evaluering
Ja, den er altid ringere	0,3	-	-	2,1	0,7 % (1)
Ja, den er ofte ringere	8,2	3,6	3,7	4,3	3,9 % (5)
Ja, i enkelte tilfælde ringere	37,7	32,1	44,4	44,7	40,4 % (51)
I alt bekræftende	46,2	35,7	48,1	51,1	45,7% (57)
Nej, aldrig ringere	46,5	58,9	44,4	44,7	49,3 % (66)
Nej, bedre	1,7	1,8	-	-	0,6 % (1)
Ved ikke	5,6	3,6	7,4	4,3	5,1 % (6)

I baselinedata vurderede 46,2 % af personalet i varierende grad, at behandlingens og plejens kvalitet kan være ringere for patienter med anden etnisk baggrund. Ved evalueringen viser dette sig ikke at adskille sig signifikant fra baseline, idet 45,7 % af personalet samlet set vurderer, at dette er tilfældet. Der er dog kun 35,7 % af personalet ved Glostrup, som oplever dette. Bispebjerg Hospitals personale og Odense Universitetshospitals personales besvarelser adskiller sig i mindre grad fra baseline med henholdsvis 48,1 og 51,1 % af personalet, som tilkendegiver, at kvaliteten af behandling og pleje kan være ringere for patientgruppen med anden etnisk baggrund. Det varierer altså fra hospital til hospital, hvorvidt man vurderer, at kvaliteten af behandling og pleje er ringere i forhold til patientgruppen med anden etnisk baggrund.

Når man spørger mere specifikt ind til, om det kan være en barriere for optimal behandling, hvis personalet mangler viden om kulturelle forhold og livsvilkår for patienter med anden etnisk baggrund, fordeler besvarelserne sig som illustreret efterfølgende *(Tabel 4.3).*

Tabel 4.3: Oplever du, at det er en barriere for optimal behandling, hvis lægerne på din afd. mangler viden om kulturelle forhold og livsvilkår for patienter med anden etnisk baggrund?

	Baseline %	GLO % Evaluering	BBH % Evaluering	OUH % Evaluering	I alt % og antal Evaluering
Ja, altid	1,4	-	-	2,1	0,7 % (1)
Ja, ofte	8,2	10,7	7,4	4,3	7,5 %(10)
Ja, i enkelte tilfælde	45,2	58,9	48,1	53,2	53,4 %(71)
I alt bekræf-tende	54,8	69,6	55,5	59,6	61,6 % (82)
Nej, aldrig	27,4	14,3	18,5	23,4	18,7% (24)
Ved ikke	17,8	16,1	25,9	17,0	19,7% (24)

I baselinedata vurderede 54,8 % af personalet i varierende grad, at det kan være en barriere for optimal behandling, hvis lægernes kendskab til kulturelle forhold og livsvilkår er mangelfuldt. Ved evalueringen vurderede i alt 61,6 % af personalet, at det er tilfældet. Forskellen er ikke statistisk signifikant. Det dækker dog over, at 69,6 % af Glostrup Hospitals personale vurderer, at det kan være tilfældet. På Odense Universitetshospital bekræfter i alt 59,6 %, mens Bispebjerg Hospitals personale vurderer som ved baseline.

Der er altså indikationer, som taler for, at modelprojektet kan have medvirket til at skabe en øget bevidsthed om disse aspekters betydning for behandlingen og plejen af patienter med anden etnisk baggrund nogle steder.

Tabel 4.4: Oplever du, at det er en barriere for optimal pleje, hvis plejepersonalet på din afd. mangler viden om kulturelle forhold og livsvilkår for patienter med anden etnisk baggrund?

	Baseline %	GLO % Evaluering	BBH % Evaluering	OUH % Evaluering	I alt % og antalEva-luering
Ja, altid	1,4	-	-	6,4	2,1% (3)
Ja, ofte	13,9	10,7	22,2	12,8	15,2% (18)
Ja, i enkelte tilfælde	49,4	64,3	33,3	57,4	51,7% (72)
I alt be-kræftende	64,7	75,0	55,5	76,6	69,0 % (93)
Nej, aldrig	21,6	17,9	18,5	12,8	16,4% (21)
Ved ikke	13,6	7,1	25,9	10,6	14,5 % (16)

Ved baseline vurderede 64,7 % af personalet i varierende grad, at det kan være en barriere for optimal behandling, hvis plejepersonalets kendskab til kulturelle forhold og livsvilkår er mangelfuldt. Ved evalueringen vurderede i alt 69,0 %, at det er tilfældet. Denne forskel er ikke statistisk signifikant.

Dette tal dækker dog over større variationer fra hospital til hospital. Der er altså indikationer, som taler for, at modelprojektet nogle steder kan have medvirket til at skabe en øget bevidsthed om disse aspekters betydning for plejen af patienter med anden etnisk baggrund.

Opsummering:

Der er ikke signifikante forskelle samlet set mellem baselinedata og evalueringens gentagelse af undersøgelsen. Der er dog visse forskelle hospitalerne imellem, og der er indikationer for, at projektet nogle steder kan have medvirket til at øge fokus på, hvilken betydning kendskab til patienternes kulturelle forhold og livsvilkår kan have for kvaliteten i kontakten, behandlingen og plejen til patienter med anden etnisk baggrund. En øget opmærksomhed på problematikken kan i sig selv medvirke til at øge kvaliteten, da opmærksomhed på problemstillingen som bekendt er første skridt på vejen mod forandring. Men projektet har ikke gjort nogen forskel ift. vurderingen af kvaliteten og behandlingen.

4.2 Sundhedspersonalets opfattelser af modelprojektets forløb og effekt

I ønsket om at indkredse hvordan afdelingernes personale oplever modelprojektets forløb og udkomme, er det relevant at belyse følgende aspekter:

- I hvilket omfang har personalet benyttet mediatorerne?
- Hvad har personalet brugt mediatorerne til?
- Hvorfor har de evt. ikke benyttet dem?
- Oplever personalet overordnet set, at det har haft en positiv betydning for afdelingens arbejde at have mediatorer tilknyttet?
- Hvad består effekten mere specifikt af, såfremt der er en forskel?

Personalets brug af mediatortilbuddet

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at 27 % af personalet på modelafdelingerne samlet set har benyttet sig af en mediator én eller flere gange. På Glostrup Hospital og Odense Universitetshospital angiver henholdsvis 32,1 % og 34,1 %, at de har benyttet en mediator én eller flere gange. På Bispebjerg Hospital har den direkte kontakt været mere begrænset, da kun 14,8 % samlet tilkendegiver, at de har benyttet mediatoren én eller flere gange (se *Tabel 4.5 efterfølgende).*

Tabel 4.5: Har du benyttet dig af hjælp fra mediatorerne?

	GLO % og antal	BBH % og antal	OUH % og antal	I alt % og antal
Ja, enkelte gange	23,2 % (13)	11,1 % (3)	27,7 % (13)	20,7 (29)
Ja, flere gange	8,9 % (5)	3,7 % (1)	6,4 % (3)	6,3 (9)
Nej, aldrig	67,9 % (38)	85,2 % (23)	66,0 % (31)	73,0 (92)

Det varierer også fra afdeling til afdeling på alle tre hospitaler, i hvor høj grad mediatorerne er blevet benyttet *(se Bilag 8.4 - Tabel 13-15).*

Når man spørger ind til, hvad personalet konkret har brugt mediatorerne til, varierer besvarelserne fra afdeling til afdeling på hvert hospital *(se Bilag 8.4 - Tabel 16-18).*

Glostrup Hospital

På Afd. L på Glostrup Hospital har personalet, omend i varierende grad, brugt mediator til alle tænkelige aspekter af mediatorgerningen. Mediatoren er blevet brugt som rådgiver i det daglige patientrettede arbejde, men har også gennemført personalerettet undervisning, som man i nogen grad har deltaget i.

Respondenterne fra Afd. M og G tilkendegiver, at de ikke har benyttet mediatoren i nogle af de mulige sammenhænge. Evaluator ved dog positivt, at især et afsnit på Afd. M har benyttet mediatoren til undervisning og kurser om bl.a. tolkebrug. Disse personaler har imidlertid ikke besvaret spørgeskemaet. Det illustrerer, at datamaterialets udsigelseskraft begrænser sig til at kunne beskrive tendenser *(se Bilag 8.4 - Tabel 16).*

Bispebjerg Hospital

På Bispebjerg Hospitals Afd. Y har en mindre andel af personalet benyttet mediatoren i forskellige sammenhænge. Hun er især benyttet i kontakten med patienterne med anden etnisk baggrund, herunder også lidt som tolk. Nogle få personaler tilkendegiver også, at de har deltaget i undervisning om interkulturel kommunikation.

Afd. Is personale har ifølge spørgeskemaundersøgelsen ikke haft kontakt til mediator i forhold til nogle af de oplistede aspekter af rollen *(se Bilag 8.4 - Tabel 17).*

Odense Universitetshospital

På Odense Universitetshospital angiver alle afdelinger, at mediator er blevet benyttet – dog i varierende grad. På nogle afdelinger har man primært modtaget kompetenceudviklende undervisning. På andre afdelinger har der både været patientrettede aktiviteter og personalerettet undervisning. Endelig har der på en enkelt afdeling især været fokus på de relationære aspekter af mødet mellem patienter og afdelingen i det daglige arbejde og tolkning *(se Bilag 8.4 - Tabel 18).*

Personalets tilkendegivelser om deres brug af tilbuddet og aktiviteternes indhold stemmer overens med mediatorernes skitsering heraf.

Grunde til at mediatortilbuddet ikke er blevet benyttet

Det er i denne sammenhæng også interessant at belyse, hvorfor nogle personaler ikke har brugt mediatorerne. Blandt de som tilkendegiver, at de ikke har anvendt mediatorens kompetencer, angives forskellige grunde, og det varierer fra afdeling til afdeling.

På nogle afdelinger har kendskabet til tilbuddet været lille, mens det på andre afdelinger har været stort. Der er mange personaler, som angiver, at de ikke har følt, at de har haft et konkret behov for mediatorens bistand. Mediatorernes tilgængelighed har også spillet en rolle, mens en mindre andel angiver, at de ikke har kunnet passe tilbuddet ind i det daglige arbejde *(se Bilag 8.4 - Tabel 19-21).*

Personalets vurdering af modelprojektets effekt på afdelingernes arbejde

I forhold til hvorvidt personalet vurderer, at mediatorprojektet har haft en positiv effekt for afdelingens arbejde, tilkendegiver halvdelen af personalet samlet set, at det er tilfældet. Der er dog visse variationer, idet der er en høj tilfredshed på Odense Universitetshospital og Glostrup Hospital, hvor henholdsvis 66 % og 50 % af personalet tilkendegiver, at de har oplevet en positiv effekt. På Bispebjerg Hospital tilkendegiver en mindre andel – nemlig 33 % , at det er tilfældet. Der er kun meget få personaler, i alt 11 % samlet set, som tilkendegiver, at de ikke mener, at projektet har haft positiv betydning, mens 36 % af respondenterne svarer ’ved ikke’ *(se tabel 4.6 efterfølgende).*

Tabel 4.6: Mener du, at det haft positiv betydning for afdelingens arbejde at have en mediator tilknyttet?

	GLO % og antal	BBH % og antal	OUH % og antal	I alt % og antal
Ja	50,0 % (28)	33,3 % (9)	66 % (31)	51,9 % (68)
Nej	10,7 % (6)	18,5 % (5)	8,5 % (4)	11,4 % (15)
Ved ikke	39,3 % (22)	48,1 % (13)	25,5 % (12)	35,8 % (47)

På spørgsmålet, om hvorvidt mediatorernes tilknytning til afdelingen har haft positiv betydning, varierer svarene fra spørgeskemaundersøgelsen dog meget fra afdeling til afdeling *(se Bilag 8.4 –Tabel 22-24)*.

Der er antalsmæssigt betydeligt flere personaler, som tilkendegiver, at de synes projektet har haft positiv betydning, end personaler, der angiver, at de reelt selv har brugt mediatorerne (se Tabel 4.5 og 4.6). På Glostrup Hospital tilkendegiver 32 %, at de har benyttet sig af hjælp fra mediator én eller flere gange. På Bispebjerg Hospital tilkendegiver 15 %, at de har benyttet mediatorkompetencerne på afdelingen én eller flere gange. På Odense Universitetshospital har 34 % gjort brug af mediatortilbuddet én eller flere gange.

Selvom man som personale ikke selv har benyttet mediatortilbuddet til noget konkret i hverdagen, viser datamaterialet altså samlet set, at man alligevel kan opleve, at mediatorerne har haft en positiv betydning for afdelingens arbejde.

Det kan konstateres, at afdelingerne har ret forskellige holdninger til projektet i det hele taget. Interviewundersøgelsen har givet flere nuancerede indsigter i emnet.

Den generelle kritik af projektforløbet fra personalet som helhed er, at mediatorerne, pga. organiseringen centreret om én fast ugedag og de relativt få timer til rådighed, ikke har kunnet anvendes i praksis på den måde, som det var ønskeligt. Nogle steder har mediatorerne derfor ikke reelt haft en funktion og ikke opnået at etablere en vedvarende kontakt til personalet. Dermed har de heller ikke på disse afdelinger påvirket det daglige arbejde med patientgruppen. Andre steder ses mediatorernes indsats som nærmest uundværlig.

Især på de afsnit og afdelinger, hvor mediatorerne ikke er tilknyttet i hverdagen som sundhedspersonale, fremgår det af interviewundersøgelsen, at oplevelserne er følgende:

- Mediatorordningen er en ny funktion, som man nemt glemmer i en travl hverdag, især når de ikke er til stede i hverdagen. Der har ikke været tid og tilstrækkelig indsigt i modelprojektet til at tænke tilbuddet ind i praksis. Projektets korte løbetid angives i den sammenhæng også som et problem.

- Mediatorerne har ikke været tilgængelige, når behovet meldte sig, og derfor har man ikke kunnet bruge dem efter hensigten.

- Flere personaler tilkendegiver, at de har haft grundlæggende svært ved at finde ud af, hvad afdelingerne skulle bruge mediatorerne til, fordi der ikke er opstået en situation, hvor deres relevans blev bekræftet.

- Mediatorernes kompetencer angives som utilstrækkelige.

Som en konsekvens af ovenstående er mediatorerne ikke blevet en del af bevidstheden alle steder. På disse afdelinger har mediatorerne ikke konkret opnået meget eller kunnet leve op til projektet målsætning.

De steder, hvor mediatorerne har fået fodfæste, er erfaringerne betydeligt mere positive. Personalet derfra tilkendegiver, at mediatorernes indsats har haft effekt og beskriver, at de har:

- Skabt øget fokus på patientgruppens problemstillinger

- Gjort det mere legitimt at tale om ’problemerne’

- Vendt fokus fra ’problematiserende’ til løsningsorienteret

- Gjort personalet mere opmærksomme på deres ’blinde vinkler’

- Styrket personalet i, at deres faglighed er det, som patienterne efterspørger

- Med sin tilstedeværelse skabt tryghed ved bevidstheden om, at man har nogen, man kan spørge til råds, hvis der skulle opstå et behov

På det mere konkrete plan har projektet på disse afdelinger bevirket følgende ifølge interviewundersøgelsen:

- Skabt en anden ’tone’, når emnet falder på patienter med anden etnisk baggrund

- Skabt en anden spørgekultur i dialogen med patienter med anden etnisk baggrund

- Mindsket blufærdighed og berøringsangst i den daglige kontakt

- Givet konkret rådgivning og indsigt i, hvad patienternes ’anderledes adfærd’ kan skyldes

- Forbedret de anamnestiske oplysninger og dermed skabt et bedre grundlag for handling og et bedre afsæt for dialog mellem behandler og patient

- Skabt øget fokus på sprogproblematikkens betydning og dermed øget tolkeforbruget

- Især på én afdeling har mediatoren også i høj grad fungeret som tolk

Opsummerende kan man sige, at indsatsen ikke synes at have bidraget til specifikke konkrete ændringer i daglig praksis. De fleste beskriver det snarere som en ændret bevidsthed, som i mindre grad kan måles og vejes.

En social- og sundhedsassistent fra Glostrup Hospital fortæller:

"Det, at arbejde sammen med den kulturelle mediator, har også påvirket mig som privatperson. Det har påvirket, hvordan jeg ser gruppen i det hele taget. Jeg er begyndt at tænke anderledes, simpelthen. Jeg forstår bedre nu, hvordan de tænker og ved mere om, hvordan deres situation kan være, og hvorfor de lever som de gør. Der er ikke praksisser som sådan på afdelingen, som vi har ændret, vi har jo altid behandlet folk lige, men der er noget mentalt – en anden forståelse."

En sygeplejerske fra Odense Universitetshospital siger:

"Det er fint, at der er blevet pillet ved vores forforståelser og vores berøringsangst. Det er jo egentlig mærkeligt, at vi går og tror, at vi træder på deres grænser, hvis vi spørger dem om personlige ting. De er jo voksne mennesker, og de kan jo sige fra, hvis de ikke gider dele det med os. De kulturelle mediatorer på vores afdeling har flyttet på vores blufærdighed, så vi spørger mere og small-talker mere, end vi gjorde før."

En sygeplejerske fra Glostrup Hospital fortæller:

"Projektet har givet mig mange aha-oplevelser, og jeg tror, at det som står tilbage nu, når projektet slutter, er, at vi bruger nye indgangsvinkler og tilgange. Vi tager i højere grad afsæt i, hvor patienten er, og ikke hvor vi tror patienten er eller burde være."

På de afdelinger, hvor mediatoren har taget en rolle som rådgiver i patientsager eller er gået i direkte dialog med patienten, opleves mediatorindsatsen dog som noget mere konkret og direkte brugbart – og næsten uundværlig.

En sygeplejerske fra Odense Universitetshospital beretter:

"Vi bruger hende som mellemmand i situationer, hvor der er noget, vi ikke forstår, hvordan tænker man, hvad forventer man? Hvad foregår der? Vi har også gavn af hendes evne til at skabe tillid og fortrolighed, når patienterne kommer til afdelingen. Ofte er de så ydmyge over for hele systemet og ved ikke, hvad de kan kræve og forvente. Der er absolut et behov for personer med ressourcer inden for feltet på alle afdelinger med mange patienter med anden etnisk baggrund."

En afdelingssygeplejerske fra Glostrup Hospital fortæller:

”Vi ville jo nødigt undvære hende, vi er så heldige at have hende i hverdagen også. Hun er en uvurderlig støtte i patientkontakten og jeg håber meget, hun bliver hos os.”

Projektet har imidlertid også skabt visse frustrationer i takt med, at personalet har fået afdækket deres blinde vinkler.

En sygeplejerske fra Glostrup Hospital fortæller:

”Projektet har rettet en projektør på et felt, hvor vi ikke altid slår til. Men projektet har også gjort mig mere opmærksom på ting, som jeg ikke umiddelbart kan gøre noget ved, og det kan godt frustrere mig: at vi ikke kan tage nok hensyn til gruppens behov pga. ressourcemanglen, at vi ikke har råd til at oversætte alt relevant materiale, alt det som der ikke bliver gjort… men frustrationen retter sig altså mod systemet og ikke mod patienterne.”

Uafstemte forventninger til mediatorrollen

Datamaterialet viser, at personalets tilfredshed med modelprojektet har været størst på de afdelinger, hvor mediator er gået ud af den ’officielle’ ramme om projektet og har påtaget sig mediatorroller som kulturformidler, uddanner af patienten og støtte/socialarbejder *(se Bilag 8.4 - Tabel 16-18 og Tabel 22-24).*

Det kan konstateres, at det, som tilsyneladende efterspørges af personalet, er dialog og kvalificeret bistand i konkrete sager – når behovet er der.

Der er altså en vis indholdsmæssig asymmetri mellem projektets kompetenceudviklende fokus og personalets forventninger til rollen. Lidt firkantet sagt: Har man haft en forventning om, at en mediator er en, som tager de ’besværlige’ patienter, kan det måske være sværere at se værdien af selv at blive gjort i stand til at løse udfordringerne.

En af grundene til, at de mere praksisrettede mediatorroller er modtaget særligt positivt, kan også være, at det kompetenceudviklende arbejde er en indsats, som tager længere tid at mærke konkrete effekter af for personalet, end modelprojektets løbetid nødvendigvis kan honorere. Omvendt oplever personalet en umiddelbar effekt af mediatoren i de tilfælde, hvor vedkommende har budt ind som kulturformidler eller rådgiver og konkret har bidraget til at løse en vanskelig situation i øjeblikket. Det relativt korte projektforløb medvirker formentlig til den særligt høje tilfredshed på de afdelinger, som har haft en mediator, som påtog sig de praksisorienterede roller og derfor vurderer man måske isoleret set de kompetenceudviklende indsatser knapt så positivt.

Efterspørgslen efter de praksisrettede aktiviteter relaterer sig formentlig også til arbejdets tilrettelæggelse på en hospitalsafdeling, hvilket flere informanter også peger på i deres kritik af projektets indhold.

En overlæge fortæller:

”Det er vigtigt, når man skal indføre en mediatorordning, at forstå, at hospitalet på sin vis kan sammenlignes med en produktionslinje, hvor alle led skal fungere

optimalt hele tiden, for at produktet bliver tilfredsstillende i sidste ende. Er der et problem, skal det løses her og nu, for at man komme hurtigt videre, da tiden er alt-afgørende…man har ikke tid til for meget 'på den ene side og på den anden side'.. en funktion skal bevise sin relevans ved at bidrage med noget meningsfuldt her og nu, for at man kan reelt kan inkorporere funktionen i det daglige arbejde… Kompetenceudvikling af personalet er godt, men skal nok ikke stå alene men mere understøtte og blive fundamentet for de mere konkrete bidrag, som en mediator kan tilføre den travle kliniske praksis."

Evaluator vurderer, at dette forhold bør tænkes ind i indholdet og organiseringen af en fremtidig mediatorordning.

Etnicitetens rolle

Det er især mediatorer med anden etnisk baggrund end dansk, som er gået ud af projektets indholdsmæssige rammer og har haft flest af de mere praksisorienterede og rådgivende roller i modelprojektet, som personalet tilsyneladende værdsætter mest.

Nogle informanter afviser etnicitet og anden kulturel baggrund som et væsentligt parameter i valget af mediatorer, idet 'man jo ikke kan skaffe en tyrkisk mediator til tyrkere, marokkanere til marokkanere..'. Andre mener, at den fælles status og levede erfaring som etnisk minoritet og fælles udseendemæssige markører i sig selv kan spille en positiv rolle i denne sammenhæng. Ud fra det samlede datamateriale fremstår det ikke som en tilfældighed, at det er mediatorer med anden etnisk baggrund, som især har taget eller har fået tildelt disse roller.

'Sandhedsvidner'

Flere informanter har kunnet iagttage, at en kulturel mediator med anden etnisk baggrund ofte betragtes som et særligt 'sandhedsvidne' af personalet – som én der i særlig grad kan bidrage positivt til at gøre personalet klogere på patientgruppen med anden etnisk baggrund. Flere informanter giver også netop udtryk for, at de ikke har følt behov for en kulturel mediator, fordi de har kollegaer med anden etnisk baggrund, som man kan spørge til råds i hverdagen. Den etniske baggrund kan altså have nogen betydning for den kulturelle mediators gennemslagskraft og legitimitet i forhold til de personalerettede opgaver.

En mediator fortæller:

"X (mediator kollega med anden etnisk baggrund) bliver taget mere alvorligt ved vores foredrag, alles øjne retter sig ligesom på hende… hun bliver også adspurgt mere på afdelingerne i det daglige arbejde med patienterne. Der bliver jeg nogle gange fravalgt, fordi jeg er etnisk dansker, det kan jeg da godt mærke."

Det er dog især i forhold til det patientrettede praksisnære arbejde, at anden etnicitet end dansk fremhæves som en fordel:

Har større spillerum

Oplevelsen er ofte, at nødvendige afvisninger eller anmodninger om at tilpasse sig hospitalets regler og normer ikke tages så ilde op af patienten, når den sundhedsprofessionelle også har anden etnisk baggrund.

En mediator fortæller:

"Jeg har lov til at sige nogle ting, som en etnisk dansker ikke kan tillade sig at sige. Jeg kan godt være 'grov' eller direkte, uden at de tager det personligt. Jo over for patienterne er det en klar fordel."

Etablerer lettere tillid og fortrolighed

Desuden fremgår det af datamaterialet fra både forundersøgelsen og evalueringen, at nogle sundhedsprofessionelle oplever, at kollegaer med anden etnisk baggrund lettere formår at etablere tillid og fortrolighed med patienter med anden etnisk baggrund end etnisk danske personaler.

En mediator fortæller:

"Det er en umiddelbar fordel i forhold til patienter at have anden etnisk baggrund… vi havde en case i går, og jeg deltager egentlig ikke i samtalen, som er med en rekvireret tolk. Jeg holder mig i baggrunden, men da samtalen er slut, kommer moren hen til mig og tager mine hænder og siger' tak, tak, hav det rigtig godt!' De føler jo også, at jeg bedre forstår dem, og at vi har noget til fælles."

Flere oplever, at det ikke nødvendigvis er afgørende om patienten og den sundhedsprofessionelle har et nationalt eller sprogligt fællesskab, men at fælleserfaringen som etnisk minoritet også kan spille positivt ind i forhold til at skabe tillid.

En afdelingssygeplejerske siger:

"Vores mediator har selv anden etnisk baggrund… Og selv om de (patienterne) ikke lige kommer fra det samme sted, så fortæller de hende 10 gange mere end de fortæller til os andre. Det er i mine øjne et plus, at hun har anden etnisk baggrund i sin rolle som mediator. Men det er ikke kun kulturelle mediatorer, det er personale med anden etnisk baggrund generelt, som opnår denne fortrolighed."

En overlæge uddyber:

"Jeg har også selv boet i Afrika, og når man er der, oplever man pludselig englændere eller tyskere, som nogen man har noget særligt til fælles med, mens man, hvis man møder dem her, måske synes, at de er meget anderledes end én selv."

Bruger sin privatsfære

At være kulturel mediator med anden etnisk baggrund 'koster' imidlertid også mere på det personlige niveau. Det fremgår af interviewundersøgelsen, at man uvægerligt 'bruger' sine private sider på en anden måde end mediatorerne med etnisk dansk baggrund. Det kan være en følelsesmæssig belastning at lægge øre til negative forforståelser om netop den etniske gruppe, som man selv kommer fra eller indvandrere i det hele taget. Man skal derfor som kulturel mediator med anden etnisk baggrund være rustet til ikke at tage negative ytringer fra kollegaer om sin egen etnicitet eller kultur personligt. Snarere skal man kunne se det som bevis på de kulturelle mediatorers relevans og berettigelse i sundhedsvæsenet. Ellers kan rollen som kulturel mediator blive for følelsesmæssig svær at håndtere.

Den svære balance mellem professional empati og privat sympati

Det kan være tunge skæbner, man skal kunne rumme som hospitalspersonale i det hele taget og med alle patientkategorier. Det kan til tider kræve stærk faglig pondus og god sparring med kollegaer eller supervision at kunne rumme den viden, man opnår uden at 'brænde ud' fagligt.

Interviewundersøgelsen med de kulturelle mediatorer har givet indsigt i de dilemmaer, som opstår, når en patient med anden etnisk baggrund har fået tillid til én og betror sig til én, specifikt fordi man selv har anden etnisk baggrund. Det beskrives, at det indimellem kan være en udfordring at bibeholde en nødvendig professionel distance og opretholde balancen mellem professional empati og privat sympati.

En mediator fortæller:

"Patienterne føler jo ligesom, at jeg er deres, at vi har noget særligt sammen. Og jeg forstår godt, hvad de mener, for jeg ved jo godt, hvordan de har det. Men man må trække grænsen og fortælle, at man jo er her som fagperson."

Etnicitet kan naturligvis ikke stå alene og kræver en person, som også har nogle af de andre faglige og personlige kompetencer, som er vigtige for at kunne udfylde rollen *(se Kap. 6.2)*. Modelprojektets fokusområde og datamaterialet tillader heller ikke, at man direkte kan anføre anden etnicitet som en afgørende kompetence i rollen som mediator.

Evaluator vurderer, at der er indikatorer, som viser, at mediatorernes etniske baggrund bør være med i overvejelserne i rekrutteringen af kulturelle mediatorer i fremtiden, ligesom det også var i modelhospitalernes rekruttering. Dette begrunder evaluator med, at etniciteten synes at spille en positiv rolle i forhold til rollens legitimitet i det personalerettede arbejde, og fordi de specifikke transkulturelle indsigter og 'fællesidentiteten' som etnisk minoritet blandt personalet opleves at have stor betydning i udvikling af tillid mellem mediator og patient og ift. at optræde som 'sandhedsvidne' overfor personalet.

4.3 Samlet opsummering

Datamaterialet viser, at personalets oplevelse af projektforløbet og dets udkomme varierer meget. Følgende hovedtræk kan tegnes i forhold til at vurdere modelprojektets forløb og effekt set med personalets øjne:

Varierende effekt

Der er ikke signifikante forskelle i besvarelsen af spørgeskemaundersøgelsen, hvis man sammenligner baselinedata og evalueringen på nær i forhold til oplevelsen af de sproglige problemer i arbejdet med patientgruppen med anden etnisk baggrund. Der er dog visse forskelle hospitalerne imellem og afdelingerne imellem. Der er indikationer for, at projektet på nogle afdelinger har medvirket til at øge fokus på, hvilken betydning kendskab til patienternes kulturelle forhold og livsvilkår kan have for kvaliteten i behandlingen og plejen til patienter med anden etnisk baggrund. Det beskrives også af nogle informanter, at man har fået skærpet sin opmærksomhed på, hvad man konkret kan gøre bedre i forhold til arbejdet med patientgruppen.

Evaluator vurderer, at denne øgede bevidsthed er et ikke uvæsentligt skridt i processen mod en bedre kommunikation med patientgruppen og dermed bedre patientforløb. Dermed kan det konstateres, at modelprojektet på nogle afdelinger har haft en effekt i overensstemmelse med projektets formål, mens det andre steder ikke har.

I forhold til projektets konkrete aktiviteter og bidrag til daglig praksis er oplevelserne følgende:

- *Varierende kontakt til mediatorerne*

  Det varierer ikke kun fra modelhospital til modelhospital, hvor meget man har gjort brug af mediatorerne. Det er således meget forskelligt fra afdeling til afdeling og fra afsnit til afsnit, hvor meget mediatorerne er blevet anvendt og hvad de er blevet anvendt til.

- *Mediatorernes tilgængelighed*

  Kontakten har tilsyneladende været betinget af mediatorernes tilgængelighed. De afdelinger, som ikke har haft mediatoren tilknyttet i dagligdagen, har ikke benyttet mediatoren så meget og har heller ikke i så høj grad oplevet en positiv effekt af projektet.

  Det varierer dog også fra afsnit til afsnit, hvorvidt man har benyttet mediatorerne – typisk har der været størst gennemslagskraft på mediatorernes 'egne' afsnit.

- *Mediatorernes aktiviteter varierer*

  Det varierer, hvad personalet har benyttet mediatoren til. På nogle afdelinger har personalet brugt mediator til alle tænkelige aspekter af mediatorgerningen, andre steder har der primært været kontakt med mediator ved eksempelvis un-

dervisningsseancer i overensstemmelse med de lokale målsætninger. Andre steder har mediatoren ikke opnået at gennemføre egentlige aktiviteter, som respondenterne har deltaget i.

- *Forskellige vurderinger af mediatorprojektets betydning*

Det varierer på baggrund af ovenstående meget, hvorvidt personalet på de forskellige afdelinger oplever, at mediatorerne har haft en positiv effekt.

På nogle afdelinger har mediatorerne ikke påvirket det daglige arbejde med patientgruppen meget. På andre afdelinger oplever personalet, at mediatoren har spillet en væsentlig rolle i forhold til det kompetenceudviklende fokus. Enkelte steder ses mediatorernes indsats som nærmest uundværlig.

- *Uafstemte forventninger til mediatorrollen*

Det fremgår implicit af det samlede datamateriale, at der er en vis diskrepans mellem projektets kompetenceudviklende fokus og personalets forventninger til mediatorrollen, som fremstår som mere praksisorienterede og konkrete. Personalets grundlæggende forventninger synes at have medvirket til, at de mediatorer, som har påtaget sig mediatorroller som kulturformidler, uddanner af patienten og støtte/socialarbejder, opnår den højeste tilfredshed med projektet blandt personalet.

En af grundene til, at de mere praksisrettede mediatorroller er modtaget særligt positivt kan være, at de bidrager med 'hurtige' løsninger, mens det holdningsbearbejdende arbejde er en indsats, som det tager længere tid at mærke konkrete effekter af end modelprojektets løbetid kan honorere.

Personalets forventninger til rollen bør dog også ses i sammenhæng med arbejdets tilrettelæggelse på en hospitalsafdeling, hvor den tidsmæssige faktor og arbejdsgangene ofte kræver, at 'problemer' løses hurtigt og effektivt.

Det er især mediatorerne med anden etnisk baggrund, der er blevet anvendt i det daglige praksisnære arbejde. Det fremgår af det samlende datamateriale, at det at have anden etnisk baggrund af mange tilskrives en særlig betydning i forhold til at afkode 'uforståelig' adfærd og gøre personalet mere vidende og kompetente på området. Det er også mange personalers opfattelse, at anden etnicitet end dansk kan spille en særlig positiv rolle i det relationære patientrettede arbejde.

- *De fleste mener, at der er et behov for fokus*

Selvom man som personale ikke selv har kunnet bruge mediatorerne til noget konkret i hverdagen, kan man dog alligevel opleve, at mediatorerne har haft en positiv betydning for afdelingens arbejde. Der er antalsmæssigt betydeligt flere personaler, som tilkendegiver, at de synes, projektet har haft positiv betydning, end personaler, der angiver, at de reelt selv har brugt mediatorerne.

At personalet vurderer, at projektet adresserer en relevant problemstilling, viser sig også ved, at stort set alle personaler, uanset hvilken afdeling de kommer fra, og hvilken rolle de har i organisationen, i interviewundersøgelsen fortsat oplever patientgruppen med anden etnisk baggrund som en særlig udfordring og desuden bekræfter et fortsat behov for fokus på området.

5 Ledelsesperspektivet

I dette kapitel belyses ledelsesperspektivet med henblik på at beskrive, hvordan ledelsen har oplevet projektforløbet i forhold til organiseringen og målsætning. Desuden undersøges, hvorvidt ledelsen vurderer, at projektet har bidraget til hospitalernes strategi på området, og hvordan man oplever emnefeltet 'etniske minoritetspatienter' ved projektets afslutning.

Med ledelsen menes i dette tilfælde leder af Udviklingsafdelingen på Glostrup Hospital, leder af HR afdelingen på Bispebjerg Hospital og Hospitalsdirektør på Odense Universitetshospital. Desuden inddrages interviewene med lokale projektledere og lokale afdelingsledere.

5.1 Ledelsens oplevelse af emnefeltet 'etniske minoritetspatienter'

På alle tre modelhospitaler er opfattelsen blandt lederne, at feltet fortsat bør være et fokusområde i sundhedsvæsenet, da der er et behov for en særlig indsats i forhold til arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund.

Generelt har projektet bevirket, at man er blevet mere opmærksomme på de særlige problemstillinger i forhold til arbejdet med patientgruppen med anden etnisk baggrund, og man mener også, at man er blevet mere bekendt med, hvad disse problemer konkret består af.

- Man er blevet mere opmærksomme på tolkesituationen og den til tider utilstrækkelige tolkepraksis.

- Man er blevet mere bevidste om frustrationerne, som opstår i nogle 'møder' mellem patienter med anden etnisk baggrund og personalet og er mere bekendt med, hvad der kan skabe frustrationen.

- Man er blevet bekræftet i, at man i bestræbelserne på at behandle alle lige står over for en nødvendig kulturændring i sundhedsvæsenet med øget fokus på patienternes individualitet. Mediatorprojektet kan påvirke forandringsprocessen, men kulturændringer i hospitalsregi er en langsommelig proces, som under alle omstændigheder tager tid.

5.2 Ledelsens oplevelse af projektets organisering og opfyldelse af målsætning

På alle hospitaler er ledelsernes oplevelse, at de kulturelle mediatorer er gået til opgaven med stort engagement og ildhu og har gjort, hvad de kunne for at udvikle og udfylde rollen i projektperioden. Der er dog samtidig enighed om, at projektet ikke har kunnet indfri de oprindelige forventninger til rollen om, at mediatorerne skulle kunne dække det kliniske møde, kompetenceudvikling af personalet samt vejlede patienter, som de var skitserede i det oprindelige oplæg fra Sundhedsstyrelsen.

Det angives, at det især var de organisatoriske rammers begrænsninger (projektets korte løbetid og mediatorernes ressourcemæssige begrænsninger), der har bevirket, at man undervejs har måttet revurdere og begrænse projektets målsætninger og formuleret nye mere specifikke mål for mediatorerne *(se afsnit 2.2)*. Det vurderes dog til gengæld, at de fleste mediatorer har levet op til projektets reviderede målsætninger.

Præmisserne for projektet har givet en meget 'smal' organisering med typisk blot én ugentlig dag for mediatorerne i mediatorrollen. Nogle steder har det ikke virket hensigtsmæssigt, da de kulturelle mediatorer som en konsekvens heraf har været for usynlige, og ordningen har været for ufleksibel og dårligt tilgængelig for afdelingernes personale.

Holdningen blandt hospitalslederne er, at projektets løbetid har været lang nok til at kunne konstatere, at projektet i sin nuværende form i de fleste tilfælde ikke virker helt efter hensigten. En 'time-out' på nuværende tidspunkt er derfor en god lejlighed til at overveje, med de nuværende erfaringer in mente, hvordan en fremtidig mediatorordning kan se ud for at få mere effekt og gennemslagskraft. Skulle mediatorprojektet have varet længere, vurderes det, at der samtidig skulle have været mulighed for en mindre reorganisering.

Der er bred enighed om, at det ambitiøse 'set-up' omkring projektet (forundersøgelse og evaluering) er godt i forbindelse med udviklingsprojekter som modelprojektet. De fleste vurderer imidlertid, at en mere intensiv indsats og et længere projektforløb netop derfor også ville have haft sin berettigelse, så man bedre kunne matche det ambitiøse 'set-up' og honorere modelprojektets oprindelige målsætninger.

Det vurderes af alle hospitalsledere, at uddannelsen var mangelfuld på en række punkter og ikke opfyldte mediatorernes behov for kommunikative redskaber og konfliktløsende strategier, hvilket har haft betydning for, hvilke opgaver mediatorerne reelt kunne påtage sig.

Alle tre hospitalers ledere påpeger også, at de på forhånd definerede rammer for modelprojektet har bevirket, at de tre modelprojekters organisering af rollen har været stort set identiske. En mere åben ramme kunne have bidraget til større diversitet mellem hospitalernes organisering og givet mulighed for at afprøve flere mulige organiseringsmodeller i samme projektforløb.

Der gøres fra ledelsesside desuden opmærksom på, at organiseringen af en mediatorordning i fremtiden, i højere grad end tilfældet har været i modelprojektet, bør tænkes ind i samarbejdet med de praktiserende læger og de kommunale forvaltninger. Disse instanser har i høj grad ansvar for både det forebyggende oplysningsarbejde og plejen og omsorgen i eget hjem efter udskrivning. De forskellige instanser er derfor også i øget grad pålagt et samarbejde. Det vurderes derfor som oplagt, at mange af de relevante patientrettede mediatoropgaver kan foregå i samarbejde med disse regis i fremtiden.

Lederne fra alle tre hospitaler peger på, at patientgruppen med anden etnisk baggrund ikke er den eneste patientgruppe, som kan give særlige kommunikationsmæssige udfordringer. Andre svage grupper, som misbrugere og socialt dårligt stillede danskere i det hele taget, er også patientgrupper, som kan være vanskelige at hjælpe og rumme på hospitalerne. Man vurderer, at kommunikationen ligeledes kan være utilstrækkelig i forhold til disse grupper.

Modelhospitalernes ledere er enige om, at målelige effekter i forhold til tidsforbrug, antal indlæggelsesdage og genindlæggelsesrate ikke kan forventes på baggrund af det korte projektforløb og de lokale målsætninger. Projektet betragtes som et 'prøve-projekt', som ikke skal skabe egentlige evidensbaserede resultater. I stedet kan modelprojektet gøre hospitalsvæsenet og Sundhedsstyrelsen klogere på problemstillingerne og på hvordan man i fremtiden kan imødekomme disse mest hensigtsmæssigt i bestræbelserne på at udvikle rollen yderligere.

Målsætningen for modelprojektet om 'bedre patientforløb' betragtes som for 'løs'. Der har manglet nogle mere specifikke tilkendegivelser af, hvad der menes hermed og hvad Sundhedsstyrelsen grundlæggende forventer sig af modelprojektet. Derfor peges på et behov for en egentlig arbejdshypotese og mere specifikke målsætninger, som det vurderes ville have været en fordel at have som guideline i arbejdet med afprøvningen af rollen.

På de afsnit, hvor mediatorerne har fået fodfæste, er det dog ledernes opfattelse, at målsætningen 'bedre patientforløb' bredt forstået er opnået. Således vurderes det på Odense Universitetshospital og Glostrup Hospital, at nogle patientforløb er bedre nu end før modelprojektet. Det angives, at tilbagemeldingerne lyder, at patientforløbene har fået et andet indhold og en anden kvalitet, fordi dialogen og de anamnestiske oplysninger er blevet bedre. Dermed er beslutningsgrundlaget for de sundhedsprofessionelle, og inddragelsen af patienterne i deres behandling, blevet bedre. Det vurderes dog, at det ikke har bevirket, at man har sparet tid på kort sigt.

Glostrup og Bispebjerg Hospitals fælles organisering

Glostrup og Bispebjerg Hospitaler er enige om, at samarbejdet om modelprojektet har været en god erfaring. Det har ikke vist sig at have væsentlig betydning, hvor den formelle projektleder har været organisatorisk forankret, så længe man havde en lokalt forankret samarbejdspartner.

Det har også været en fordel for udviklingen og samarbejdet om rollen mellem de kulturelle mediatorer, at man var en gruppe på fire, i stedet for kun at være to mediatorer.

Således er det tænkeligt, at man kan bruge samme model i fremtiden i andre sammenhænge.

Det er dog evaluators oplevelse, at projektet på Bispebjerg på flere forskellige måder kan være blevet lidt begrænset af, at der ikke har været en egentlig projektleder tilknyttet. Denne opfattelse bygger på, at Bispebjerg Hospital ikke overordnet set synes at have fået det samme udbytte af projektet, som de andre hospitaler. Desuden bidrog hospitalet kun til evalueringens datamateriale i ret begrænset omfang. Stemningen omkring projektet som helhed virker i det hele taget mindre positiv. Det er muligt, at en egentlig projektleder lokalt kunne have bidraget positivt i forhold til disse aspekter.

5.3 Projektets bidrag til hospitalernes fokus og øvrige strategi på området og fremtidig forankring

Glostrup Hospital

Ledelsen vurderer, at de kulturelle mediatorer er lykkedes med deres arbejde lokalt på nogle af modelafdelingernes afsnit, og at indsatsen dér har haft betydning for personalets fokus på området. På andre modelafsnit er det ikke lykkedes at etablere et egentligt samarbejde.

Der har til gengæld været efterspørgsel efter mediatorernes tilbud fra afdelingerne, som ikke indgår i projektet.

Samtidig med mediatorprojektet er nedsat en 'tolkegruppe', som har til formål at udvikle den eksisterende tolkepraksis på Glostrup Hospital og skabe et øget fokus på behovet for tolk, da det vurderes – også på baggrund af mediatorprojektet – at den gældende praksis er utilstrækkelig. Desuden udarbejdes vejledninger og instrukser på området.

Modelprojektets emne vil fortsat være et af Glostrup Hospitals fokusområder. Man ønsker at fortsætte med kompetenceudvikling af personalet i forhold til målgruppen, ligesom man ønsker at styrke den patientrettede kommunikation i forhold til patienter med anden etnisk baggrund og andre svage grupper. Glostrups Hospital har således truffet beslutning om at undersøge behov og muligheder for nøglepersonordninger på afdelingerne, ligesom det overvejes at afprøve en forløbskoordinatorordning.

Som en sidegevinst af projektet er der også kommet fokus på personalet med anden etnisk baggrund, og måden som de bliver mødt på af etnisk danske kollegaer. Dette fokus er opstået efter mediatorerne har mødt konkrete eksempler på dårligt arbejdsklima og ligefrem mobning for nogle personaler med anden etnisk baggrund. Der arbejdes på at etablere et netværk for denne gruppe, som skal medvirke til at sikre et godt arbejdsmiljø for alle personaler på hospitalet. Nøglefunktionsordningen og det etniske personalenetværk vil i givet fald blive supporteret af en central mediator/kulturkonsulent i udviklingsafdelingen som tillige kan vejlede i forhold til ikke etnisk danske patienter og andre sårbare borgere. Målet er at få ansat en permanent ressourceperson for hospitalet og dets optagekommuner i forhold til sårbare og ikke etnisk danske patienter og personaler.

Mediatorprojektets erfaringer skal forankres i en fremtidig strategi. Formen er endnu ikke fastlagt, men overvejelserne går i retning af en 'nøglepersonmodel'[4].

Bispebjerg Hospital

På Bispebjerg Hospital vurderes det, at modelprojektet ikke overordnet set har formået at øge fokus på problemstillingerne, der relaterer sig til patientgruppen med anden etnisk baggrund.

Projektet har dog bevirket, at man har 'opdaget', at man ikke overholder regelsættet vedrørende patienternes samtykke ved tilkaldelse af tolk. Problemstillingen er, at sundhedspersonalet er pålagt at indhente samtykke fra patienten, inden man tilkalder en tolk, men det er en vanskelig opgave i de tilfælde, hvor patienten netop ikke taler dansk. Man arbejder nu på at udvikle redskaber og processer, som kan sikre, at man overholder gældende regler på området i fremtiden.

Projektet har også skabt opmærksomhed på journalernes mangelfulde oplysninger angående behov for tolk og hvilket sprog patienten i så fald taler. Manglende information om disse aspekter medvirker formentlig til at skabe og fastholde en utilstrækkelig tolkepraksis og kan også øge et uhensigtsmæssigt forbrug af familiære tolke. Det skyldes, at man sjældent vil være tilbøjelig til at aflyse allerede planlagte konsultationer pga. nyopdagede sproglige vanskeligheder. Det skal dog bemærkes, at hospitalet har haft stigende tolkeudgifter, hvilket kunne fortolkes som et produkt af mediatorprojektets bevidstgørelse af behovet for tolk.

Desuden har projektet skabt opmærksomhed på, at der er behov for udvikling af de materialer, man udleverer til patienterne – herunder oversættelse til flere sprog. Hospitalet har ligeledes indgået en aftale med Etnisk Ressourceteam, ligesom det er blevet besluttet at beholde et 3-dags kursusforløb om minoritetsetniske patienter, der ellers var blevet nedlagt.

Projektet har også skabt øget fokus på begrebet 'etniske smerter', et begreb som florerer i sundhedsvæsenet. Begrebet refererer til patienter med anden etnisk baggrund, som har smerter, som man ikke umiddelbart kan identificere, eller til patienter som klager sig usædvanlig højlydt over smerter. Der er iværksat et projekt, som skal kortlægge smertelindringspraksis i forhold til disse patienters smerter, og hvordan man kan komme til en større fælles forståelse af problemstillingen. Projektet er opstartet i mediatorgruppen, men vil fortsætte fremover.

Planerne på Bispebjerg Hospital i forhold til en fremtidig mediatorordning er ifølge ledelsen foreløbig sat i bero. Man har i stedet indgået en samarbejdsaftale med 'Etnisk Ressourceteam', som er et eksisterende tilbud til hospitaler i Region Hovedstaden.

---

[4] Se også Kapitel 7

På Odense Universitetshospital vurderes det, at projektet overordnet set har genereret et større fokus på problemstillingerne, i relation til arbejdet med patientgruppen med anden etnisk baggrund, lokalt, hvor mediatorerne har haft deres virke.

I det hele taget har mediatorprojektet bestyrket hospitalets ledelse i, at området bør ses som et af fremtidens store satsningsområder – et område hvor Odense Universitetshospital ønsker at være et foregangseksempel.

Projektet har også inspireret til øget opmærksomhed på andre problemstillinger, som relaterer sig til feltet; eksempelvis de kliniske servicefunktioner på hospitalet (radiologer, laboranter osv.), som ofte kun møder patienterne en enkelt gang. Disse funktioner har også et behov for at kunne skabe øget tryghed og bedre kommunikation med patienterne med anden etnisk baggrund, end tilfældet er i dag.

Journalernes mangelfulde oplysninger inden for det transkulturelle felt har også fået større opmærksomhed. Således skal journalernes indhold udbygges, så det bliver fast procedure, at man eksempelvis registrerer behov for tolk, og hvilke sprog patienten taler.

Samtidig har mediatorprojektet haft stor betydning for andre eksisterende projekter på hospitalet.

Videotolkecenter

Det tilkendegives, at mediatorprojektet har medvirket til at speede processen op i forhold til planer for udvikling og implementering af et videotolkecenter i Region Syddanmark, som er en del af udviklingen inden for det telemedicinske område i regionen som helhed. Et tolkecenter, som skal dække alle regionens hospitaler, er således åbnet på Odense Universitetshospital i 2009.

Indvandrermedicinsk klinik

Samtidig med modelprojektet er der blevet oprettet en indvandrermedicinsk klinik, som ligeledes har været et et-årigt projektforløb. Klinikken modtager patienter med anden etnisk baggrund, som de praktiserende læger eller andre instanser kan henvise til, hvis de ikke har kunnet hjælpe patienterne nærmere en diagnose eller behandling på de smerter og symptomer, de har. Denne klinik forventes permanentgjort i år, da klinikken i høj grad har formået at hjælpe deres patienter videre i systemet mod rette diagnose, behandling og relevant støtte. Denne klinik har et samarbejde med afd. Q, som også indgår i modelprojektet om kulturelle mediatorer.

De to parallelt løbende projekter med samme målgruppe gør det vanskeligt for evaluator at kunne vurdere entydigt, hvilken effekt mediatorprojektet isoleret set har haft på afd. Q.

Erfaringerne fra mediatorprojektet forventes anvendt i fremtiden, ligesom modellen forventes at blive videreudviklet i samarbejde med 'Indvandrermedicinsk klinik' på Odense Universitetshospital. Indtil evalueringen foreligger og man har fået define-

ret sine fremtidige målsætninger for rollen nærmere, fortsætter de mediatorer, som ønsker at medvirke på nedsat timetal.

5.4 Samlet opsummering

På alle tre modelhospitaler er opfattelsen, at feltet fortsat bør være et fokusområde i sundhedsvæsenet, da der forsat er et behov for en særlig indsats i forhold til arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund.

Generelt har projektet bevirket, at man er blevet mere opmærksomme på de særlige problemstillinger i forhold til arbejdet med patientgruppen med anden etnisk baggrund, og man mener også, at man er blevet mere bekendt med, hvad disse problemer konkret består af.

I forhold til modelprojektets organisering og målsætninger er oplevelsen blandt lederne følgende:

Organiseringen af modelprojektet med typisk én fast ugedag har været for ufleksibel og skabt en dårlig tilgængelighed til tilbuddet for modelafdelingernes personale. Det har bevirket, at projektets mediatorer har været for usynlige og nogle steder har haft svært ved at få indflydelse og effekt som tiltænkt. De relativt få ressourcer og projektets korte løbetid har også betydet, at man undervejs har snævret sine målsætninger for projektet ind og valgt at fokusere primært på kompetenceudvikling af personalet. De reviderede målsætninger vurderes i store træk at være nået.

Projektet har givet brugbare erfaringer, som kan bruges i en videreudvikling af rollens fremtidige indhold og organisering. På Odense Universitetshospital og Glostrup Hospital er det sandsynligt, at man vil arbejde aktivt med at forankre projektets erfaringer og videreudvikle rollen fremover.

Modelprojektet har på alle tre hospitaler skabt opmærksomhed på andre emner, som relaterer sig til feltet, såsom journaloplysninger vedrørende sprog og den gældende tolkepraksis. På Bispebjerg Hospital arbejdes med et projekt, som fremover skal afdække fænomenet ’etniske smerter’, mens man på Glostrup Hospital har fået skærpet opmærksomhed på arbejdsmiljøet for kollegaer med anden etnisk baggrund. På Odense Universitetshospital er der nu opmærksomhed på, at også de kliniske servicefunktioner (laboranter, radiologer mm.) bør være mål for kompetenceudviklende indsatser i forhold til patientgruppen med anden etnisk baggrund. Man tilkendegiver også, at mediatorprojektet har medvirket til, at et regionalt videotolkecenter, som skal dække alle Region Syddanmarks hospitaler, er åbnet i 2009.

6 Modelprojektets organisatoriske erfaringer og erfaringer med mediatorprofil

I dette kapitel redegøres for de tre modelhospitalers opfattelser af organisering af mediatorprojektet – herunder de muligheder og barrierer, der har været forbundet med den valgte organisering. Afsluttende beskrives, på baggrund af de samlede projekterfaringer, hvilke faglige og personlige kompetencer, man kan sige, bør kendetegne en fremtidig mediator.

6.1 Fordele ved den valgte organisering af projektet

Modelprojektets rammer har givet følgende organisatoriske muligheder i forhold til organiseringen af rollen på de tre modelhospitaler:

Ressourcer og daglig organisering

Mediatorerne har haft mellem fire og ti timer til rådighed. Da en grundlæggende præmis for projektet er, at det skal indgå på hensigtsmæssig måde ift. andre opgaver, har man valgt en fast ugedag på alle modelafdelinger, især af hensyn til planlægning af vagtplanen på det afsnit, hvor de kulturelle mediatorer er en del af det faste plejepersonale.

Hospitalerne vurderede desuden, at det ville være hensigtsmæssigt for mediatorerne at have én fast arbejdsdag om ugen, fordi det i højest mulig grad kunne imødekomme behovet for fordybelse og hjælpe mediatorerne til at kunne skille deres to funktioner på hospitalet fra hinanden.

Man har både på Bispebjerg og Glostrup Hospitaler valgt, at de to kulturelle mediatorer har haft den samme ugedag til rådighed. Det skulle medvirke til at sikre et kollegialt fællesskab mellem mediatorerne og imødekomme behovet for sparring og udvikling af rollen. Dette faglige fællesskab har vist sig at have stor betydning især for mediatorerne på Glostrup Hospital.

Tilgængelighed

Formålet med den faste ugedag var også, inden for modelprojektets rammer og tildelte ressourcer, at sikre en højest mulig grad af tilgængelighed, når det var kendt på afdelingerne, præcist hvornår man kunne trække på mediators kompetencer.

Organisatorisk forankring

Det vurderes af de fleste af projektets aktører, at det er hensigtsmæssigt, omend ikke altafgørende, at man er mediator på afdelinger, hvor man er godt bekendt med de faglige problemstillinger, som eksisterer netop dér.

Desuden er den generelle erfaring, at det er en fordel at være mediator et sted, hvor man er organisatorisk forankret i forvejen, da man i højere grad er et kendt ansigt og har sin daglige gang i afdelingen.

Flertallet af mediatorer har da også været åbne for at lade sig bruge som kulturel mediator i deres almindelige vagter som sundhedsfagligt personale. Den organisatoriske forankring som mediator på egen arbejdsplads har medvirket til i nogle tilfælde at skabe en højere grad af tilgængelighed end ellers muligt inden for projektets organisatoriske rammer. Denne større grad af tilgængelighed er dog især kommet mediatorernes 'egne' afsnit til gode. Projektet har typisk haft større opmærksomhed dér, og mediatoren har kunnet spille en større og mere facetteret rolle.

Projektet har dog også vist, at der kan være en ulempe forbundet med at være kulturel mediator der, hvor man i forvejen er organisatorisk forankret som sundhedsprofessionel, idet det kan være vanskeligt at få den tildelte tid til at udfylde sin rolle. Det lader til at afhænge af faktorer som ledelsens opbakning og forståelse af projektet, egen evne til at sige fra og de enkelte afdelingers organisering og aktuelle bemanding i øvrigt.

Odense Universitetshospitals organisatoriske forankring af en mediator i Informationscentre, vurderes som hensigtsmæssig af flere årsager.

Informationscenteret er en centralt placeret velintegreret platform for vejledning af patienter – og dermed en relevant platform for mere patientrettede aktiviteter i modelprojektet. Odense Universitetshospital har ved at forankre en mediator i dette regi i højere grad end de andre hospitaler kunnet gennemføre egentlig patientrettede mediatoraktiviteter. Rollen som mediator i Informationscenteret har bl.a. været at informere eller uddanne brugere med anden etnisk baggrund i forhold til behandlingssystemets indretning og de hospitalskulturelle forventninger til patienten. Desuden har opgaven været at give patienter med anden etnisk baggrund viden og vejledning om specifikke sygdomme, behandling mm.

Informationscenterets organisering, arbejdsfelt og daglige rutiner betyder også, at den kulturelle mediator i højere grad end mediatorer på sengeafsnit og ambulatorier har kunnet 'være mediator', når der opstod et behov, uanset om det egentlig var 'mediatordag'. Organiseringen af rollen i Informationscentret har pga. de ydre omstændigheder og det specifikke arbejdsfelt givet en mere fleksibel organisering af mediatorrollen og en øget tilgængelighed dér.

6.2 Ulemper ved den valgte organisering af projektet

Det fremgår af interviewundersøgelsen, at det er en fælles erfaring på alle tre modelhospitaler, at organiseringen af projektet har været for 'smal' og utilstrækkelig i forhold til projektets oprindelige målsætninger.

- *Ressourcer*

De kulturelle mediatorers ressourcer (tildelte arbejdstimer) har været for sparsom i forhold til at kunne bestride opgaven som kulturel mediator, som det var tiltænkt i Sundhedsstyrelsens oprindelige oplæg til rollen. Især på Glostrup Hospital har mediatorernes ressourcer (timetal) vist sig at være utilstrækkelige, da modelafdelingerne på Glostrup Hospital er betydeligt større end på de andre modelhospitaler og har mange afsnit, som skulle nås.

Afdelingernes størrelse har betydet, at det har været særligt vanskeligt for mediatorerne på Glostrup Hospital at yde en fokuseret og kontinuerlig indsats på alle modelafdelingernes afsnit Det er altså vidt forskellige arbejdsbetingelser, som man har været underlagt[5].

Det store antal afsnit betød også, at man havde et stort antal af samarbejdspartnere (afsnitsledelser) at skulle etablere og fastholde et samarbejde med, hvilket var en vanskelig opgave pga. de få timer, man havde til rådighed.

- *Synlighed*

Den mest udbredte organiseringsmodel med én ugentlig mediatordag har ikke været tilstrækkelig til at kunne gøre funktionen synlig og skabe en generel bevidsthed om mediatorernes eksistens på alle involverede afsnit under de udvalgte modelafdelinger. Dertil har kontakten været for sporadisk. Afd. Is mediator på Bispebjerg Hospital var kun tilknyttet hospitalet i sin rolle som mediator én dag om ugen, mens hun var tilknyttet Rigshospitalet i København resten af sin arbejdstid. Denne mediator har derfor haft en større opgave end de andre mediatorer i at arbejde på at blive integreret på modelafdelingen.

- *Tilgængelighed*

Det er de fleste involverede aktørers opfattelse, at organiseringen med typisk én dag om ugen har betydet, at tilgængeligheden har været for dårlig overordnet set. Ordningen har altså ikke været fleksibel nok til at kunne imødekomme indretningen og organiseringen i den daglige kliniske praksis i afdelingerne.

- *Projektledelse*

En fælles erfaring er desuden, at projektet kunne have haft gavn af en stærkere projektledelsesfunktion end de tildelte ressourcer og organiseringen gav mu-

[5] De udvalgte afsnit på modelafdelingerne på Glostrup har 220 ansatte, som har skullet dækkes af to mediatorer. Dette antal er efter den selektion som blev gennemført i projektforløbet. Modelafdelingerne på Bispebjerg hospital har 123 ansatte som skulle dækkes af to mediatorer mens Odense universitets Hospital har haft 5 mediatorer som i alt skulle have kontakt med 80 personaler.

lighed for. De kulturelle mediatorer er sundhedsprofessionelle og disse faggrupper tænker typisk mere i indholdet end processen, anføres det. Projektlederen skulle i så fald have været tildelt en mere ledende rolle og være pålagt at styre projektets fremdrift og prioriteret retning i højere grad. Det vurderes også, at en projektleder med en tættere tilknytning til mediator-projektets hverdag, kunne have medvirket til at fastholde modelafdelingernes engagement og motivation fra starten af projektet og i det lange løb.

- *Projektets løbetid*

De fleste involverede aktører vurderer, at projektets løbetid har været tilpas langt til at kunne afvise den eksisterende organisering som den mest hensigtsmæssige for mediatorrollen, men for kort i forhold til at vurdere om projektets oprindelige målsætninger i højere grad ville kunne nås ved en mindre reorganisering.

6.3 Erfaringer med mediatorprofil

Faglig mediatorprofil

Flere informanter vurderer, at andre faggrupper ville kunne klare de kommunikative, uddannelsesmæssige aspekter af rollen som kulturel mediator lige så godt som en sundhedsprofessionel. Der er dog alligevel bred enighed om, at det har været en fordel, at de kulturelle mediatorer, som rollen har været defineret i dette modelprojekt, har haft en sundhedsfaglig baggrund.

Det begrundes af informanterne med, at man som sundhedsfagligt personale har kendskab til sygdomme og anatomi. Det er også en fordel med et kendskab til hospitalets organisering, procedurer og 'hospitalskulturen' – så man undgår at træde for meget ved siden af de hospitalskulturelle forventninger. Træder man ved siden af i forhold til alt for mange aspekter af arbejdet, kan man miste personalets accept og interesse. Det påpeges også af informanter, at den sundhedsfaglige baggrund er hensigtsmæssig, fordi erfaringen er, at sundhedsfaglig pondus giver afsenderen større legitimitet og 'ret' til at udtale sig kritisk i hospitalets personalegrupper.

Evaluator mener, at disse betragtninger er væsentlige. Det er dog spørgsmålet, om en akademisk uddannet person med viden om feltet og erfaring med vidensformidling og undervisning ikke også kunne have bidraget positivt til det kompetenceudviklende fokus, som projektet har haft som endeligt formål. Evaluator vurderer derfor, at det især er i forhold til det patientrettede arbejde, at en sundhedsfaglig baggrund har sin fulde berettigelse. Kendskab til de sundhedsfaglige aspekter og erfaring i patientarbejdet giver en større forståelse af de situationer, som kan opstå, ligesom man lettere kan forklare patienten om sygdom, behandling og forventninger fra hospitalets side uden at skulle involvere en tredje part i samtalen.

Det fremgår desuden af datamaterialet, at informanter mener, at det er mest hensigtsmæssigt at udvælge sygeplejersker til funktionen, frem for social- og sundhedsassistenter. Det skyldes, at funktionen, som den har været fokuseret i dette modelprojekt, vurderes at være en opgave, som de færreste assistenter er klædt fagligt på til at kunne varetage optimalt.

Såfremt fokus og vægtningen af mediatorrollens indsatsområder ændres i en fremtidig model, fra fokus på undervisning og kompetenceudvikling rettet mod personalet, til også at integrere de andre mulige aspekter af mediatorrollen, vurderer evaluator, at de sundhedsprofessionelle mediatorers uddannelsesniveau kan være af mindre betydning, hvis mediatoren har andre relevante personlige egenskaber at bidrage med.

Mediatorkompetencer

De gode mediatorkompetencer kan ikke egentlig rangordnes, idet man på hver sin måde kan tilføre rollen noget brugbart. De mest relevante kompetencer afhænger også meget af, hvilke opgaver man reelt pålægges som mediator.

Vurderet ud fra modelprojektets lokale målsætninger, om det kompetenceudviklende fokus på personalet, er nogle kompetencer vigtigst. Disse kompetencer er stor personlig gennemslagskraft og evne til at formidle komplekse problemstillinger og kommunikere i det hele taget. Det er i denne rolle også vigtigt, at man har et højt fagligt refleksionsniveau, så man evner at kombinere 'kulturteoretiske' udgangspunkter med den daglige praksis.

Skal man beskrive den ideelle mediator, ud fra hvordan personalet har oplevet funktionen, og hvad de tilsyneladende efterspørger på afdelingerne, er der lidt andre kompetencer, som bør vægtes. En sundhedsfaglig baggrund og viden om afdelingens specifikke emnefelt i relation til sygdomme og behandling samt kendskab til daglig praksis på afdelingen fremstår vigtigt. Stort kendskab til kulturspecifikke emner og de etniske minoriteters livsvilkår i Danmark og tankegang er efterspurgt. De mediatorer, som har opnået mest kontakt med og opnået størst tilfredshed med indsatsen blandt kollegaerne, kan afkode patientens 'uforståelig adfærd' ved hjælp af sin baggrundsviden eller ved sin evne til at skabe tillid og etablere en dialog med patienten. I modelprojektet har det især været mediatorerne med anden etnisk baggrund, som har taget disse aspekter af mediatorrollen op.

I det følgende opsummeres på baggrund af det samlede datamateriale, hvilke kompetencer der kan siges at spille afgørende ind på mediatornes virke i dette projekt.

Uddannelsesmæssigt

- *Sundhedsfaglig baggrund*

Det er ikke altafgørende, men dog hensigtsmæssigt, at man som kulturel mediator i sundhedsvæsenet har en sundhedsfaglig baggrund eller på anden vis har opnået et stort kendskab til sundhedsvæsenet og klinisk praksis.

- *Supervisions- og konfliktløsningskompetencer*

Mediatorfunktionens organisatoriske rammer og det tilbudte uddannelsesforløb i modelprojektet imødekommer ikke forventningen om, at den kulturelle mediator kan supervisere kollegaer i forhold til patientgruppen med anden etnisk baggrund eller bidrage med direkte konfliktløsende interventioner i det kliniske arbejde.

Såfremt uddannelsen i en fremtidig model forbliver den samme, som den afprøvede i modelprojektet, kan kulturelle mediatorer med fordel vælges blandt personale, som i forvejen har kompetencer inden for supervision og konfliktmægling.

- *Højt fagligt refleksionsniveau*

Man skal evne at kombinere 'kulturteoretiske' udgangspunkter med den daglige praksis for at kunne udarbejde og gennemføre undervisningstiltag, som relaterer sig til emnet.

Personlige kompetencer og baggrund

- *Interesse for feltet*

  Det er afgørende for den kulturelle mediators virke i rollen, at vedkommende har interesse for feltet i forvejen og føler, at funktionen har en relevans. En høj bevidsthed og kendskab til de konkrete problemstillinger i mødet mellem patientgruppen med anden etnisk baggrund og sundhedsvæsenet er væsentligt.

- *Personlig gennemslagskraft og god kommunikator*

  Projektforløbet har bekræftet forventningen fra alle tre hospitaler om, at en god kulturel mediator skal have stor personlig gennemslagskraft og være en god kommunikator for at kunne trænge igennem i den travle kliniske hverdag.

- *Assertiv tilgang og konsulenterfaring*

  Evnen til at fastholde en assertiv tilgang til rollen er af afgørende betydning både for at kunne udfylde rollen som kulturel mediator – men også for at kunne 'udholde' rollen. Projekterfaringerne viser overordnet set, at man skal kunne tåle hyppige afvisninger og acceptere, at man hele tiden er nødt til at insistere på sin rolles relevans.

  Tidligere erfaring med konsulentrollen i hospitalsregi vurderes derfor også at være en fordel, så man er vant til at skulle tage sin plads i det travle kliniske arbejde uden at tage mulige afvisninger personligt.

- *Erfaring*

  Det fremstår samlet set som en fordel, at kulturelle mediatorer ikke er helt nyuddannede, da rollen som sundhedsprofessionel i sig selv tager lang tid at finde sig til rette i. Erfaringen viser almindeligvis, men også i projektforløbet, at det kan være ganske vanskeligt for unge sundhedsprofessionelle at trænge igennem til afdelingsledelser og ældre kollegaer.

Endelig er livserfaring og/eller erfaring med at bo i et andet land en fordel som mediator. Det vurderes, at man lettere kan leve sig ind i, hvad der er vanskeligt som patient med anden etnisk baggrund i det danske hospitalsvæsen, hvis man selv har en levet erfaring som 'fremmed'.

- *Etnicitet*

Sundhedsstyrelsens rapport om de udenlandske mediatorerfaringer peger entydigt på, at anderledes etnicitet end baggrundsbefolkningens er en fordel i arbejdet som kulturel mediator. De aspekter af mediatorgerningen, hvor de udenlandske erfaringer viser, at mediatorer med anden etnisk baggrund har komparative fordele (eksempelvis patientstøtten og rådgivning af patienter og kollegaer i daglig klinisk praksis), indgår dog ikke i modelhospitalernes formålsbeskrivelser.

Der er samlet set nogle indikationer i datamaterialet som taler for, at mediatorer med anden etnisk baggrund qua deres etnicitet har følt sig særligt i stand til at påtage sig mediatoropgaver i den daglige kliniske praksis. De er i højere grad 'gået ud af rammen' for projektet og har påtaget sig eller fået tildelt disse opgaver. Der er også indikationer for, at det at have anden etnisk baggrund end dansk samlet set har haft positiv betydning for udvikling af samarbejdet med afdelingerne og personalets oplevede effekt af modelprojektet.

Man kan imidlertid ikke vide, hvad de mediatorer, som har fulgt funktionsbeskrivelsen mest præcist havde opnået, hvis deres fokus i højere grad havde været rettet mod patienterne og den daglige kliniske praksis. Selvom der er indikatorer for, at anden etnicitet end dansk kan spille en positiv rolle samlet set, bø, man derfor ikke konkludere noget entydigt om den etniske baggrunds betydning for mediatorrollen, når projektets snævre kompetenceudviklende målsætning holdes for øje.

6.4 Samlet opsummering

Modelprojektets organisering

Inden for modelprojektets rammer har det været praktisk muligt at organisere modelprojektet som et ugentligt tilbud. Typisk havde man en fast ugedag af hensyn til afdelingernes vagtplaner og mediatorernes arbejdsstruktur og muligheder for at fordybe sig i rollen. Den faste ugedag skulle også medvirke til, at afdelingerne ville vide, hvornår man kunne træffe mediatoren.

Modelprojektets generelle erfaringer har vist, at den største gennemslagskraft typisk har været på mediatorernes egne afsnit, hvor de er en del af hverdagen, mens det i varierende grad har været vanskeligere at gøre sig synlige på resten af afdelingernes afsnit.

Det er en fælles erfaring på alle tre modelhospitaler, at organiseringen af projektet har været for 'smal' og utilstrækkelig i forhold til projektets oprindelige målsætninger. Det har haft negativ betydning for mediatorernes synlighed og tilgængelighed på afdelingerne. Ordningen har altså ikke været fleksibel nok til at kunne imø-

dekomme indretningen og organiseringen i den daglige kliniske praksis på de fleste afdelinger.

En fælles erfaring er desuden, at projektet kunne have haft gavn af en stærkere projektledelsesfunktion end de tildelte ressourcer og organiseringen gav mulighed for. Det kunne have bidraget til en bedre styring af projektets fremdrift og været en støtte til mediatorerne i hverdagen i forhold til deres målsætninger og hverdag i rollen.

De fleste involverede aktører vurderer, at projektets løbetid har været tilpas langt til at kunne afvise den eksisterende organisering som den mest hensigtsmæssige for mediatorrollen, men for kort i forhold til at vurdere om projektets oprindelige målsætninger i højere grad ville kunne nås ved en mindre reorganisering.

Mediatorprofil

De gode mediatorkompetencer kan ikke egentlig rangordnes, idet man på hver sin måde kan tilføre rollen noget brugbart. De mest relevante kompetencer afhænger også af, hvilke opgaver man reelt pålægges som mediator.

Vurderet ud fra modelprojektets lokale målsætninger, om det kompetenceudviklende fokus på personalet, er nogle kompetencer vigtigst. Disse kompetencer er stor personlig gennemslagskraft og evne til at formidle komplekse problemstillinger og til at kommunikere i det hele taget. Det er i denne rolle også vigtigt, at man har et højt fagligt refleksionsniveau, så man evner at kombinere ’kulturteoretiske’ udgangspunkter med den daglige praksis.

Skal man beskrive den ideelle mediator ud fra, hvordan personalet har oplevet funktionen og hvad de tilsyneladende efterspørger på afdelingerne, er der lidt andre kompetencer som bør vægtes. En sundhedsfaglig baggrund og viden om afdelingens specifikke emnefelt i relation til sygdomme og behandling samt kendskab til daglig praksis på afdelingen fremstår vigtigt. Stort kendskab til kulturspecifikke emner og de etniske minoriteters livsvilkår i Danmark og tankegang er efterspurgt. De mediatorer, som har opnået mest kontakt med og opnået størst tilfredshed med indsatsen blandt kollegaerne, kan afkode patientens ’uforståelig adfærd’ ved hjælp af sin baggrundsviden eller ved sin evne til at skabe tillid og etablere en dialog med patienten, når behovet opstår. I modelprojektet har det især, men ikke kun, været mediatorerne med anden etnisk baggrund, som har taget disse aspekter af mediatorrollen op.

Under alle omstændigheder er det vigtigt, at man interesserer sig for feltet. Det er også betydningsfuldt at kunne udvise en høj grad af empati, og at man kan formå at fastholde en assertiv tilgang til rollen. Endelig er livserfaring også fremhævet som væsentligt.

7 Overgang til drift og evaluators anbefalinger

Dette kapitel redegør for hospitalernes holdninger til projektets overgang til drift og evaluators vurderinger og anbefalinger i forhold til en eventuel national implementering af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet. Anbefalingerne tager afsæt i de samlede erfaringer fra modelprojektet samt de udenlandske erfaringer med kulturelle mediatorer.

Kapitlet afsluttes med to 'idealtyper' til en fremtidig organisering af mediatorfunktionen:

- Nøglepersonsmodel
- Mediatorkorpsmodel

7.1 Overgang til drift

De fleste informanter rejser tvivl om, om man kan skabe én ensartet national model, da landets hospitaler er vidt forskellige i forhold til organisering, specialer og optageområdernes befolkningsmæssige og etniske sammensætning. Nogle steder kan der være behov for en stor og koncentreret indsats, mens der andre steder er et mindre behov for kulturelle mediatorer.

Det er ikke modelhospitalernes holdning, at man på baggrund af projektforløbet umiddelbart kan eller vil implementere den afprøvede model for kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet. Det anføres, at modellen overordnet set har vist sig for organisatorisk svag og ufleksibel. Desuden har uddannelsen også været for mangelfuld i forhold til de konkrete behov, som man mener, arbejdet som kulturel mediator egentlig rummer.

Erfaringerne fra modelprojektet relaterer sig primært til ét aspekt af mediatorrollen, nemlig kompetenceudvikling af personalet. Der har også været taget andre aspekter af rollen op, men dette er sket ad hoc og er egentlig ikke en del af projektets systematik, på nær i Informationscenteret på Odense Universitetshospital. På denne baggrund vurderes det af evaluator og modelhospitalerne, at man ikke på det nuværende grundlag kan lade modelprojektet overgå til drift.

Det er både projektets aktørers og evaluators vurdering, at der er høstet gode, brugbare erfaringer, som kan benyttes til videreudvikling af rollens indhold. Der kan også på denne baggrund udpeges flere anbefalinger til en fremtidig mediatormodel, der kan tage højde for nogle af modelprojektets organisatoriske problemstillinger.

Det er sandsynligt, at Odense Universitetshospital og Glostrup Hospital vil følge modelprojektet op med endnu en 'prøveordning' baseret på evalueringens resultater, som muligvis skal afprøve andre aspekter af mediatorrollen.

7.2 Evaluators anbefalinger til fremtidigt arbejde med kulturelle mediatorer

Ønsker man at arbejde med kulturelle mediatorer i det danske hospitalsvæsen, viser projekterfaringerne, at flere faktorer er væsentlige at have for øje, for at funktionen skal fungere optimalt:

Mediatorrollens faglige indhold

- Mediatorordningens indsatsområder skal fastlægges på forhånd og beskrives.
- Det kan i den forbindelse overvejes at inddrage andre mediatoropgaver end modelprojektets snævre kompetenceudviklende fokus, så man i fremtiden også varetager interventioner i den kliniske praksis og egentlig rådgivning af patienter. Disse aspekter af mediatorgerningen imødekommer i højere grad arbejdets tilrettelæggelse og indhold på en hospitalsafdeling. Kompetenceudvikling af personalet er vigtigt og fremadrettet, men kan snarere virke som et understøttende element af mediatorernes mere 'problemløsende' arbejde.
- En fastlæggelse af mediatorernes indsatsområder har også betydning for, hvilke personlige og faglige kompetencer fremtidens mediatorer skal have. Det har også betydning for, hvordan mediatoruddannelsens indhold bør tilrettelægges.

Mediatorrollens organisatoriske tilrettelæggelse

- En høj grad af fleksibilitet og en høj tilgængelighed ved et behov for en kulturel mediator bør tænkes ind i organiseringen af en fremtidig mediatorordning. Behovet bør kunne imødekommes med det samme eller i hvert fald så vidt muligt samme dag.
- Mediatoren bør have kontinuerlig kontakt til de enkelte afsnit under afdelingerne, for at personalet kan se relevansen og husker på muligheden for at benytte sig af en kulturel mediator.
- Mediatorordningen bør gives betragtelige ressourcer i opstartsfasen for at synliggøre funktionen og ordningen skal gives forholdsvis god tid til at etableres.
- Mediatorordningen bør gives kontinuerlige ressourcer til supervision, efteruddannelse og videreudvikling.
- Det er af afgørende betydning for mediatorernes trivsel i rollen, at der sikres et fagligt kollegialt fællesskab.
- Det er af stor betydning, at mediatorerne har en centralt placeret leder i organisationen, som gerne må være bekendt med emnefel-

tet, så vedkommende kan understøtte mediatorernes indsats bedst muligt.

- I forhold til det patientrettede oplysnings- og uddannelsesarbejde, som dog kun er afprøvet i Informationscenteret på Odense Universitetshospital, vurderer evaluator, at det kan være ganske hensigtsmæssigt at forankre denne indsats hos en central enhed, som i forvejen arbejder med patientinformation og vejledning. Således kan patientgruppen med anden etnisk baggrund end dansk integreres i det generelle informationsarbejde, samtidig med at deres særlige behov tilgodeses.

- Ledelsesmæssig opbakning på afdelingsniveau og ledernes forståelse af pointen med kulturelle mediatorer er afgørende for personalets opfattelse af mediatorers relevans og anvendelse af tilbuddet. Derfor kan man med fordel ved en fremtidig implementering arbejde målrettet med at sikre mellemlederniveauets forståelse af mediatortilbuddet og et øget medejerskab.

- Da det beror på personalets subjektive behov og vurderinger, om der er et problem, som bør adresseres af en mediator, kan det overvejes at gennemføre obligatorisk introduktion til alle ansatte ved indførelse af kulturelle mediatorer. Mediatorfunktionen og dets tilbud præsenteres, men lejligheden kan også bruges til at fremlægge de nyeste forskningsresultater i forhold til etniske minoriteters generelle sundhedstilstand og behandlingsmønstre. Ved at skærpe personalets bevidsthed om etniske minoriteters problemstillinger i forhold til sundhedsvæsenet og personalets blinde vinkler i forhold til gruppen, kan man skabe mere optimale forudsætninger for mediatorernes virke – og også tage de første skridt i kompetenceudviklende retning.

7.3 Organisatoriske modeller for en fremtidig mediatorordning

På baggrund af erfaringerne fra projektet kan udpeges to skitser til fremtidige mediatormodeller. Hvilken model, der er mest hensigtsmæssig at tage afsæt i, afhænger af, hvilke problemstillinger man ønsker, at en fremtidig mediatormodel skal adressere. Disse to modeller skal betragtes som 'idealtyper' og er begge ressourcekrævende modeller, som måske snarere på længere sigt kan overvejes etableret:

- Nøglepersonsmodel
- Mediatorkorpsmodel

Nøglepersonsmodellen har især et potentiale for at adressere de personaleorienterede aktiviteter med fokus på daglig holdningsbearbejdning, rådgivning i specifikke patientsager samt øget opmærksomhed på, hvordan man selv kan løse de problemstillinger, man måtte møde, mest hensigtsmæssigt.

Mediatorkorpsmodellen kan i højere grad karakteriseres som en patientrettet model, som især har sin værdi i de situationer, hvor der er opstået et reelt 'problem' eller en kommunikationsbrist mellem personale og patient. Mediatorkorpsmodellen kan dog også have det kompetenceudviklende fokus som sit arbejdsfelt.

Modellerne kan også kombineres, så man etablerer et centralt mediatorkorps, som tildeles en kontaktperson på hver afdeling, som kan understøtte samarbejdet mellem korpset og hospitalsafdelingerne. Denne model er muligvis det bedste bud i forbindelse med den forsatte udvikling og afprøvning af rollen.

I det følgende skitseres de to organisatoriske modeller, ligesom fordele og ulemper ved hver model beskrives nærmere.

Nøglepersonsmodel

Organisering

Nøglepersonerne bør have en leder centralt placeret i organisationen, som medvirker til at varetage de administrative opgaver, sikrer supervision af kulturelle mediatorer og faciliterer kontinuerlig efteruddannelse til nøglepersoner samt bidrager til at holde fokus på området på hospitalet som helhed.

På afdelingsniveau udvælges et antal nøglepersoner, som optimalt fordeles på alle afsnit. Disse nøglepersoner har, eller gives, relevante kompetencer inden for kulturel mediation.

Differentierede kompetenceniveauer

Det kan være en fordel at udvikle to uddannelsesforløb, så man etablerer differentierede 'kompetenceniveauer' for de kulturelle mediatorer ved hjælp af forskellige uddannelsesforløb. Således kan flertallet af nøglepersoner være 'menige', mens en enkelt nøgleperson pr. afdeling kan være klædt bedre på uddannelsesmæssigt i forhold til mediatoropgaven.

Pointen med at have to kompetenceniveauer er, at det vurderes, at ikke alle nøglepersoner i en afdeling behøver lige meget uddannelse inden for feltet. Ved at uddanne et mindre antal nøglepersoner som mediatorer og give 'menige' nøglepersoner en kortere uddannelse, kan man desuden minimere de forholdsmæssigt store udgifter som uddannelse af nøglepersonerne indebærer.

Ansvarsområder

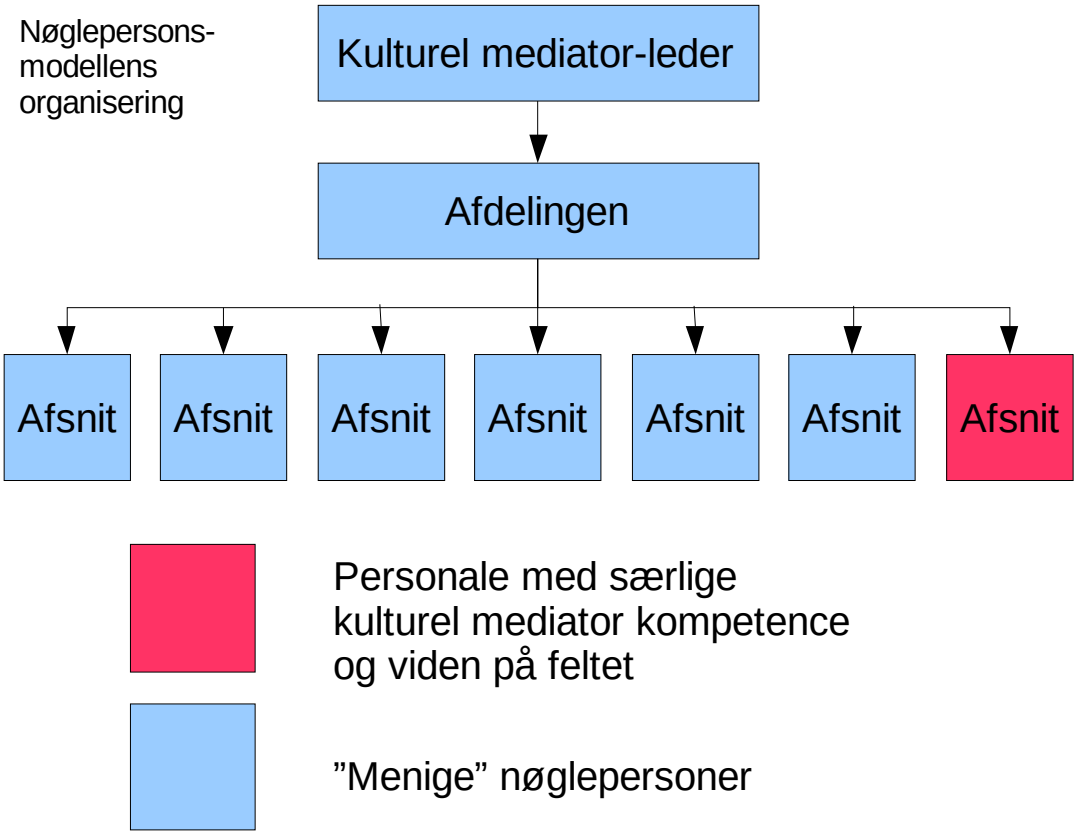
De nøglepersoner, som modtager et længere og mere kompetencegivende kursus inden for mediatorfeltet, kan have ansvaret for de mediatoropgaver, som måtte opstå. Opgaverne kan være:

- Konfliktmægling og supervision af personalet om svære patientsager
- Projektforløb med særlige relaterede emner i fokus og kompetenceudviklende undervisning til personalet
- Rådgivning af personalet i hverdagen

- Patientsamtaler
- Mediatorerne kan også have ansvar for materialeudvikling og –opdatering

De 'menige' nøglepersoner, som tildeles et kortere uddannelsesforløb, kan medvirke til at understøtte det generelle fokus på området og bistå deres kollegaer ved mindre problemstillinger. De kan desuden medvirke til at vurdere, om der er behov for egentlig supervision, konfliktmægling, osv. Ved behov kontaktes afdelingens nøgleperson med egentlige mediatorkompetencer. Det sidst nævnte aspekt er vigtigt, fordi de udenlandske erfaringer og erfaringerne fra modelprojektet viser, at brugen af mediatorkompetencer i høj grad beror på subjektive individuelle vurderinger af situationen i mødet mellem patienter og det sundhedsprofessionelle personale. Det betyder, at man som almindelig sundhedsprofessionel kan overse situationer, hvor den kulturelle mediator kunne have spillet en positiv rolle.

Figur 1:



Fordele

Nøglepersonsmodellen er en velkendt model i hospitalsregi i forsøget på at implementere og forankre tiltag af forskellig art. Modellen fungerer ved, at et antal udvalgte personer på en afdeling har et givent emne som ansvarsområde og klædes på til at udfylde rollen. Modellens genkendelighed kan i sig selv være en fordel i forhold til implementeringen.

Nøglepersonsmodellen ligger i virkeligheden tæt på modelprojektets organisering, men via nøglepersonernes tilstedeværelse på afsnitsniveau, kan man i højere grad imødekomme de problemstillinger, som modelprojektets organisering har rejst i forhold til mediatorerens tilgængelighed og synlighed. Nøglepersonsmodellens fordele i forhold til modelprojektet er altså, at den viden, som skal blive til en del af hverdagens rutiner og tankegods, er tilgængelig i afsnittene i hverdagen.

En fordel kan også være, at der ikke som sådan skal skabes en egentlig ny funktion i hospitalsregi. Nye udefrakommende funktioner kan have svært ved få fodfæste og etablere et egentlig samarbejde med afdelingerne.

I forhold til aflønning er nøglepersonfunktionen i reglen aflønnet med et passende tillæg. Der skal altså ikke findes egentlige lønressourcer til personer, som ikke er en del af den almindelige normering.

Ulemper

Menige 'nøglepersoner' vil ikke have tid og kompetencer til at gennemføre udviklingsprojekter, kompetenceudviklende undervisning eller foredrag, som relaterer sig til emnefeltet mm. Såfremt der ikke etableres differentierede uddannelsesniveaue,r kan dog kompenseres herfor ved at eksempelvis hospitalets udviklingsafdeling/kvalitetsafdeling varetager nogle af disse opgaver.

Hvis alle nøglepersonerne skal tilbydes en mediatoruddannelse, er det en meget ressourcekrævende model. Det vurderes også, at den økonomiske byrde ved at give alle nøglepersoner på afsnitsniveau en mediatoruddannelse er for stor til, at det giver mening i forhold til udbyttet og det reelle behov for mediationskompetencer.

Gennemfører man differentierede uddannelsesniveauer og kompetencer til nøglepersonerne, er det en organisatorisk kompliceret model med mange aktører. Ansvarsområder og beslutningskompetencer skal derfor beskrives nøje og detaljeret, og de involverede aktører skal tage ejerskab herpå, for at modellen skal fungere.

En ulempe ved nøglepersonsmodellen er desuden, at man erfaringsmæssigt ved, at det kan være svært at få tilstrækkelig 'taletid' som nøgleperson til at trænge igennem med sine budskaber i den kliniske hverdag. I den forbindelse er afdelingslederens opbakning af stor betydning.

De store personaleudskiftninger, som almindeligvis forekommer på en hospitalsafdeling, kan også være et problem i forhold til nøglepersonsmodellen, som den er skitseret her.

En anden ulempe er, at nøglepersonsmodellen ikke umiddelbart giver de organisatoriske rammer og muligheder for at etablere et samarbejde med primærsektoren og de kommunale forvaltninger, som modelhospitalerne efterspørger.

Mediatorkorpsmodel

Mediatorkorpsmodellen ligner i højere grad de afprøvede modeller for kulturel mediation i udlandet[6].

Organisering:

Mediatorkorpset bør have en leder centralt placeret i organisationen, som medvirker til at varetage de administrative opgaver, sikrer supervision af kulturelle mediatorer og faciliterer kontinuerlig efteruddannelse til mediatorer samt bidrager til fokus på området på hospitalet som helhed.

Ledelsen kan i denne model være organiseret regionalt eller på hospitalsniveau. Det er ikke muligt at vurdere, hvad der vil virke bedst ud fra dette projekts erfaringer. En fordel ved en regional model kan umiddelbart være, at man kan sikre en vis ensartethed i tilbuddet og organiseringen inden for hver region. Der vil i en regional model være behov for færre lønressourcer til mediatorfunktionen, end hvis korpset skal have en leder på hvert hospital. Fordelen ved en leder på hvert hospital er, at vedkommende i højere grad har indsigt i de lokale forhold og behov og bedre kan understøtte mediatorernes arbejde.

På hospitalsniveau ansættes et antal mediatorer (afhængigt af hospitalets størrelse og optageområdets etniske sammensætning), som har, eller gives, kompetencer inden for supervision, konfliktmægling og kommunikation.

Mediatorkorpset dækker hele hospitalet og bør have en udgående konsulentfunktion på hospitalet og være tilgængeligt i hvert fald i dagtimerne. Denne funktion kan sammenlignes med hygiejnesygeplejersker og liason-psykiatriske sygeplejerskers funktion på somatiske afdelinger.

Mediatorerne kan muligvis være deltidsansatte i stillingen, men bør i så fald 'overlappe' hinanden, så det er muligt for hospitalets afdelinger at kunne tilkalde en mediator med kort varsel og dermed sikre en høj grad af tilgængelighed.

Ansvarsområder

- Konfliktmægling
- Supervision af personalet om svære patientsager

- Daglige besøgsrunder
- Patientsamtaler

- Projektforløb med særlige relaterede emner i fokus
- Kompetenceudviklende undervisning til personalet
- Materialeudvikling og -opdatering

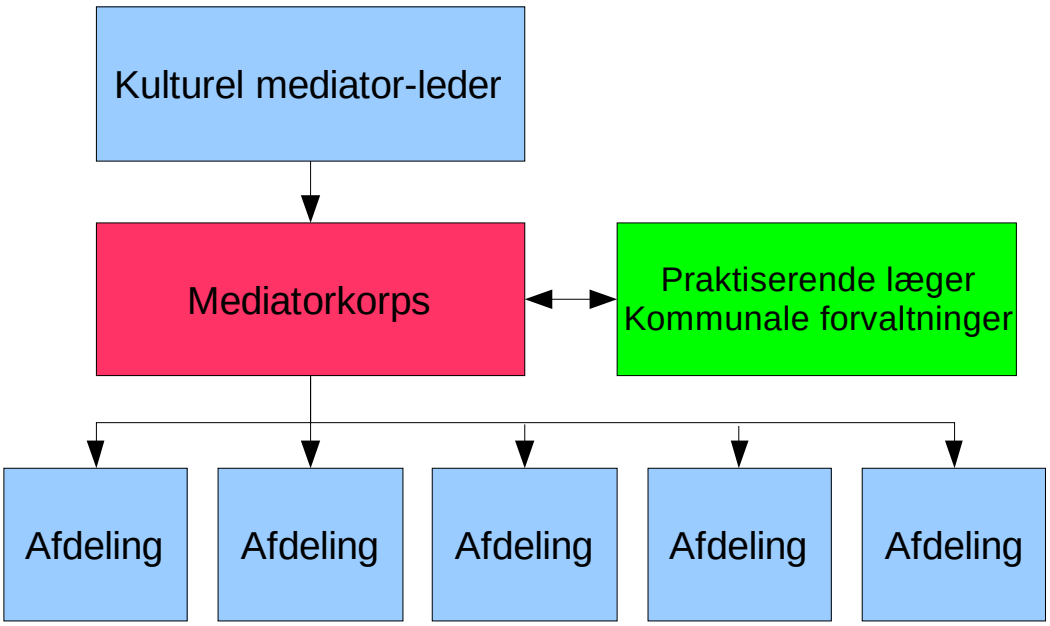
- Samarbejde med primærsektoren og kommunale forvaltninger

---

[6] Udenlandske erfaringer med anvendelse af mediatorer i sundhedsvæsenet, SST 2006

Figur 2:

Mediatorkorps modellen



Fordele

Korpsmodellen muliggør i højere grad end modelprojektet en høj tilgængelighed på afdelingerne, ved at mediatorerne står til rådighed og kan bistå afdelingerne med kort varsel.

Den centrale model har ikke været afprøvet i modelprojektet, dog med undtagelse af mediatorfunktionen i Informationscenteret på Odense Universitetshospital som har haft elementer heraf. Man kan dog umiddelbart forestille sig, at fordelen ved en udefrakommende fumktion kan være, at det er lettere at stille 'de frække spørgsmål' og rette kritik mod personalets håndtering af episoder med patienter med anden etnisk baggrund, når man ikke er en del af den daglige, sociale kontekst på en hospitalsafdeling.

Ved at mediatorerne er organiseret som et korps, som har mediation som sin daglige opgave, kan der bedre skabes en fokuseret indsats på opgaverne, end tilfældet er i nøglepersonsmodellen og modelprojektet.

Der er også i højere grad mulighed for etablering af et fælles kollegialt samarbejde om rollen og videreudviklingen af denne.

Ved at begrænse mediatorrollen til et mindre antal personer pr. hospital er ressourcebehovet til mediatoruddannelsen også mindre, end tilfældet er i nøglepersonsmodellen.

Endelig skaber korpsmodellen større mulighed for at indlede og udbygge et relevant samarbejde med primærsektoren og de kommunale forvaltninger.

Ulemper

Modelprojektets erfaringer har vist, at en høj grad af synlighed og fysisk tilstedeværelse er forudsætningen for det reelle forbrug af mediatorens ydelser. Korpsmodellen rummer som modelprojektet visse ulemper i forhold til dette aspekt. Som for alle andre eksterne konsulentfunktioner i hospitalsregi kan det tage lang tid og kræve mange ressourcer at blive et 'kendt' ansigt og en kendt funktion, som efterspørges. For at eksterne konsulenters kompetencer reelt skal blive taget i anvendelse, er den almindelige erfaring, at der bør tildeles forholdsmæssigt meget tid til at lave daglige besøgsrunder. Man kan også kompensere for denne ulempe ved at sikre en høj grad af synlighed ved hjælp af mediatorkorpsets fysiske placering, obligatorisk introduktion til personalet om mediatortilbuddet og løbende information om tilbuddet.

Evnen til at påvirke personalets kompetencer og skabe et hensigtsmæssigt fokus helt ud på hospitalets enkelte afsnit er også mindre, når man er en centralt organiseret enhed. Satses der for ensidigt på de konfliktmedierende aspekter af mediatorrollen, kan personalet miste fokus på, hvad de selv kan gøre for at løse problemet og skabe god og tilstrækkelig dialog med patienter med anden etnisk baggrund. Derfor bør korpsets arbejdsopgaver prioriteres således, at man har tid til de kompetenceudviklende indsatser som eksempelvis foredrag og undervisning. Disse aktiviteter kan dog gennemføres fra hospitalernes kvalitets-/udviklingsafdelinger, og i mindre grad være en del af mediatorernes arbejdsopgaver.

I forhold til det direkte patientrettede arbejde rummer modellen visse svagheder, da det beror på patientens eller afdelingernes individuelle vurderinger, om der er et behov for at tilkalde en mediator udefra. Ved at mediatoren ikke er til stede i længere tid af gangen, kan det forudses, at der i hvert fald i projektets opstart vil opstå færre spontane 'mediatorsituationer', end tilfældet vil være i nøglepersonmodellen.

8 Bilagsfortegnelse

Bilag 1. **Kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet – Resumé af forundersøgelse og baseline**

Bilag 2. **Oversigt over mediatoruddannelsens indhold**

Bilag 3. **Organiseringsmodeller**

Bilag 4. **Tabeller - spørgeskemaundersøgelse til personale**

Bilag 5. **Diagrammer - oversigt over mediatorernes aktiviteter**

Bilag 1:
Kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet – resumé af forundersøgelse og baseline

Baggrund

Mødet mellem patienter med anden etnisk baggrund end dansk og hospitalspersonale kan af begge parter opleves som udfordrende og nogle gange kan der opstå problemer. For at imødegå denne problematik er der i flere lande oprettet korps af såkaldte ”kulturelle mediatorer”, som er personer med særlige kommunikationskompetencer såvel som kulturelle og sproglige kompetencer, der arbejder som konfliktløsere/kulturformidlere mellem patienten og sundhedssystemet.

På baggrund af erfaringer fra udlandet har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Glostrup Hospital, Odense Universitetshospital og Bispebjerg Hospital igangsat en afprøvning af kulturelle mediatorer som metode til at forbedre mødet og kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienter med anden etnisk baggrund på danske hospitaler. Pilotprojektet afsluttes ved udgangen af 2009.

Forundersøgelsen

Dette dokument præsenterer hovedresultaterne af projektets forundersøgelse, der dels har haft til formål at fastlægge en baseline for den afsluttende evaluering, dels skal være med til at identificere indsatsområder for de kommende mediatorer. Undersøgelsen bestod af en spørgeskemaundersøgelse og en interviewundersøgelse blandt modelafdelingernes personale og en spørgeskemaundersøgelse blandt modelafdelingernes patienter. Undersøgelsen gennemførtes af Als Research ApS.

I undersøgelsen er der blevet spurgt til ’patienter med anden etnisk baggrund’. Denne gruppe patienter er i sagens natur meget blandet og det er vigtigt at understrege, at de problematikker, der tages op, langt fra gælder alle patienter med minoritetsetnisk baggrund. Der vil derfor nogle gange være behov for at generalisere for at kunne beskrive nogle tendenser.

Personalets oplevelser med patienter med anden etnisk baggrund

De undersøgelser, der er blevet lavet blandt personalet, spurgte til deres egne konkrete oplevelser med patientgruppen. Der deltog 391 personer i spørgeskemaundersøgelsen. Svarene viser, at *91 pct.* af personalet oplever patienter med anden etnisk baggrund som en særlig patientgruppe, der overordnet set adskiller sig fra gruppen af etnisk danske patienter på en række punkter. Undersøgelsen fandt ikke, at der var signifikante forskelle mellem undersøgelsens tre hospitaler eller mellem de deltagende modelafdelinger. Heller ikke faktorer som personalets alder, køn og faglige tilhørsforhold har overordnet set signifikant indflydelse på deres oplevelser med patientgruppen.

Dårligere kommunikation:

Personalet fremhæver kommunikationsvanskeligheder, der skyldes dårlige danskkundskaber og et generelt lavere uddannelsesniveau, som et af de væsentligste særtræk for patientgruppen. De sproglige, kommunikative problemer og manglen på relevant viden fremstår som centrale problematikker, der er en medvirkende baggrund for den række af øvrige problemstillinger, der kendetegner arbejdet med patientgruppen.

Sygdomsforståelse og kendskab til det danske sundhedsvæsen:

En af disse problemstillinger er sparsom sygdomsforståelse og anderledes, til dels kulturrelaterede, opfattelser af sygdom, hvilket *75 pct.* af personalet oplever som kendetegnende for gruppen med anden etnisk baggrund. Desuden oplever *46 pct.* af personalet, at gruppen med anden etnisk baggrund har et mangelfuldt kendskab til kroppens funktioner. Det opfattes ydermere som et problem for *40 pct.* af personalet, at dele af patientgruppen med anden etnisk baggrund er dårligere til at tilpasse sig hospitalets organisering og planlægning end de etnisk danske patienter. De fleste interviewede forklarer, at de oplever, at det skyldes et mangelfuldt kendskab til sygehusvæsenets organisering og hospitalskulturens forventninger til patienterne, eksempelvis hvad angår punktlighed mht. aftaler og patientens egen rolle i sin behandlingsproces.

Forventninger til mødet med sundhedsvæsenet:

Sundhedspersonalet oplever også, at patientgruppen har anderledes forventninger og tilgange til patient-læge relationen. Personalet beskriver således, at patientgruppen med anden etnisk baggrund fremstår som mere passiv end etnisk danske patienter, hvilket forklares med et manglende kendskab til personalets forventninger til patientens rolle. Flere peger i den forbindelse på en særlig 'høflighedskultur', som et kendetegn for gruppen, der kan vanskeliggøre etableringen af den nødvendige dialog med hensyn til at sikre patientens forståelse af behandlingsmuligheder og egen rolle i behandlingen.

Undersøgelsen viser, at forventningerne til lægen kan være andre end blandt etnisk danske patienter. Det opleves, at patientgruppen med anden etnisk baggrund end dansk er mere autoritetstro og forventer, at lægen uden for mange spørgsmål og egentlig dialog fortæller dem, hvad der skal gøres.

Patienternes forventninger til behandling og udredning kan også være anderledes. Mange personaler hæfter sig ved, at gruppen oftere end etnisk danske patienter har en forventning om en hurtig medicinsk løsning på helbredsmæssige problemer, og at en udredning skal indeholde større mængde undersøgelsestiltag, end der nødvendigvis er lægelig indikation for.

Pårørende – både en ressource og en belastning:

Forundersøgelsen viser, at de pårørende til patienter med anden etnisk baggrund af personalet betragtes som en stor støtte for patienten, men de fysiske rammer på afdelingerne gør, at de også 'fylder for meget', ofte fordi de kommer mange ad gangen og opholder sig lang tid på afdelingen. En del af personalet peger på, at de pårørende ikke altid efterkommer afdelingens skrevne og uskrevne regler, normer og rutiner.

Hvilke konsekvenser har det – for patienter og personale?

De beskrevne særtræk hos gruppen synes at have betydning for arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund på flere måder. Personalet peger på, at kommunikationsvanskelighederne betyder, at det er vanskeligere at klarlægge patientens sygdomshistorie og at patienter med anden etnisk baggrund i mindre grad end etnisk danske patienter følger den planlagte behandling. Det kan også være sværere at motivere disse patienter for livsstilsændringer og opmærksomhed på eget ansvar for behandlingsresultaterne.

Disse problemstillinger betyder, at knapt halvdelen af personalet (*46 pct.*) oplever, at det ofte eller i enkelte tilfælde kan give dårligere behandlings- og plejeforløb sammenlignet med etnisk danske patienter.

Oplevelsen er dog også, at de beskrevne faktorer ikke nødvendigvis skaber flere åbne konflikter med patientgruppen end med de øvrige patienter, men at det er en kilde til større frustration blandt personalet – en frustration som man ofte ikke taler åbent om. Disse forhold gør også, at gruppen generelt opleves som mere tidskrævende i en i forvejen presset dagligdag.

Patienternes oplevelse af deres sygehusforløb

Tilfredshed med behandlings- og plejeforløb:

Spørgeskemaundersøgelsen blandt 139 patienter (33 personer med anden etnisk baggrund) viser, at der generelt er stor tilfredshed med det samlede indlæggelsesforløb, idet *93 pct.* af etnisk danske patienter og *85 pct.* af patienter med anden etnisk baggrund angiver at være *rigtig godt* eller *godt* tilfreds. Forskellen er ikke statistisk signifikant. Tilsvarende er tilfredsheden med kvaliteten af behandlingen og plejen høj hos begge grupper, og der er ikke signifikant forskel på grupperne. Faktorer som patientens køn, alder og uddannelsesniveau synes ikke at have indflydelse på disse oplevelser.

Kommunikation:

Med hensyn til patienternes oplevelse af kommunikationen med personalet opleves den samlet set af begge grupper som god og tilstrækkelig. Dog er der hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk en signifikant lidt større følelse af, at personalet ikke udviser tilstrækkelig interesse over for patienten og at de bruger for lidt tid på dem.

På spørgsmålet ”I hvilken grad oplever du, at personalet har brugt tid nok til at tale med dig om din situation?” svarer *40 pct.* af gruppen med anden etnisk baggrund *I høj grad*, mens *70 pct.* af gruppen af etniske danskere giver dette svar. *18 pct.* blandt gruppen med anden etnisk baggrund svarer *I mindre grad*, sammenlignet med *8 pct.* blandt de etniske danske patienter. På spørgsmålet ”I hvilken grad oplever du, at personalet har udvist tilstrækkelig interesse for hvordan du har det?” svarer *42 pct*. af gruppen med anden etnisk baggrund *I høj grad*, mens *71 pct.* af de etnisk danske patienter giver dette svar. Blandt gruppen med anden etnisk baggrund svarer *21 pct. I mindre grad*, sammenlignet med *4 pct.* hos gruppen af etniske danskere.

Disse forskelle kan bunde i forskellige forhold, men et af dem kan være, at personalet oplever at være usikre over for patienter med anden etnisk baggrund. Måske føler man sig hæmmet i sin faglighed af kommunikationsvanskeligheder og bruger derfor mindre tid på patienten og spørger ikke ind til de ting, man normalt ville have gjort.

Kulturelle hensyn:

Hovedparten af patienterne med anden etnisk baggrund har ikke følt behov for, at der skulle tages særlige kulturelle hensyn. En mindre andel af patientgruppen med anden etnisk baggrund end dansk har følt behov for brug af tolk under indlæggelsen, og i de fleste tilfælde er denne gruppe blevet tilbudt tolk. En mindre andel af patientgruppen med anden etnisk baggrund angiver, at de har følt sig negativt forskelsbehandlet på grund af etnicitet *(21 pct.)* eller religion *(15 pct.)*.

Hvad skal mediatorerne lave?

En vigtig del af forundersøgelsen drejede sig om at identificere arbejdsområder for de kommende mediatorer, der vil kunne forbedre relationen mellem patienter og personale. Hvad angår mediatorernes funktion i forhold til patienterne, peger forundersøgelsen på, at mediatorerne kan arbejde med følgende:

- At informere patienter om sygehusvæsenets organisering og forventninger til patienter
- At hjælpe patienterne til bedre at forstå deres sygdomme, anatomi, behandling og medicinering osv.
- At hjælpe patienterne med at gøre opmærksom på kommunikations- og forståelsesvanskeligheder i forhold til personalet
- At skabe overblik over eksisterende relevant informationsmateriale på andre sprog end dansk til patienter og identificere de involverede afdelingers behov for yderligere materiale på andre sprog end dansk samt varetage udvikling og distribuering heraf til afdelingerne

Hvad angår mediatorernes personalerettede kontakt udpeger forundersøgelsen følgende indsatsområder:

- At oplyse personalet om de særlige problematikker, der kan gøre sig gældende for patientgruppen, såsom anderledes sygdomsforståelse, manglende viden om sundhedsvæsenets organisering og kroppens anatomi
- At hjælpe med at forebygge kommunikationsvanskeligheder ved at undervise personalet i interkulturel kommunikation
- At bevidstgøre personalet om egne kulturelt betingede vaner og praksisser samt at introducere et mere dynamisk kulturbegreb, der nuancerer personalets opfattelse af etnicitet og kultur
- At informere personalet om lokale retningslinjer for korrekt tolkebrug, juridiske krav og hensyn og andre tolke-etiske dilemmaer
- At tage personalets oplevelser og evt. frustrationer med patientgruppen op til dialog/ supervision i afdelingerne

Bilag 2:
Oversigt over mediatoruddannelsens indhold

Særligt tilrettelagt forløb "Interkulturel kommunikation"

Modulet "Kommunikation" er et tværgående modul i de Sundhedsfaglige diplomuddannelser. Undervisningens tilrettelæggelse tager udgangspunkt i Studieordningen for De Sundhedsfaglige Diplomuddannelser[7] samt Studievejledning for de Sundhedsfaglige Diplomuddannelser.

Dette modul er rettet mod deltagere, der arbejder med kommunikation, kulturmøde og formidling i sundhedsfaglige sammenhænge.

Fokus i modulet

Modulets omdrejningspunkt er udvikling af kompetence til at forholde sig fagligt og reflekterende over kommunikative problemstillinger i sundhedssektoren. At videreudvikle kommunikative forudsætninger for at igangsætte og indgå i forandringsprocesser i praksis.

Forandringsprocesser tænkes her som de processer, der kan igangsættes som følge af større viden og indsigt i betydningen af kommunikation i mødet mellem mennesker og systemer med forskellige forudsætninger. Mødet mellem mennesker ses som kommunikationssituationer i særlige kontekster.

Der arbejdes med at beskrive, analysere med faglige vinkler og kunne formidle betydningen af dette.

Indhold i modulet jf. Studieordning

Kommunikationsteori:

Herunder kulturforståelse og interkulturel kommunikation. Kulturelle aspekter med betydning for kommunikation.

Kommunikation i samarbejdsrelationer:

Herunder kulturelle forskelligheder i samfundets institutioner. Kultur og etnicitet som forskelskategorier.

---

[7] Studieordningen for De Sundhedsfaglige Diplomuddannelser – kan hentes på: www.cvukbh.dk under de sundhedsfaglige diplomuddannelser eller på: www.cvu-rk.dk under de sundhedsfaglige diplomuddannelser

Kulturelle aspekter med betydning for kommunikation:

Herunder patienter og professionelle roller.

Forskellige tilgange til sundhed og sygdomsopfattelser og den kommunikative betydning af dette.

Mangfoldighed og ressourcer.

Formidling:

Herunder sundhedsformidling, information og vejledning. Supervision og mentoring.

Læring og forandring.

Kommunikationsanalyser:

Herunder sprog, magt og etik. Tolkning og fortolkning. Forpligtigelser og rettigheder.

Ovenstående afspejler modulets sammenhæng med studieordning. Selv uddannelsesplanen er organiseret med udgang i sammenhænge mellem temaerne.

Undervisningens pædagogiske grundlag og tilrettelæggelse:

Som beskrevet i ”Studievejledning for de Sundhedsfaglige uddannelser” er undervisningens pædagogiske grundlag, at den studerendes faglighed og praksiserfaring inddrages i undervisningen. Undervisningens arbejdsform tager udgangspunkt i høj studieaktivitet af deltagerne. Det er en forudsætning, at den studerende arbejder selvstændigt med forberedelse til undervisningen og deltager aktivt ved øvelser og debat i undervisningen. Undervisningen veksler mellem forelæsninger, dialog, debat og gruppeøvelser.

Undervisningsplan

Tids- punkt	Emne	Underviser	Litteratur
Onsdag den 27 februar	Kl. 10 -12. 30: Introduktion til modulet og gensidig præsentation	Anne Mette Jørgensen Liv Fabrin Lis Alminde Mette Rose	• Udleverede "Undervisningsoversigt, modul – kommunikation" • Studieordning for de Sundhedsfaglige diplomuddannelser. Studieordning kan hentes på: www.cvukbh.dk eller på: www.cvu-rk.dk • Rom, Gitte og Mette S. Nielsen. Kommunikation som humanistisk fag og professionel sundhedsfaglig praksis. I: Rom, Gitte og Mette S. Nielsen (red). Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner. Munksgaard Danmark.2006.*
	Introduktion til skolekom og eller alternative kommunikationsformer Frokost kl 12.30 -13 Kl 13 -16	Susan Eirfeldt	
	Forskellighed i sundhedsvæsnet. Hvilke strategier udvikler Sundhedsvæsnet i lyset af en øget globalisering og migration? Nationale og internationale tiltag i forhold til håndtering af kulturel forskellighed. Projekt "migrant friendly hospitals" Betydningen af begreber som "minoritet", "ligestilling", "anti-diskrimination, "integration" og "mangfoldighed i relation til sundhedsarbejdets organisering.	Liv Fabrin	Litt Krag, Helen 2007: "Minoriteter: Definitioner og kategorier" i Helen Krag. Mangfoldighed, magt og minoriteter. Introduktion til minoritetsforskningens teorier. København: Forlaget Samfundslitt.* Sundhedsstyrelsen(2006) "Udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsnet" Als Research APS og Lise Galal for Sundhedsstyrelsen. (Udleveres) "Mangfoldighed i sundhedsvæsnet" Dansk Sygeplejeråd og Institut for menneskerettigheder. 2006.* Arbejdsgruppen for WHO Europas Netværk for Sundhedsfremmende Hospitaler (2002) "Amsterdam- deklarationen. Mod indvandrervenlige hospitaler i et etnisk-kulturelt mangfoldigt Europa". WHO*

Torsdag den 28 februar kl 10 -16	Kl 10 -16 **Kulturforståelse og inter-kulturel kommunikation.** Hvad er kultur og hvordan kan betydningen af det kliniske møde analyseres? Forskellige tilgange til begrebet kultur. Metoder til at analysere interkulturelle aspekter af kommunikation i institutionelle sammenhænge.	Liv Fabrin	Litt: Mogensen, Hanne O, og Lars Oberlander (2006) ”Antropologiske perspektiver på kultur”. I: Niklasson, Grit (red): Samfund og kultur i sundhedsarbejdet. København: Frydenlund* Skytte, Marianne (2006): ”Det flerkulturelle samfund”, I: Niklasson, Grit (red): Samfund og kultur i sundhedsarbejdet. København: Frydenlund* Jensen, Iben (2005): Grundbog i kulturforståelse. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag. (Kap 9)
Torsdag den 6 marts Kl 10 -16	Hvordan arbejder man med forandring af egen praksis? Konflikthåndtering og forandring af egen praksis	Mette Rose	Else Hammerich og Kirsten Frydensberg; Konflikt og kontakt – om at forstå og håndtere konflikter. (2006) Center for Konfliktløsning. Forlaget Hovedland. 1. udg. 2.oplag. (s. 29-50)* Pearce, Barnett. Kommunikation og skabelsen af sociale verdener. Dansk Psykologisk forlag. (2007) Kap 1. *
Torsdag den 13 marts Kl 10 -16	Kl 10 -14 Det kliniske møde. Patient- og professionelle roller. Betydningen af forskellige Sundheds og sygdomsopfattelser. Kl 14 – 16 Etniske minoriteters brug af sundhedsvæsnets tilbud	Lis Alminde Maria Kristiansen	Etniske Minoriteters opfattelse af sygdomsrisici. Sundhedsstyrelsen 2006 * www.sst.dk Eriksen, Thomas Hylland og Sørheim, Torunn Arntsen: Kulturforskelle, kulturmøder i praksis, kap.14: Sygdom og kultur * Kristiansen, Maria og Nielsen, Anna Mygind: Komplekse møder, Hospitalspersonalets oplevelser af mødet med etniske minoritetspatienter på en børneafdeling, speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet 2004. Indledning og Kapitel 1 og 3 i kompendium. * Derudover 2 artikler fra Ugeskrift for Læger i Kompendiet. *: Kristiansen. M.: ”Sundhedsmæssige konsekvenser af migration”. 2006 (36):3006 og Nørredam. M.: ”Adgang til sundhedsydelser for migranter”. 2006; 168(36):3008

Torsdag den 27 marts Kl 10 -16	Forskel og lighed i sundhed og sygdom. Kriser, tortur/PTSD Etik, sprog, tolkning og fortolkning. Mangfoldighed og ressourcer. Sundhedsformidling, information og vejledning i relation til Sundhedsfremme.	Lis Alminde	Nielsen, Anette Sonne: Langtidssyge migrantkvinder, om status og behandling i det danske sundhedsvæsen. I Vallgårda, Signild og Koch, Lene: Forskel og lighed i sundhed og sygdom. Munksgaard 2006 * Elsass, Peter: Håndbog i kulturpsykologi – et fag på tværs. Gyldendal 2003. Kap. 4: Flygtninge og Torturoverlevere* Artikler udleveres
Torsdag den 3 april 10 -16	Kl 10 -14 Præsentation af "Sundhed på dit sprog", sundhedsformidlere med anden etnisk baggrund end dansk. Uddannelsen Tanker bag Peer Education Hvad har vi lært? Kl 14 -16 Om at arbejde som mediator I sundhedsvæsnet. Ideer til at arbejde i egen praksis.	Lisa Duus Tina Bruun	Om Peer Education "Sundhed på dit sprog" Evalueringsrapport Folkesundhed København* www.hiv-danmark.dk/udgivelser/pdf/Etnisk.pdf * Bruun, Tina, mfl. (2004): "Min største frygt er, at jeg vågner op og er død…" Om mødet mellem hiv-smittede patienter fra etniske minoritetsgrupper og det danske sundhedssystem. Rapport fra HIV- Danmark.
Torsdag den 10 april Kl 10 -15	Aftaler omkring evaluering Introduktion til den skriftlige opgave og mundtlig eksamen eller afslutningsseminar Arbejde med mulige problemfelter relateret til den skriftlige opgave og den mundtlige præsentation Skriveøvelser og sparring undersøge og evt. udvælge teoretisk og metodisk grundlag for den skriftlige opgave og den mundtlige præsentation. Gruppedrøftelser	Anne Mette Jørgensen Lis Alminde Liv Fabrin Mette Rose	Litteratur reference til opgaveskrivning: • Rienecker, Lotte og Peter Stray Jørgensen. Den gode opgave. Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 3. udgave. Forlaget Samfundslitteratur. 2005

	Vejledertildeling og aftaler. Kort beskrivelse af problemfelt med mulig teori- og metodevalg skal sendes til vejleder senest torsdag den 17 april. Den skriftlige synops afleveres torsdag den 15 maj senest kl 12. Mundtlig eksamen Den 29 maj eller den 3 juni		

Bilag 3: Organiseringsmodeller

Glostrup og Bispebjerg Hospitals organiseringsmodeller

Glostrup og Bispebjerg hospitaler har etableret et samarbejde om projektet. De to hospitaler er altså forenet i et fælles projekt med samme budget og med fælles projektleder.

Der blev ved projektstart etableret en styregruppe med repræsentanter fra begge hospitaler:

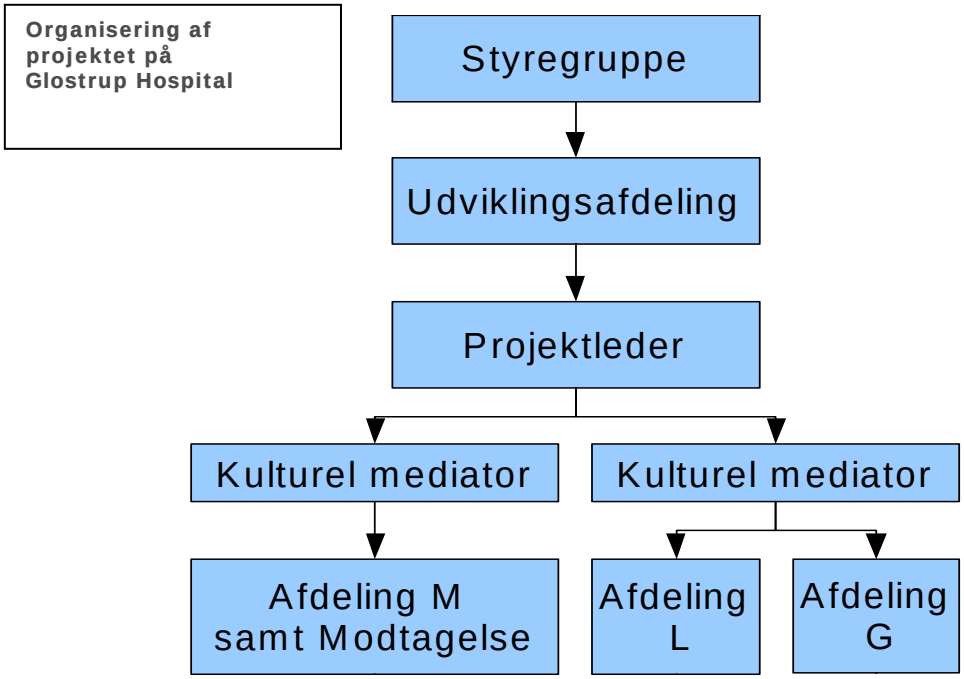
- Dorte Maria Knauer, HR chef, Bispebjerg Hospital
- Birgit Norberg, Bispebjerg Hospital
- Dorte Jeppesen, Udviklingschef, Glostrup Hospital
- Christine Wex, Projektleder, Glostrup Hospital

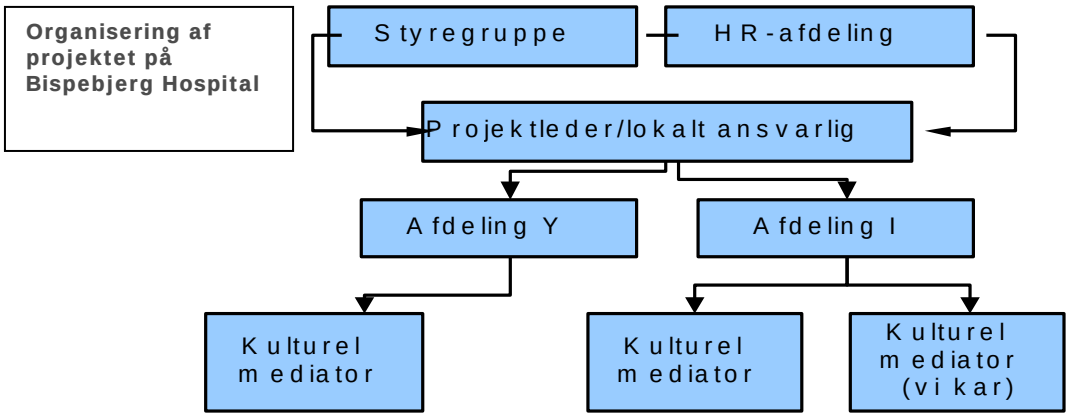
Desuden repræsentanter fra afdelingsledelserne fra de involverede modelafdelinger

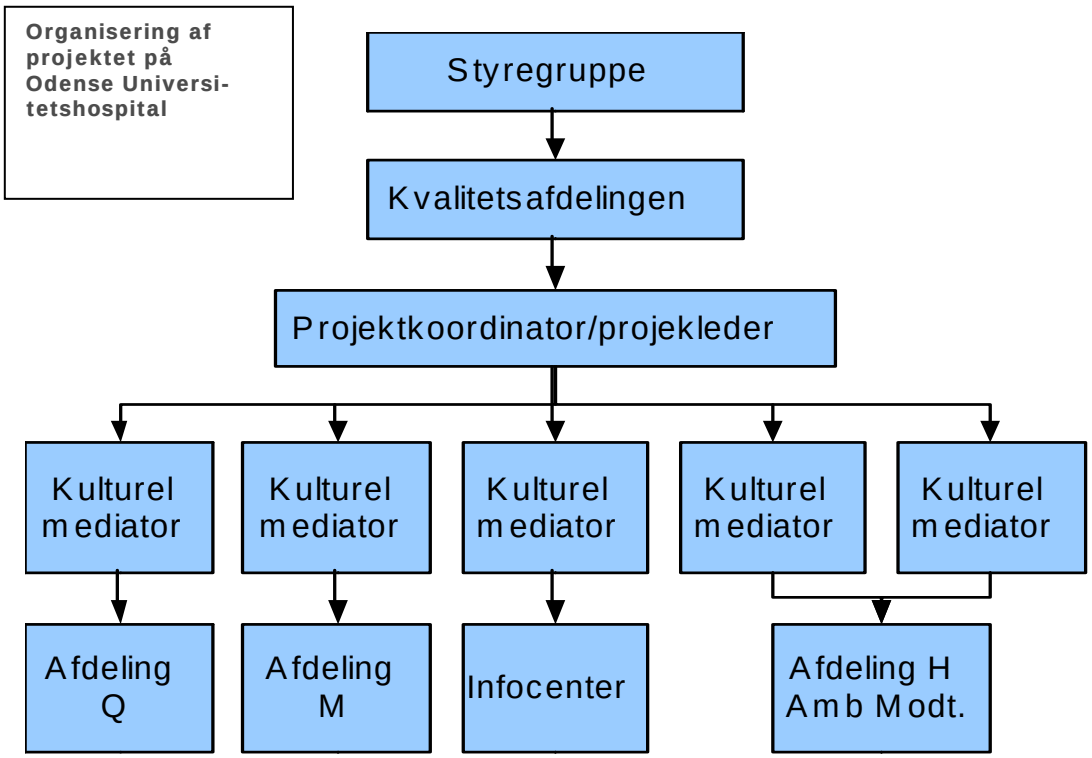
Christine Wex fra udviklingsafdelingen på Glostrup Hospital er således projektleder og kontaktperson for begge hospitaler. Desuden er tilknyttet en lokal projektleder på Bispebjerg Hospital, Birgit Norberg, som har bistået Christine Wex med gennemførelse af projektet og varetagelsen af samarbejdet mellem de to hospitaler. Birgit Norberg har desuden bidraget til projektet som supervisor for de kulturelle mediatorer.

I projektperioden er styregruppen blevet delt i to styregrupper – én for hvert af hospitalerne.

På begge hospitaler bestod styregrupperne fortsat af de udviklingsanvarlige på hospitalerne, lokal projektleder og modelafdelingernes oversygeplejersker. Christine Wex har som formel projektleder været medlem af begge grupper og fungeret som bindeled imellem disse to.


Organisering af projektet på Glostrup Hospital
Styregruppe
Udviklingsafdeling
Projektleder
Kulturel mediator
Kulturel mediator
Afdeling M samt Modtagelse
Afdeling L
Afdeling G


Organisering af projektet på Bispebjerg Hospital
Styregruppe
HR-afdeling
Projektleder/lokalt ansvarlig
Afdeling Y
Afdeling I
Kulturel mediator
Kulturel mediator
Kulturel mediator (vikar)



Odense Universitetshospitals styregruppe for mediatorprojektet består af følgende medlemmer:

- Peder Jest, Hospitalsdirektør
- Peter Grøn, Kvalitetschef, Kvalitetsafdelingen
- Anne Busk Larsen, AC-fuldmægtig, administrationschefens kontor
- Arne Høst, adm. Overlæge, pædiatrisk afd. H
- Charlotte Mose, oversygeplejerske, endokrinologisk afd. M
- Morten Sodemann, overlæge, infektionsmedicinsk afdeling Q, 'Indvandrermedicinsk klinik'
- Ruth Hansen, leder af Informations Center
- Else-Marie Lønvig, projektkoordinator, kvalitetsafdelingen
- Mette Kjer Kaltoft/ Lene Sjöberg projektleder

På Odense Universitetshospital blev projektlederfunktionen varetaget af Mette Kjer Kaltoft indtil dec. 2008. Derefter tiltrådte Lene Sjöberg som projektleder.

Bilag 4:
Tabeller - spørgeskemaundersøgelse til personale

Tabel 1-12 belyser personalets opfattelser af patientgruppen med anden etnisk baggrund, ved forundersøgelsens baselinedata og ved evalueringen, samlet og på hvert hospital. Besvarelsesmønsteret angives i procent og numerisk antal.

Tabel 13-24 belyser personalets opfattelser af mediatorprojektet i forhold til en række aspekter. Besvarelserne er opdelt på hospitals og afdelingsniveau og angives i procent og numerisk antal. * markerer signifikant forskel fra baseline. Kilde: Baselinedata og evalueringens personalerettede spørgeskema.

Møder du problemer eller udfordringer i dit arbejde, som du mener oftere gør sig gældende i dit møde med patienter med anden etnisk baggrund sammenlignet med etnisk danske patienter? (besvarelser tabel 1-12)

Tabel 1:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % og antal Evaluering
Sproglige problemer	93,1 %	96,4 % (54)	70,4 % (19)	89,4 % (42)	85,4 %* (115)

Tabel 2:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal Evaluering	I alt % og antal Evaluering
Anderledes sygdoms-opfattelse	75,3 %	82,1 % (46)	77,8 % (21)	74,5 % (35)	78,1 % (102)

Tabel 3:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % og antal evaluering
Utilstrækkeligt kendskab til kroppens indretning og funktioner	45,7 %	46,4 % (31)	37,0 % (10)	40,4 % (19)	41,3 % (60)

Tabel 4:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % og antal evaluering
Ikke fulgt givne råd og vejledning efter udskrivning	42,4 %	39,3 % (22)	44,4 % (12)	29,8 % (18)	37,8 % (52)

Tabel 5:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % og antal evaluering
Urealistiske forventninger om behandlingens effekt	39,6 %	51,8 % (29)	29,6 % (8)	38,3 % (18)	39,9 % (55)

Tabel 6:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % og antal evaluering
Utilstrækkeligt kendskab til hospitalsvæsenets organisering og tilbud	39,6 %	53,6 % (30)	33,3 % (9)	40,4 % (19)	42,4 % (58)

Tabel 7:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % og antal evaluering
Pårørende besvær-liggør behandlin-gen/ plejen	37,7 %	32,1 % (18)	37,0 % (10)	46,8 % (22)	38,6 % (50)

Tabel 8:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % evaluering
Overholder ikke af-taler om fremmøde	36,8 %	39,3 % (22)	33,3 % (9)	42,6 % (20)	38,4 % (51)

Tabel 9:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % evaluering
Ikke fulgt eller re-spekteret afd.ruti-ner eller husorden	36,6 %	32,1 % (18)	18,5 % (5)	42,6 % (20)	31,1 % (43)

Tabel 10:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % og antal evaluering
Forventer flere be-handlinger/under-søgelsestiltag end nødvendigt	35,5 %	41,1 % (23)	25,9 % (7)	29,8 % (14)	32,3 % (44)

Tabel 11:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % og antal evaluering
Specielle præferencer i forhold til behandler/ pleje f.eks. køn eller etnicitet	32,1 %	28,6 % (16)	25,9 % (7)	17,0 % (8)	23,8 % (31)

Tabel 12:

	Baseline %	GLO % og antal evaluering	BBH % og antal evaluering	OUH % og antal evaluering	I alt % og antal evaluering
Bange for at blive forskelsbehandlet pga. sin baggrund, køn, alder	17,7 %	17,9 % (18)	14,8 % (4)	23,4 % (11)	18,7 % (33)

Tabel 13:

Glostrup Hospital: Har du benyttet dig af hjælp fra mediatorerne?

	Afd. L %	Afd. M %	Afd. G %	I alt %
Ja, enkelte gange	44,4	-	10,0	23,2 (13)
Ja, flere gange	18,5	-	-	8,9 (5)
Nej, aldrig	37,0	100,0	90,0	67,9 (38)

Tabel 14:

Bispebjerg Hospital: Har du benyttet dig af hjælp fra mediatorerne?

	Afd. Y %	Afd. I %	I alt %
Ja, enkelte gange	33,3	-	11,1 (3)
Ja, flere gange	11,1	-	3,7 (1)
Nej, aldrig	55,6	100,0	85,2 (27)

Tabel 15:

Odense Universitetshospital: Har du benyttet dig af hjælp fra mediatorerne?

	Afd. H %	Afd. M %	Afd. Q %	Andre[8]	I alt
Ja, enkelte gange	28,6	55,6	16,7	9,1	27,7 (13)
Ja, flere gange	-	22,2	-	9,1	6,4 (3)
Nej, aldrig	71,4	22,2	83,3	81,8	66,0 (31)

Tabel 16:

Glostrup Hospital: Hvilke af mediatorernes funktioner har du benyttet dig af?

	Afd. L %	Afd. M %	Afd. G %	I alt %
Hjælpe patient med diagnosticering og medicinering	7,4	-	-	3,6 % (2)
Give patient indblik i afd.'s husorden og rutiner	18,5	-	-	8,9 % (5)
Give patient indblik i patient- og behandlerroller i det danske sygehusvæsen	22,2	-	-	10,7 % (6)
Deltaget i kurser/undervisning i interkulturel kommunikation	22,2	-	-	10,7 % (6)
Brugt som tolk	7,4	-	-	3,6 % (2)
Kurser om kulturelt betingede problematikker	18,5	-	-	8,9 % (5)
Vejledt i religiøse/kulturelle forhold	22,2	-	-	10,7% (6)
I forbindelse med indhentning af info om patients sygdomshistorie	14,8	-	-	7,1 % (4)
Brugte dem til at skabe kontakt til patients familie	18,5	-	-	8,9 % (5)
I forbindelse med sociale problemer hos patient	18,5	-	-	8,9 % (5)
Til at få patient til at føle sig tryg ved behandler og system	25,9	-	-	12,5% (7)
Brugt dem til håndtering af kulturelt betingede konflikter	37,0	-	-	17,9% (10)

[8] Kategorien 'Andre' er respondenter som ikke har angivet hvor de specifikt arbejder.

Tabel 17:

Bispebjerg Hospital: Hvilke af mediatorernes funktioner har du benyttet dig af?

	Afd. Y %	Afd. I %	Andre	I alt %
Hjælpe patient med diagnosticering og medicinering	11,1	-	-	3,7% (1)
Give patient indblik i afd.'s husorden og rutiner	11,1		-	3,7% (1)
Give indblik i patient- og behandlerroller i det danske sygehusvæsen	-	-	-	-
Deltaget i kurser/undervisning i interkulturel kommunikation	11,1	-	-	3,7% (1)
Brugt som tolk	33,3	-	-	11,1% (3)
Kurser om kulturelt betingede problematikker	-	-	-	-
Vejledt i religiøse/kulturelle forhold	-	-	-	-
I forbindelse med indhentning af info om patients sygdomshistorie	-	-	-	-
Brugte dem til at skabe kontakt til patients familie	22,2		-	7,4 % (2)
I forbindelse med sociale problemer hos patient	-	-	-	-
Til at få patient til at føle sig tryg ved behandler og system	-	-	-	-
Brugt dem til håndtering af kulturelt betingede konflikter	22,2		-	7,4% (2)

Tabel 18:

Odense Universitetshospital: Hvilke af mediatorernes funktioner har du benyttet dig af?

	Afd. Q %	Afd. H%	Afd. M %	Andre[9]	I alt % og antal
Hjælpe patient med diagnosticering og medicinering	-	4,8	44,4	-	10,6% (5)
Give patient indblik i afd.'s husorden og rutiner	-	-	44,4	18,2	12,8% (6)
Give patient indblik i patient- og behandlerroller i det danske sygehusvæsen	-	4,8	22,2	-	6,4% (3)
Deltaget i kurser/ undervisning i interkulturel kommunikation	16,7	14,3	-	-	8,5% (4)
Brugt som tolk	-	4,8	77,8	9,1	19,1 % (9)
Kurser om kulturelt betingede problematikker	-	-	-	-	-
Vejledt i religiøse/kulturelle forhold	-	9,5	22,2	-	8,5 % (4)
I forbindelse med indhentning af info om patients sygdomshistorie	-	-	44,4	9,1	10,6 % (5)
Brugte dem til at skabe kontakt til patients familie	-	-	44,4	9,1	10,6 % (5)
I forbindelse med sociale problemer hos patient	-	4,8	22,2	-	6,4 % (3)
Til at få patient til at føle sig tryg ved behandler og system	-	-	44,4	9,1	10,6 % (5)
Brugt dem til håndtering af kulturelt betingede konflikter	-	14,3	22,2	-	10,6 % (5)

Tabel 19:

Glostrup Hospital: Hvis du ikke har brugt mediatorerne – hvad er så grunden?

	Afd. L %	Afd. M %	Afd. G%	I alt % og antal
Jeg er ikke stødt ind i problemer, jeg ikke selv kunne håndtere	25,9	57,9	70,0	44,6 % (25)
Jeg havde et behov, men kunne ikke passe det ind	11,1	5,3	-	7,2% (4)
Jeg har ikke været klar over tilbuddet	-	36,8	20,0	16,1% (9)
De har ikke været til stede, når jeg har haft brug for dem	14,8	5,3	-	8,9 (5)

[9] Kategorien 'Andre' dækker over respondenter som ikke har angivet specifikt hvor de arbejder.

Tabel 20:

Bispebjerg Hospital: Hvis du ikke har brugt mediatorerne – hvad er så grunden?

	Afd. Y %	Afd. I %	Andre	I alt % og antal
Jeg er ikke stødt ind i problemer, jeg ikke selv kunne håndtere	33,3	31,3	100	37,0 % (10)
Jeg havde et behov, men kunne ikke passe det ind	11,1	12,5	-	11,1% (3)
Jeg har ikke været klar over tilbuddet	-	43,8	50,0	29,6 % (8)
De har ikke været til stede, når jeg har haft brug for dem	22,2	25,2	-	23,8 % (6)

Tabel 21:

Odense Universitetshospital: Hvis du ikke har brugt mediatorerne – hvad er så grunden?

	Afd.Q %	Afd.H %	Afd.M %	Andre[10]	I alt % og antal
Jeg er ikke stødt ind i problemer, jeg ikke selv kunne håndtere	33,3	38,1	22,2	54,5	38,3 % (18)
Jeg havde et behov, men kunne ikke passe det ind	16,7	9,5	-	18,2	10,6 % (5)
Jeg har ikke været klar over tilbuddet	33,3	23,8	-	18,2	21,2% (10)
De har ikke været til stede, når jeg har haft brug for dem	16,7	4,8	-	-	4,3 % (2)

[10] Kategorien 'Andre' angiver respondenter som ikke har angivet specifikt hvor de arbejder.

Tabel 22:

Odense Universitetshospital: Mener du, det har haft en positiv betydning for afd.'s arbejde at have mediatorer tilknyttet?

	Afd. Q %[11]	Afd. H %	Afd. M %	Andre	I alt % og antal
Ja	83,3	57,1	100	45,5	66% (31)
Nej	16,7	4,8	-	18,2	8,5 % (4)
Ved ikke	-	38,1	-	36,4	25,5 % (12)

Tabel 23:

Glostrup Hospital: Mener du, det har haft en positiv betydning for afd.'s arbejde at have mediatorer tilknyttet?

	Afd. L %	Afd. M %	Afd. G %	I alt %
Ja	85,2	15,8	20,0	50,0 % (28)
Nej	7,4	10,5	20,0	10,7 % (6)
Ved ikke	7,4	73,7	60,0	39,3 % (22)

Tabel 24:

Bispebjerg Hospital: Mener du, det har haft en positiv betydning for afd.'s arbejde at have mediatorer tilknyttet?

	Afd. Y%	Afd. I %	Andre	I alt % og antal
Ja	44,4	31,3	-	33,3 %(9)
Nej	22,2	12,5	50,0	18,5 % (5)
Ved ikke	33,3	56,3	50,0	48,1 %(13)

[11] På afd. Q har der samtidig med mediatorprojektet været en tilknytning til 'Indvandrermedicinsk Klinik', som på flere måder adresserer de samme problemstillinger i sundhedsvæsenet som mediatorerne. Personalet fra klinikken har også været i dialog med afdelingen ang. kommunikationen og dialogen med patientgruppen med anden etnisk baggrund. Det fremgik af interviewundersøgelsen, at informanterne dér ikke nødvendigvis skelner mellem mediatoren og klinikken. Det er derfor ikke til at vurdere med nøjagtighed, om respondenterne fra afd. Q besvarer spørgsmålet i forhold til mediatorens indsats isoleret set eller i forhold til hele indsatsen på afdelingen.

Bilag 5:
Diagrammer - oversigt over mediatorernes aktiviteter

Figurerne illustrerer, hvordan mediatorernes registrerede aktiviteter fordeler sig i timer og procent.
Kilde: logbøger

Diagram 1: Glostrup Hospital, afd. M og AVA

Aktivitet	Afd. M GLO
Morgenmøder	14 timer
Temamøder, undervisning	18 timer
Rådgivning om patientkontakt	2,5 timer
Materialeudvikling	27 timer
Andet	59 timer
Deltagelse i konsultationer	
Smerteprojekt	2 timer
Patientkontakt	
Rådgivning af patienter	
Kvalitetsudvikling	
Samarbejde med eksterne instanser	
Rådgivning af pårørende	
I alt	122,5 timer

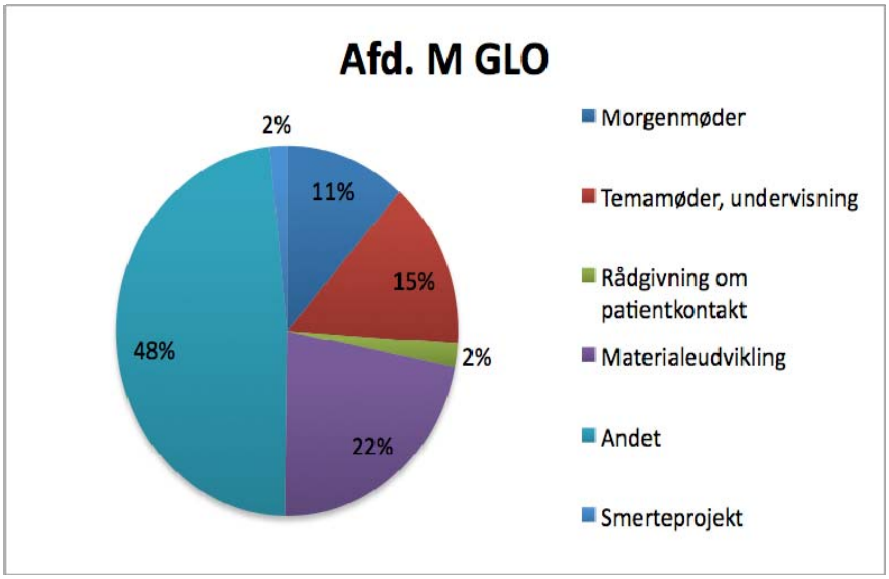


Diagram 2: Glostrup Hospital, Afd. L & G

Aktivitet	Afd. L og G, GLO
Morgenrunder på afd.	12 timer
Temamøder, undervisning	17 timer
Rådgivning om patientkontakt	16 timer
Materialeudvikling	21 timer
Andet	77 timer
Deltagelse i konsultationer	
Smerteprojekt	1 timer
Rådgivning af patienter	1 timer
Kvalitetsudvikling	
Samarbejde med eksterne instanser	
Rådgivning af pårørende	
I alt	145 timer

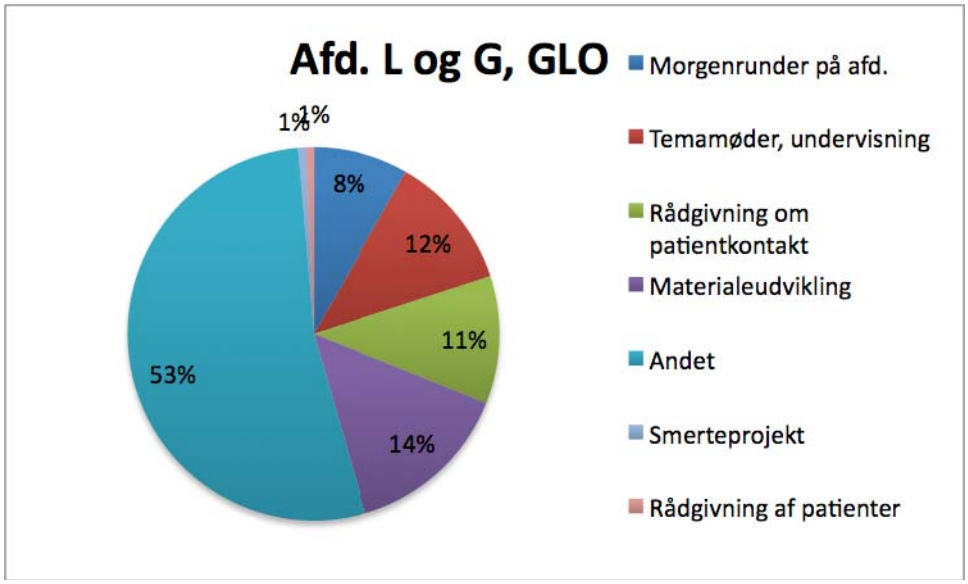


Diagram 3: Bispebjerg Hospital, Afd. I

Aktivitet	Afd I, BBH
Morgenrunder på afd.	23 timer
Temamøder, undervisning	
Rådgivning om patientkontakt	3,5 timer
Materialeudvikling	7 timer
Andet	
Deltagelse i konsultationer	2 timer
Smerteprojekt	36 timer
Rådgivning af patienter	21 timer
Kvalitetsudvikling	
Samarbejde med eksterne instanser	
Rådgivning af pårørende	
I alt	92,5 timer

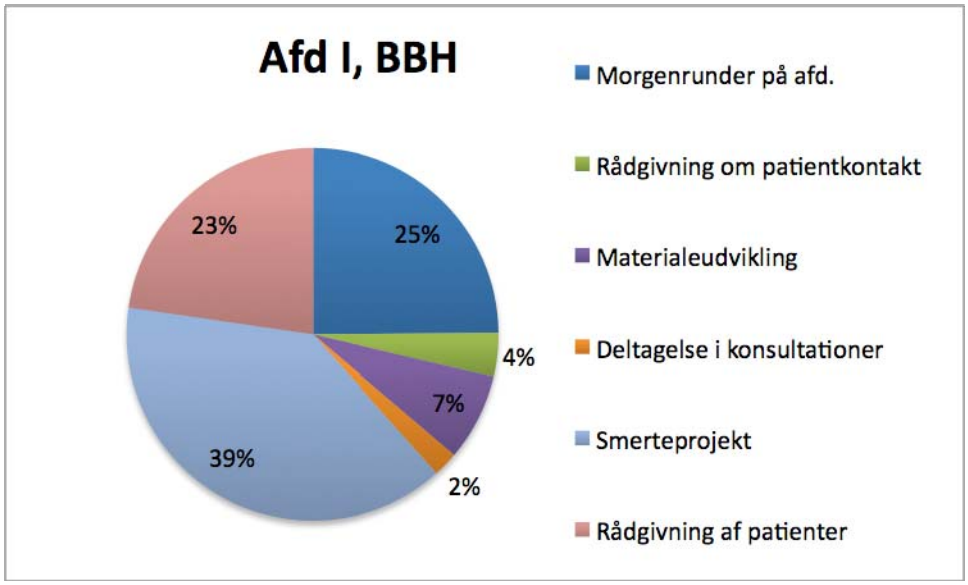


Diagram 4: Bispebjerg Hospital, Afd. Y

Aktivitet	Afd. Y, BBH
Morgenrunder på afd.	3,5 timer
Temamøder, undervisning	
Rådgivning om patientkontakt	3,5 timer
Materialeudvikling	20 timer
Andet	26 timer
Deltagelse i konsultationer	3 timer
Smerteprojekt	30 timer
Rådgivning af patienter	
Kvalitetsudvikling	20 timer
Samarbejde med eksterne instanser	
Rådgivning af pårørende	
I alt	106 timer

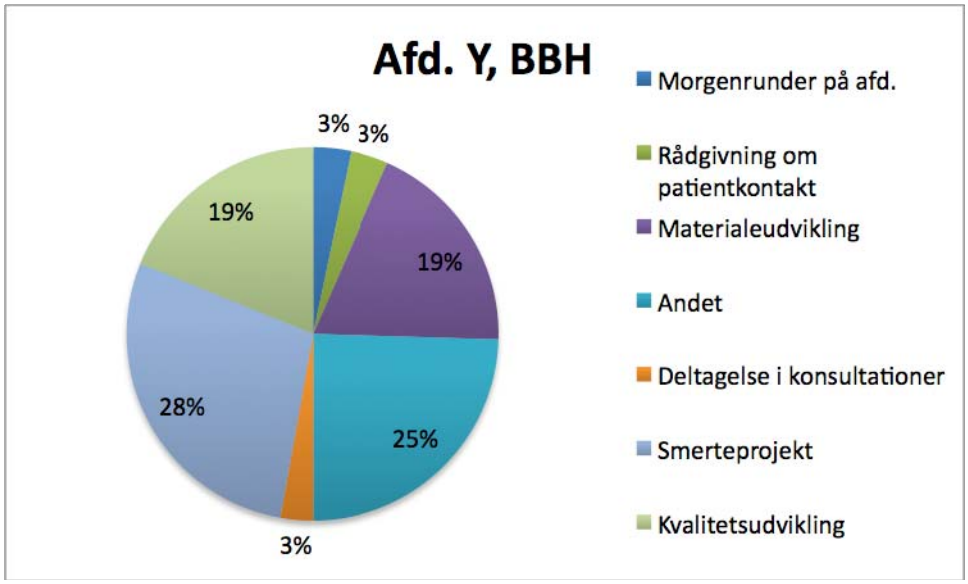


Diagram 5: Odense Universitetshospital, Afd. H

Aktivitet	Afd H, OUH
Morgenrunder på afd.	3,5 timer
Temamøder, undervisning	23,5 timer
Rådgivning om patientkontakt	1,5 timer
Materialeudvikling	21 timer
Andet	51 timer
Deltagelse i konsultationer	
Smerteprojekt	
Rådgivning af patienter	1 timer
Kvalitetsudvikling	
Samarbejde med eksterne instanser	
Rådgivning af pårørende	
I alt	101,5 timer

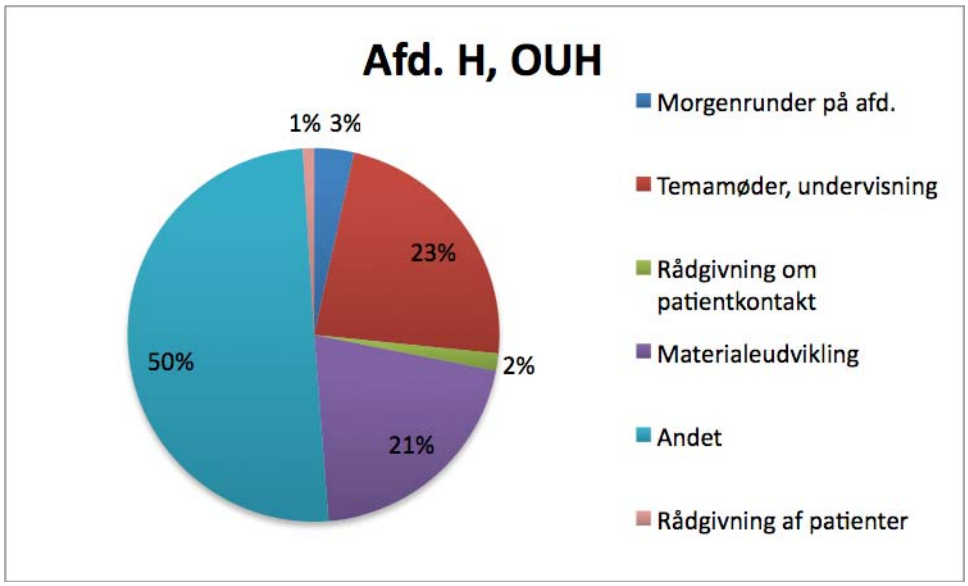


Diagram 6: Odense Universitetshospital, KM 2, Afd. H

Aktivitet	Afd H, KM2, OUH
Morgenrunder på afd.	1 timer
Temamøder, undervisning	26 timer
Rådgivning om patientkontakt	
Materialeudvikling	18 timer
Andet	68 timer
Deltagelse i konsultationer	3 timer
Smerteprojekt	
Rådgivning af patienter	1 timer
Kvalitetsudvikling	
Samarbejde med eksterne instanser	
Rådgivning af pårørende	
I alt	117 timer

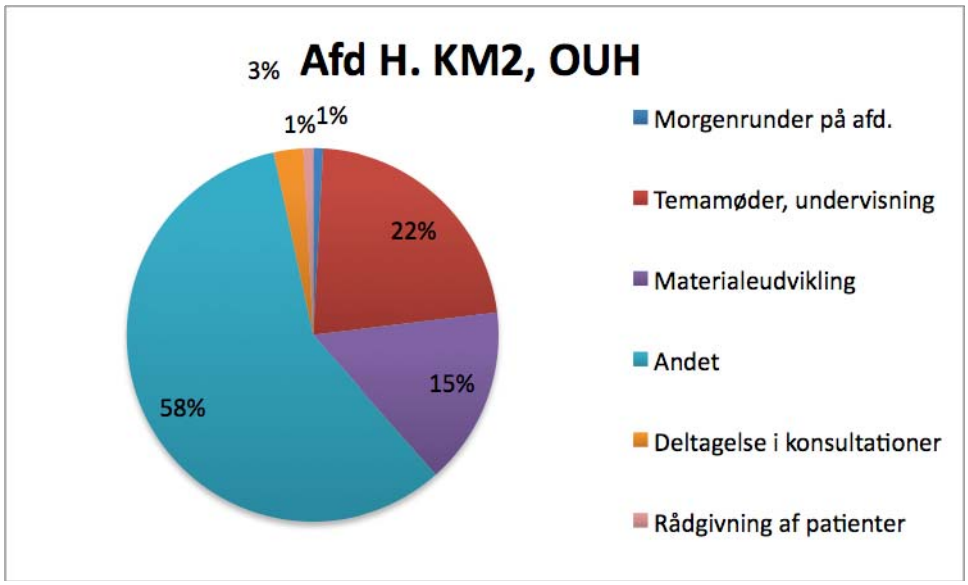


Diagram 7: Odense Universitetshospital, Afd. M

Aktivitet	Afd. M, OUH
Morgenrunder på afd.	0,5 timer
Temamøder, undervisning	
Rådgivning om patientkontakt	1,5 timer
Materialeudvikling	5 timer
Andet	5,5 timer
Deltagelse i konsultationer	8 timer
Smerteprojekt	
Rådgivning af patienter	14 timer
Kvalitetsudvikling	
Samarbejde med eksterne instanser	6 timer
Rådgivning af pårørende	
I alt	40,5 timer

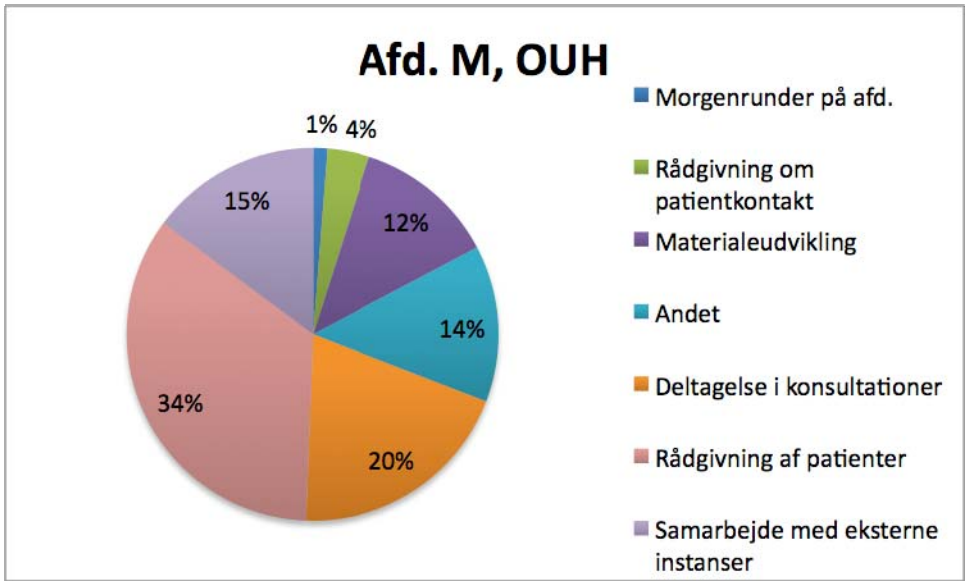


Diagram 8: Odense Universitetshospital, Informationscenteret

Aktivitet	OUH, info
Morgenrunder på afd.	
Temamøder, undervisning	32,5 timer
Rådgivning om patientkontakt	13 timer
Materialeudvikling	8 timer
Andet	81 timer
Deltagelse i konsultationer	
Smerteprojekt	
Rådgivning af patienter	19 timer
Kvalitetsudvikling	
Samarbejde med eksterne instanser	46 timer
Rådgivning af pårørende	4,5 timer
I alt	204 tilmer

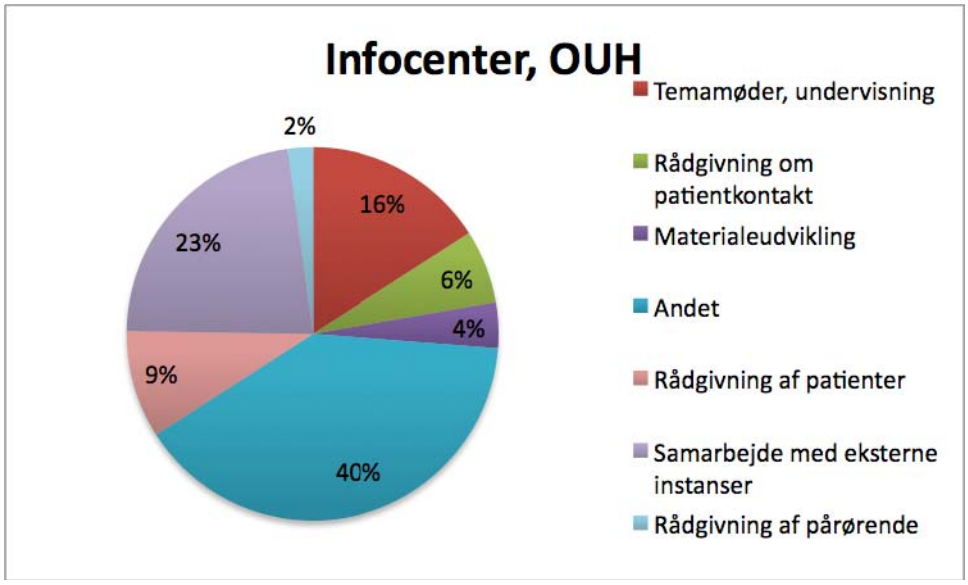
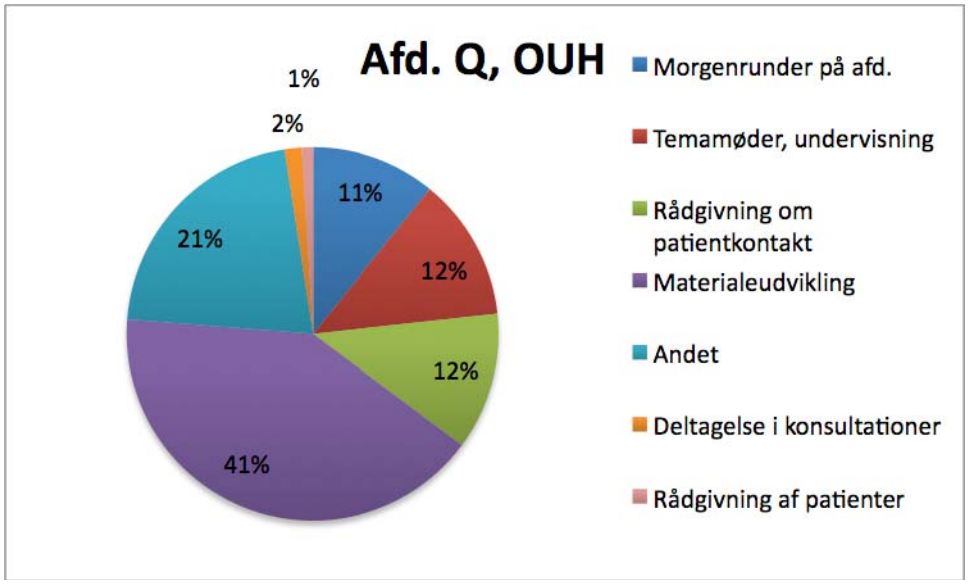


Diagram 9: Odense Universitetshospital, Afd. Q

Aktivitet	Afd. Q, OUH
Morgenrunder på afd.	11 timer
Temamøder, undervisning	12,5 timer
Rådgivning om patientkontakt	12 timer
Materialeudvikling	41,5 timer
Andet	21,5 timer
Deltagelse i konsultationer	1,5 timer
Smerteprojekt	
Rådgivning af patienter	1 timer
Kvalitetsudvikling	
Samarbejde med eksterne instanser	
Rådgivning af pårørende	
I alt	101 timer