



UDENLANDSKE ERFARINGER MED ANVENDELSE AF KULTURELLE MEDIATORER I SUNDHEDSVÆSENET

2006



Udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet

Udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Martin Bæksgaard Jakobsen og Jacob Als Thomsen fra Als Research ApS, samt Lise Paulsen Galal fra Institut for Kultur- og Sprogødestudier, RUC.

Kategori: Orientering

Emneord: Forebyggelse, etniske minoriteter, kulturelle mediatorer

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: September 2006

Format: pdf

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikation kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Elektronisk ISBN: 87-7676-354-4

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, september 2006

Indhold

Resumé	6
Baggrund	6
Om undersøgelsen	6
Perspektiver	7
1 Undersøgelsens baggrund og udgangspunkt	8
1.1 Undersøgelsens baggrund	8
1.2 Undersøgelsens formål og tilgang	9
1.3 Undersøgelsens datagrundlag	10
1.4 Rapportens opbygning	10
2 Hvorfor en mediationsordning?	11
2.1 Baggrund, kontekst og motivation	11
2.1.1 Implementering nedefra og oppefra	11
2.1.2 At få migranter i behandling eller at undgå konflikter under behandlingen	12
2.2 Hvad skal mediatoren ændre?	13
2.3 Opsamling	14
3 Organisatoriske modeller for kulturel mediation	15
3.1 Hvordan ser servicen ud i de fire lande?	15
3.2 Konsekvenser og erfaringer	16
3.2.1 Den belgiske organisering	16
3.2.2 Organiseringen i Reggio Emilia, Italien	17
3.2.3 Organiseringen i Manchester	18
3.2.4 Organisering i Dublin, Irland	19
3.3 Uddannelse og rekruttering	19
3.4 Opsamling	20
4 Erfaringer med mediatorens funktion og praksis	22
4.1 Mediatorens rolle	22
4.1.1 Mediatoren som tolk	23
4.1.2 Mediatoren som kulturformidler	24
4.1.3 Mediatoren som konfliktmægler	26
4.1.4 Mediatoren som opdrager og uddanner	26
4.1.5 Socialarbejder/støtteperson	28
4.1.6 Mediatorer som specialister eller generalister	29
4.2 Patienters og sundhedspersonales opfattelse	29
4.2.1 Sundhedspersonale og mediatorer	30
4.2.2 Patienter	31
4.3 Opsamling	31

5	Konkluderende betragtninger	32
5.1	Gevinster	32
5.1.1	Behandlingsmæssige	32
5.1.2	Økonomiske	32
5.1.3	Samarbejds­mæssige	33
5.1.4	Antidiskriminatorisk praksis og patientrettigheder	33
5.2	Udfordringer	33
5.2.1	Organisatoriske	33
5.2.2	Samarbejds­mæssige	33
5.2.3	Kvalitets­mæssige	34
5.3	Afsluttende bemærkninger	34
6	Litteratur	35
7	Bilagsfortegnelse	38
	Spørgsmålene i spørgeskemaet er her gengivet:	2

Resumé

Sundhedsstyrelsen har med denne rapport ønsket at afdække udenlandske erfaringer med brugen af kulturelle mediatorer i sundhedssektoren. Rapporten analyserer erfaringer fra Belgien, Italien, Manchester og Irland.

Resultaterne viser, at især Belgien og Italien med indførslen af kulturelle mediatorer i høj grad har kunnet leve op til en målsætning om en bedre og mere lige behandling af etniske minoritetspatienter i hospitalssystemet. Gennem en kombination af flere kompetencer, hvor især kombinationen af tolkefærdigheder og kulturelle kompetencer ser ud til at være effektiv, har mediatoren været med til at sikre etniske minoriteter *adgang til* behandling samt en *mere effektiv og bedre* behandling. Forudsætningen for succesen er en gennemtænkt model for organisering af servicen målrettet de forskellige behov i de to lande.

I Manchester og Irland, som henholdsvis repræsenterer en model, hvor mediatoren primært er tolk (i Manchester) eller primært konfliktmægler (i Dublin), er succesen sværere at dokumentere, uanset at begge modeller i en vis grad afhjælper konkrete kommunikationsmæssige problemer. I Manchester skyldes den manglende succes tilsyneladende en ureflekteret flytning af tolkens placering i tilkaldebureauer til hospitaler uden yderligere definition af disses rolle eller plads i hospitalssystemet. I Irland er det modsat manglen på tolkeaspektet og den afgrænsede fokus på kulturelle forskelle, der ser ud til at gøre modellen mindre attraktiv i hospitalssektoren.

Baggrund

Indførslen af mediationsordninger i Belgien, Italien, England og Irland udspringer alle af erkendelsen af, at indvandrere og flygtninge i en vis udstrækning ikke har adgang til hospitalsbehandling i samme grad som andre borgere. Dette skyldes først og fremmest sproglige barrierer, men i høj grad også kulturelle barrierer i form af migranternes manglende viden om de nationale sundhedssystemer og behandlingsmetoder, kulturspecifikke opfattelser af sundhed og sygdom samt særlige sygdomsmønstre blandt nogle grupper af migranter. Samtidig er der en opmærksomhed på systemets manglende viden om migranternes baggrund og kulturspecifikke sygdomsopfattelser, samt på systemets blindhed i forhold til egen behandlingspraksis.

På denne baggrund har man i alle landene set mediationsordningen som et redskab til at formidle viden og sikre kommunikationen mellem patient og system, som på den ene side kan hjælpe patienten til at anvende behandlingssystemet i overensstemmelse med dets hensigt og på den anden side kan hjælpe systemet til at optimere behandlingen.

Om undersøgelsen

Resultaterne bygger på data fra besøgsrunder i de fire lande, hvor repræsentanter fra de forskellige personalegrupper, der har erfaring med mediatorservicen, er blevet interviewet. Derudover er der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter med erfaringer fra mediatorservicen i Belgien, Italien og Manchester.

Undersøgelsen er gennemført og analyseret af Als Research og Lise Paulsen Galal, afdeling for Kultur- og Sprogødestudier, Roskilde Universitetscenter.

Perspektiver

Med fokus på organisering og den praktiske anvendelse af mediatoren, viser undersøgelsen store variationer i udgangspunkt, formål, praksis og konsekvenser. I forhold til at gennemføre en mediationsordning i en dansk kontekst kan det derfor anbefales at overveje sammenhængen mellem de konkrete udfordringer i hospitalssystemet og den valgte mediationsmodel. Erfaringerne fra Belgien og Italien peger på, at en gennemtænkt organisering og en selvstændig defineret mediatorfunktion i hospitalsstrukturen er en forudsætning for dens anvendelse og succes.

1 Undersøgelsens baggrund og udgangspunkt

1.1 Undersøgelsens baggrund

Udgangspunktet for denne rapport har været Sundhedsstyrelsens ønske om at undersøge udenlandske erfaringer med anvendelsen af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet. Bag undersøgelsens tilrettelæggelse har ligget et ønske om at imødekomme to grundlæggende hensyn: For det første, at de forskellige udenlandske modeller for anvendelsen af kulturelle mediatorer så vidt muligt lever op til et krav om sammenlignelighed og relevans for en dansk kontekst. Og for det andet, at de udenlandske erfaringer, der fokuseres på, er veldokumenterede og bygger på erfaringer, der udgøres af mere end kortvarige eksperimenter.

I Danmark har man ikke nogen egentlig erfaring med kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet.¹ Til at overkomme de sproglige barrierer har man anvendt tolke, hvor tolkens funktion alene er den sproglige og kommunikative oversættelse. Hvis man har taget initiativer til at forbedre samarbejdet mellem patient og personale, har det typisk involveret en faglig opgradering af tolkens sproglige kompetencer, herunder af fagterminologi, samt personlige kompetencer. Disse tiltag har dog ikke sat spørgsmålstegn ved tolkerollen.

Siden starten af 1990'erne er kulturelle mediatorer under forskellige betegnelser forsøgsvis blevet introduceret ved en række hospitaler i bl.a. USA, Canada og flere lande i Europa. Baggrunden herfor har dels været en erfaring om en ringere og mere vanskelig behandling af de etniske minoritetsgrupper i sundhedsvæsenet og dels en oplevelse af frustration fra sundhedspersonalets side. Formålene har derfor været at forbedre kommunikationen mellem patient og behandler, og dermed behandlingstilbuddene, samt at lette personalets daglige arbejdsgang.

Evalueringerne af disse forsøgsordninger har overvejende været positive, og i mange tilfælde er anvendelsen af kulturelle mediatorer gjort permanent. Evalueringerne peger imidlertid også på en række væsentlige forhindringer og organisatoriske problemer, der viser sig på forskellige måder i de enkelte lande, afhængig af ordningernes organisatoriske tilrettelæggelse.²

Forsøg med anvendelsen af kulturelle mediatorer er i de europæiske lande gennemført i Italien, Irland, Frankrig, Spanien, Tyskland, Sverige, Belgien og England (her kaldet linkworkere). Både omfanget og karakteren af disse forsøg har haft en meget forskellig karakter. Undersøgelsen har valgt at fokusere på erfaringerne fra Belgien, Italien, Irland og Manchester i England. Bag udvælgelsen af disse lande har dels ligget et ønske om at se på erfaringer fra fire meget forskellige organisatoriske modeller og dels et ønske om at fokusere på erfaringer, der bygger på en flerårig og etableret praksis.

¹ Spæde overvejelser om brug af kulturelle mediatorer har været i gang i forbindelse med et initiativ i Århus målrettet omskårne kvinder. I København har Islamisk-Kristent Studieceter stået bag uddannelsen af et mindre korps af muslimske omsorgsmedarbejdere.

² *Final Report MFH Project at Presidio Ospedaliero of the Province of Reggio Emilia, Italy*; Verrept (1995); Verrept (1997); Verrept (2005); Chiarenza (2005).

1.2 Undersøgelsens formål og tilgang

For at opnå en viden om, hvilke typer af problemer og fordele, der knytter sig til de forskellige modeller for anvendelsen af kulturelle mediatorer, og for at inkludere et fokus på, hvordan disse problemer løbende er søgt imødekommet, anlægges undersøgelsen to overordnede perspektiver:

1. **Et komparativt perspektiv**, hvis formål er at muliggøre en sammenligning af erfaringerne med forskellige organisatoriske tilgange i de udvalgte lande.
2. **Et organisatorisk perspektiv**, hvis formål er at foretage en helhedsbetragtning, der sammentænker erfaringerne med implementering, administration, uddannelse og supervision (både af sundhedspersonale og mediatorer) samt evaluering. Herigennem er det undersøgelsens formål at tilvejebringe en viden om de problemer og erfaringer, der knytter sig til indførslen af kulturelle mediatorer, fra forsøgsplan til permanente ordninger.

Det er undersøgelsens formål at undersøge følgende:

- A. De forskellige erfaringer, som de opleves af de involverede aktører: Patienter, mediatorer, administratorer og sundhedsprofessionelle. Herunder:
 - Hvordan den kulturelle mediator anvendes i det daglige arbejde i forhold til rollen som tolk, kulturformidler, advokat, støtteperson, sjælesørger, og hvilken rolle en kulturel mediator ellers tildeles i det praktiske arbejde.
 - Hvordan anvendelsen af kulturelle mediatorer påvirker kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter med anden etnisk baggrund.
 - Hvordan rollefordelingen mellem tolke, sundhedsprofessionelle og kulturelle mediatorer opleves af de enkelte faggrupper.
 - Hvordan sundhedsprofessionelle, administratorer, patienter og kulturelle mediatorer vurderer fordele, ulemper og begrænsninger i anvendelsen af kulturelle mediatorer.
- B. De forskellige organisatoriske erfaringer, der er væsentlige for en velfungerende model for anvendelsen af kulturelle mediatorer. Herunder:
 - Hvordan erfaringerne med forskellige organisatoriske modeller for anvendelsen af kulturelle mediatorer (ansættelsesforhold, arbejdsområder, rekruttering, uddannelse) kan sammenlignes.
 - Hvordan anvendelsen af kulturelle mediatorer påvirker kvaliteten og længden af behandlingsforløbene for etniske minoriteter (herunder: diagnosticering, konsultationstid, samlet behandlingsforløb og økonomiske forhold).
 - Hvordan de kulturelle mediatorer bedst integreres og anvendes mest effektivt i sundhedssystemets tilbud, herunder hvordan samarbejdet mellem kulturelle mediatorer og det sundhedsprofessionelle personale bedst sikres.

1.3 Undersøgelsens datagrundlag

Undersøgelsens datagrundlag består af fire typer datamateriale: *Kvalitative interviews, besøgsrunder, en spørgeskemaundersøgelse*, samt *eksisterende dokumentationsmateriale* i form af evalueringsrapporter, analyser og faglitteratur.

Ved 5 besøgsrunder af 2-8 dages varighed foretaget i perioden maj-juni 2006, er der gennemført i alt 62 individuelle og 6 gruppeinterview med sundhedsprofessionelle fra forskellige personalegrupper i de fire overnævnte lande. I alt er der aflagt besøg på 16 hospitalsafdelinger ved 11 hospitaler og på 1 familieklinik.³

Interviewene er foretaget ud fra interviewguider målrettet de enkelte personalegrupper og har været af ca. 1 times varighed. Ud fra et ønske om at undersøge forskellige personalegruppers erfaringer og oplevelser med anvendelsen af kulturelle mediatorer, repræsenterer interviewpersonerne et bredt spektrum af sundhedsprofessionelle: Hospitalsadministratorer, uddannelsesansvarlige, afdelingsledere, læger, sygeplejersker, jordemødre, psykologer, socialarbejdere og kulturelle mediatorer. Fælles for interviewpersonerne har været, at alle har direkte erfaringer med brugen af kulturelle mediatorer i deres daglige virke.

Der er desuden foretaget en brugerundersøgelse i form af en spørgeskemaundersøgelse blandt ambulante og indlagte patienter ved de undersøgte hospitalsafdelinger. Spørgeskemaerne er udført på i alt 11 sprog (engelsk, kinesisk, flamsk, fransk, tyrkisk, serbokroatisk, arabisk, urdu, hindi, somali og russisk) og har givet i alt 78 besvarelser. Bilag 1 indeholder en redegørelse for spørgeskemaundersøgelsens detaljer.

Som det fremgår af ovennævnte gennemgang af datagrundlaget er der ikke tale om en repræsentativ undersøgelse i kvantitativ forstand. Undersøgelsen repræsenterer en eksemplarisk undersøgelsesform, der er møntet på at indsamle de forskellige faggruppers erfaringer samt at udpege organisatoriske og faglige problemstillinger i anvendelsen af kulturelle mediatorer.

1.4 Rapportens opbygning

I rapportens Kapitel 2 redegøres for baggrund og formål for indførslen af mediationsordninger i de fire undersøgte lande.

I Kapitel 3 fremstilles de organisatoriske erfaringer fra de undersøgte lande, herunder hvordan mediationsordningerne indplacerer sig i hospitalsstrukturen samt de uddannelses- og rekrutteringsmæssige forhold.

Kapitel 4 ser på mediatorernes funktion og praksis, herunder de forskelligartede kommunikationsmæssige erfaringer som de opfattes af patienter og sundhedsprofessionelle.

I Kapitel 5 præsenteres undersøgelsens samlede betragtninger om gevinster, problemer og udfordringer ved anvendelse af kulturelle mediatorer.

³ Belgien: Stuivenberg hospital, Antwerpen, AZ St. Lucas, Gent, UZ Gent, Gent og Sanatia psykiatriske hospital, Bruxelles.

England: St. Mary's hospital, Manchester.

Irland: St. James Hospital og Our Lady's Hospital, Dublin

Italien: Guastalla Hospital, Correggio Hospital, Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, Santa Maria Nuovo, Reggio Emilia og CSFS, familieklinik for illegale immigranter, Reggio Emilia.

2 Hvorfor en mediationsordning?

De fire undersøgte lande repræsenterer fire meget forskellige organisatoriske modeller for brug af mediatorer eller linkworkere, som de kaldes i England. Kapitel 2 vil i et komparativt perspektiv se på de forskellige præmisser, baggrunde og formål, der kendetegner de indførte modeller.

2.1 Baggrund, kontekst og motivation

Mediatorservicen i både Italien, Belgien, England og Irland er udsprunget af erfaringer med konkrete praktiske problemstillinger, der knytter sig til behandlingen af migranter i sundhedssystemet. Et fælles udgangspunkt for etableringen af en mediatordienst i de fire lande har således været en opfattelse af, at der må gøres en ekstra indsats, hvis man reelt vil leve op til idealet om lige behandling for alle i sundhedsvæsenet. Overordnet set har de konkrete problemer drejet sig om:

- Sikring af lige behandlingskvalitet.
- Oplevelsen af kommunikative barrierer.

Derudover har andre faktorer som stigende udgifter til tolke på hospitalernes budgetter, dårlig kvalitet af tolkningen og brugen af uformelle tolke været medvirkende til, at man har ønsket at forsøge sig med andre metoder til at overkomme de kommunikative barrierer.

Holdningen til, hvad der bør gøres, hvorfor, og hvori problemerne mere specifikt består, varierer fra land til land og er tæt knyttet til oplevelsen af konkrete praktiske problemer. Disse er ikke mindst forbundet til de forskellige migrationsmønstre i de respektive lande og munder derfor ud i forskellige løsningsmodeller. Indførslen af mediatorservicen er samtidig tæt knyttet til de enkelte landes generelle politiske tiltag over for etniske minoriteter og må derfor også ses i lyset af en statsdefineret politisk integrationsstrategi.

2.1.1 Implementering nedefra og oppefra

En af forskellene mellem de undersøgte lande er, hvorvidt servicen er vokset ud af initiativer nedefra eller krav oppefra, m.a.o. om de er udsprunget af praksisarbejdet eller udsprunget af mere ideologiske og overordnede betragtninger om ligestilling og kulturmødet i hospitalssystemet.

I *Belgien* startede mediatorservicen i 1991 som et græsrodsprojekt, der i 1997 blev statsligt forankret og finansieret. Indførslen af kulturelle mediatorer udsprang primært af praktiske problemer med patientbehandlingen og det problem, at et stigende antal patienter ikke talte flamsk eller fransk.

Mediatorservicen i *Italien* startede i 2002 som et EU- og regionalpolitisk projekt med fokus på forbedring af de etniske minoriteters adgang til og behandling på hospitalerne, herunder også et fokus på antiracisme. Initiativet satte i første omgang mindre fokus på tolkning til fordel for kulturel mediation og implementeredes som en del af en stærk provins-politik i provinsen Reggio Emilia.

I *Manchester* har indførslen af linkworkere i 1991 været tæt forbundet med en statsdefineret antiracisme- og multikulturalismepolitik, mens implementeringen har været lokal og bundet til lokale og regionale strukturer som fx sygehus-fællesskabet i Manchester. Denne organisatoriske model afspejler, at den statslige antira-

cismepolitik i England generelt implementeres gennem lokale praktiske tiltag. Fokus har fra starten ligget altovervejende på tolkningen.

Irland introducerede mediatorservicen som et EU-finansieret græsrodsprojekt i Dublin i 2002, målrettet den sociale indsats over for flygtninge og asylsøgere. Projektet er endnu ikke forankret i hospitalssektoren.

2.1.2 At få migranter i behandling eller at undgå konflikter *under* behandlingen

En anden iøjnefaldende forskel mellem de fire modeller er deres forskellige prioriteringer af, hvorvidt kulturel mediation skal fokusere på henholdsvis *adgangen* til behandlingen på den ene side eller konflikthåndtering, antiracisme og kommunikationsproblemer i behandlingen på den anden side.

Hvorvidt det forebyggende arbejde eller selve behandlingen er i fokus er tæt knyttet til de respektive landes forskellige minoritetsgrupper og deres karakteristika: Deres sammensætning, sygdomsopfattelse og status. Alle lande vil i et eller andet omfang have opmærksomhed på fire nedennævnte aspekter, men samtidig fremgår det tydeligt af undersøgelsen, at vægten som udgangspunkt ligger forskellige steder. De kulturelle forskelle fremhæves primært som noget, der spiller sammen med de fire nedennævnte aspekter, hvilket understreger betydningen af at se de kulturelle barrierer som knyttet til konkrete kontekster. Udgangspunktet for servicen siger ikke nødvendigvis noget om resultatet eller konsekvenserne af servicen. Tværtimod kan servicen have utilsigtede gevinster.

Formålet med den kulturelle meditation i de enkelte lande

	Adgang til behandling	Kvaliteten af behandlingen	Kommunikative barrierer	Anti-racisme
Belgien		X	X	
Italien	X	X		X
Manchester			X	X
Dublin	X			X

I *Belgien* ligger fokus på kvaliteten af behandlingen, særligt på diagnosticering og opfølgning på behandlingen. Der peges især på de kroniske sygdomme og langtidsbehandlinger som noget, der kræver mere samarbejde mellem patient og system end systemet har været gearet til, og hvor mediatorservicen har været en løsning. Der er derfor i *Belgien* fokus på problemerne *under* behandlingen. Forudsætninger for den bedre behandling har været muligheden for at kunne kommunikere optimalt samt nødvendigheden af at skabe tillid mellem patient og system. I *Belgien* peges der særligt på *sproglige problemer* i forbindelse med behandlingen af russiske og østeuropæiske migranter samt på *kulturelle problemer* i forhold til forståelsen af det europæiske behandlingssystem, særligt blandt tyrkiske og marokkanske indvandrere.

I *Manchester* har udgangspunktet været kravet om lige behandling for alle (ikke kun etniske minoriteter, men også ældre, unge, handicappede, folk med forskellige religiøse baggrunde, køn og seksuel orientering). Målet for servicen er, at patienter med forskellige sproglige barrierer skal kunne kommunikere med personalet og personalet med patienterne samt at patienterne har fuld adgang til behandlingen. Kommunikation ses både som redskab til en hurtigere og mere effektiv behandling og som redskab til at imødegå racisme. Der peges på en optimal kommunikation *under* behandlingen som en betingelse for patientrettigheder, fx i forbindelse

med informeret samtykke, men også som en imødekommenhed af kulturelle forskelle, der ellers udelukkende er personalets og ikke linkworkerens ansvar.

I *Italien* er den store målgruppe for servicen illegale immigranter, primært kinesere, som lever og arbejder under usle og isolerede forhold. Et af formålene med mediatorservicen har derfor været overhovedet at opnå kontakt til gruppen af illegale migranter og gøre dem opmærksomme på deres ret til at modtage akut og forebyggende behandling. Et vigtigt formål i den italienske model er således sundhedsforebyggelse, idet de dårlige sociale, boligmæssige og arbejdsmæssige vilkår har skabt grobund for smitsomme sygdomme og epidemier, fx tuberkulose og hepatitis. Udover selve kontakten til denne målgruppe, har det været nødvendigt at overbevise især den kinesiske gruppe om det formålstjenlige i den behandling, som det italienske system kan tilbyde. Der fungerer et alternativt behandlingssystem blandt de illegale kinesere, baseret på traditionel kinesisk medicin, som i en vis udstrækning foretrækkes af kineserne af kulturelle grunde, knyttet til forskellige opfattelser af sygdom og sundhed. Man kan dermed sige, at mediatorservicen i Italien har haft til formål at få illegale immigranter *ind i* sundhedssystemet, såvel som *i* den rigtige behandling. Samtidig er servicen også fra starten blevet set som et antiracistisk projekt, der skal forebygge modvilje mod at behandle illegale migranter i hospitalsvæsnet.

Irland adskiller sig væsentlig fra de andre modeller ved, at det ikke er de sproglige barrierer, som er baggrunden for indførslen af mediatorservicen. Hovedfokuset er de kulturelle barrierer, som dukker op i relationen mellem klient og system, hvor mediatorservicen ses som et redskab til at skabe gensidig tillid og viden. Målet er at muliggøre et reelt møde mellem klient og system samt at vise respekt for kulturelle forskelle.

2.2 Hvad skal mediatoren ændre?

Mediatorens funktion i de fire lande afspejler de konkrete problemer med forskellige migrantgrupper. Spørgsmålet er på den ene side, om mediatorens rolle er at opdrage eller uddanne og på den anden side, hvem der i så fald skal opdrages eller uddannes, om det er systemet eller patienten.

	Systemet	Patienten
Opdragelse	Manchester (ideologisk) Belgien	Italien Belgien Irland (romaer)
Uddannelse	Manchester (ideologisk) Belgien	Italien Belgien Irland (vestafrikanere)

Tabellen opstiller forskellene mellem landene i overordnede træk. Manchester har en svært gennemskuelig model, hvor ideal og praksis ser ud til at variere betydeligt og endnu ikke have opnået konsensus.

Belgien har den mest komplekse model for mediatoren, hvor netop kombinationen af forskellige opgaver definerer mediatoren som havende en specialiseret og selvstændig funktion i hospitalssystemet, dvs. en sundhedsfaglig rolle. En funktion, som ikke kun er en, der fungerer som støtte for andre faggrupper, men har egne opgaver. Mediatorens rolle er at uddanne og opdrage både system og patienter, dvs. både ændre systemet og hospitalskulturen og ændre patienterne, så mødet mellem system og patient vil bygge på viden og forståelse.

Resultatet er på den ene side et mere anerkendende system, som nedenstående læge udtrykker det:

En belgisk læge: *Mediatorens arbejde gør, at folk bliver modtaget med mere respekt. Han henviser til, at personalet generelt har fået en langt større forståelse for patienter med anden etnisk baggrund på grundlag af mediators arbejde. Samme læge siger: Det er en symbolsk accept af andre kulturer og andre måder at tænke på... at [mediatoren] er der gør, at de folk bedre kan forsvare deres kultur og måder at tænke på.*

På den anden side bliver patienterne samtidig ”bedre” patienter. Ifølge en mediator var der før indførslen af mediatorservicen store problemer med patienter, *der ikke gjorde, som de fik besked på*. Der er nu færre problemer med patienter fra andre kulturer.

I *Italien* er det patienten, der skal have informationer og viden om sundhedssystemet, så de reelt kan anvende det, ligesom de skal opdrages til at være ”gode patienter”. Målet er at få patienterne til at følge deres behandling og dermed ikke blive en belastning for folkesundheden, samt at give mulighed for lige behandling til patienterne. Patientgruppen opleves primært som en socialt udsat gruppe, som mediatoren gennem opdragelse og uddannelse skal hjælpe til at begå sig i et komplekst hospitalssystem.

I *Manchester* er linkworkerens rolle på den ene side at sikre, at patienterne ikke diskrimineres i forbindelse med behandlingen og på den anden side, at linkworkeren skal være en neutral formidler af budskabet fra det ene sprog til det andet. Linkworkeren har dermed en funktion alene som tolk og ikke en specifik sundhedsfaglig rolle. Patientgruppen mødes primært som en gruppe, der taler et andet sprog, og som udsættes for et diskriminerende sundhedssystem. Opdragelsen af systemet ser dermed ud til at være en forventet indirekte konsekvens af linkworkerens arbejde.

I *Irland* er mediators funktion *ikke* at tolke, men at konfliktløse og ikke mindst at opdrage og uddanne patienten. Mediators arbejde ses som en specifik social- eller sundhedsfaglig opgave, hvor forskellige migrantgrupper kræver forskellige opdragelses- og uddannelsesmetoder. Således ser det ud til, at man finder det nødvendigt at opdrage romaer, i modsætning til vestafrikanere, som i højere grad skal uddannes til at sætte sig igennem og anvende systemet.

2.3 Opsamling

I de berørte lande har der været og er der stadig en række problemstillinger, der gør sig gældende for indvandrere og flygtninge i sundhedssystemet. Dette indebærer blandt andet en utilstrækkelig adgang til behandlingssystemet og/eller modtagelse af behandling, der kvalitetsmæssigt ikke svarer til den behandling, andre patienter modtager. Mediatorservicen er blevet indført for at forbedre adgangen til systemet, for at forbedre kvaliteten af behandlingen, for at nedbryde kulturelle og kommunikative barrierer og for at forebygge og forhindre racisme. Disse mål søges nået gennem forskellige grader af uddannelse og opdragelse af patienten og/eller systemet.

3 Organisatoriske modeller for kulturel mediation

De fire lande udgør eksempler på, hvordan mediatorservice kan organiseres forskelligt. Der er flere niveauer i organiseringen, der varierer mellem de fire lande og derfor også får forskellige konsekvenser. På samme måde er der forskellige modeller for uddannelse og rekruttering af mediatorerne.

3.1 Hvordan ser servicen ud i de fire lande?

De fire modeller bevæger sig fra at være statsligt organiseret og finansieret til at være organiseret som NGO-projekter, finansieret af projektmidler.

	Belgien	Italien	Manchester	Dublin
Sted for organisation	Stat	Provins	Sygehus-fællesskab	NGO-projekt
Finansiering	Direkte statsfinansieret adskilt fra øvrige hospitalsbudget. Den enkelte mediator aflønnes af hospitalet, der søger om finansiering hos mediationsenheden. Årligt budget: 2 millioner Euro	Direkte finansieret af provinsen. Årligt budget: Ca. 280.000 Euro	Finansieret via det centrale budget på Saint Marys Hospital (SMH). Budget ikke tilgængeligt	Finansieret af EU og den irske sundhedsservice. Årligt budget: 75.000 Euro
Omfang	50 hospitaler (40 almene og 10 psykiatriske) ⁴	17 distriktsklinikker og 5 hospitaler	4 hospitaler, hjemmebesøg og enkelte sundhedscentre	Ca. 26 henvisninger og 28 træningssessioner for sagsbehandlere og hospitalspersonale om året.
Ansvarlig koordination	Statslig central interkulturel mediationsenhed under den federales offentlige service for helse, fødekædesikkerhed og miljøet.	AUSL (Azienda Unità Sanitaria Locale) i Reggio Emilia samt to konsortier, som ansætter mediatører og udbyder servicen.	SMH	Access Ireland
Antal mediatører	50 mediatører dækkende 17 sprog.	25 (10 del- og 15 heltidsansatte)	5 linkworkere, der dækker 9 sprog (4 fuldtidsansatte) + 15 medicinstuderende, der dækker over 14 sprog	4 mediatører (ansat på timebasis)

⁴ Tal fra 2004

3.2 Konsekvenser og erfaringer

Den konkrete organisering af mediatorservicen har afgørende betydning for i hvilken grad og på hvilken måde, de forskellige servicer gør en forskel. Graden af tilknytning til de enkelte hospitaler og spørgsmålet om national eller lokale enheder betragtes her som væsentlige parametre. Disse parametre genfindes i de fire lande i forskellige variationer og fungerer som udgangspunkt for nedenstående fremstilling af servicernes organisering:

	National/regional enhed	Lokal enhed
Stærk tilknytning til hospitalerne	• Belgien • (Italien) *	• Manchester
Begrænset tilknytning til hospitalerne	• (Italien) *	• Irland

* Italien indtager en lidt speciel placering i ovenstående skema, da den konkrete tilknytning til hospitalerne varierer meget afhængig af tilrettelæggelsen af opgaver i forhold til behov.

3.2.1 Den belgiske organisering

I Belgien er servicen organiseret *nationalt* i forhold til uddannelse af mediatoren, kontrol, kvalitetssikring, evaluering, uddannelse af hospitalspersonalet og definition af mediators rolle og funktion. Samtidig overlades en del frihed og ansvar til hospitalerne i forbindelse med rekruttering og beskæftigelse af mediatorerne. *Tilknytningen til hospitalerne* er derfor samtidig meget stærk.

Hospitalerne er selv ansvarlige for ansættelse og beskæftigelse af mediatorerne og søger midler til opretholdelse af stillinger gennem den centrale statslige interkulturelle mediationsenhed. Det er ligeledes hospitalerne, der kan afskedige en mediator, hvis vedkommende ikke opfylder sine forpligtelser. Konsekvensen af disse forhold er, at man fra central side har overdraget en del af kontrollen med mediatorens indsats og arbejde til hospitalerne. Mediatorerne er ansat som en del af de enkelte sociale teams, sygeplejerskeafdelinger eller trivselsafdelinger på hospitalerne, som mange af patienterne med migrantbaggrund kommer i kontakt med fx for at få gratis behandling. På AZ St. Lucas i Gent, hvor mediatorservicen er en del af "trivselsafdelingen", er servicens kontor centralt placeret ved siden af hovedindgangen, så mediatoren kan tage imod en patient, som henvender sig i informationen, inden for meget kort tid.

Denne struktur har både fordele og ulemper. Som lederen af den interkulturelle mediationsenhed udtrykker det:

Det havde sine fordele, da vi var NGO-baserede. Vi var uden for hospitalerne og arbejdede også med andre sektorer af sundhedssektoren - nu er vi kun på hospitalerne. På den anden side er fordelene nu, at vores engagement med hospitalerne er vokset dramatisk siden vi er begyndt at arbejde her fra [ministeriet]. Og vi er meget mere involverede i budgetterne nu – og det er noget vi er meget følsomme over for – pengesager. Så på mange måder var det en positiv udvikling og på den anden side mistede vi vores uafhængighed, og vi er nu en del af et kæmpe system. I starten skulle vi spørge hospitalerne, om de var villige til at modtage en mediator og nu beder de os om en mediator! Vi er nødt til at have mediatorerne på hospitalerne, men på den anden side var den gamle model nemmere. Som eksempel er det vanskeligt at samle mediatorerne til de supplerende kurser – specielt dem, som kun arbejder deltid. Men i det store hele er det langt mere effektivt nu.

Konsekvenserne af en sådan organisering og strukturering er følgende:

- I forhold til *økonomi og udbud* af opgaver er fordelene, at mediatorservicen ikke skal "sælge" sin ydelse til hospitalerne. Til gengæld kan servicen ikke direkte udvides til andre felter eller servicer.
- I forhold til den *praktiske tilrettelæggelse* af arbejdet er mediatorernes daglige tilstedeværelse på hospitalet central. Dette fremmer 1) personalets anerkendelse af servicens værdi, 2) at patienten nemt kan finde frem til servicen, og 3) at responstiden i nødstilfælde eller tilfælde med akut behov for mediatorens bistand afkortes væsentligt.
- I forhold til *efteruddannelse og kvalitetssikring* er det blevet vanskeligere for den centrale mediationsenhed at samle hele mediatorkorpsen til møder og kurset, i kraft af den øgede tilknytning og engagement på hospitalerne. Til gengæld opnår mediatorerne en langt større viden om det daglige arbejde på hospitalerne og oparbejder herigennem et uvurderligt terminologisk kendskab.

3.2.2 Organiseringen i Reggio Emilia, Italien

I Reggio Emilia er strukturen en *regionalt* styret organisation med en central ledelse, som koordinerer de overordnede linier for servicen, uddannelse af mediatører og administrerer en database med oversatte informationsbrochurer, foldere og andre hospitalsrelevante dokumenter. Selve varetagelsen af servicen er udliciteret til to konsortier, som i princippet fungerer som private virksomheder. Disse konsortier varetager rekruttering og daglig administration af de 25 mediatører og håndterer de logistiske udfordringer forbundet med at servicere provinsens mange behandlingssteder.

Tilknytningen til de enkelte hospitaler og klinikker er meget varierende, afhængig af stedets konkrete behov. Mediatorerne opererer efter et roterende skema og efter en målsætning om at tilbyde mediation en dag om ugen i hvert af de nødvendige sprog på hvert hospital eller klinik. Den enkelte mediator opholder sig derfor ikke permanent på et eller flere hospitaler og har som sådan heller ikke et fast personligt kontor. Denne model er valgt ud fra et økonomisk og praktisk synspunkt, idet kon-

sortierne kan ansætte mediatorer til lave omkostninger og dække mange små og spredte klinikker samt hospitaler.

Konsekvenserne af en sådan organisering og strukturering er følgende:

- I forhold til *økonomi og udbud* er organiseringen fleksibel og økonomisk rationel. Den løsere tilknytning til hospitalerne gør det muligt at videreudvikle servicen til fx skoler og den sociale service.
- I forhold til den *praktiske tilrettelæggelse* er relativt få mediatorer i stand til at dække over hele provinsens hospitaler og klinikker, men pga. den varierende tilknytning til hospitalerne har enkelte klinikker og afdelinger lang ventetid i forbindelse med akut tilkaldelse af mediatorer, hvilket resulterer i udbredt anvendelse af uformelle tolke eller behandling helt uden tolkebi-stand. Samtidig er det vanskeligt at overbevise personalet om behovet for mediatorer på de hospitaler, afdelinger eller klinikker, der ikke har jævnlig kontakt med mediatorer. Dette problem gør sig dog ikke gældende på de særlige familieklinikker, som udelukkende behandler illegale immigranter. Behovet for mediation er her åbenlyst for personalet.
- I forhold til *efteruddannelse og kvalitetssikring* har den centrale administration direkte indflydelse på mediatorernes indsats, arbejde, supplerende kurser og møder.

3.2.3 Organiseringen i Manchester

Der findes ingen national eller regional koordinering af de mange forskellige linkworker-servicer i England. De enkelte servicer er således lokale uafhængige enheder, tilsyneladende uden større erfaringsudveksling mellem de forskellige lokale initiativer. Linkworker-servicen er ansat af og har eget kontor på SMH, som dækker over fire hospitaler. Tilknytningen til hospitalerne er stærk for de fastansatte linkworkere. Organiseringen i lokale uafhængige enheder befordrer frihed til at udvikle servicen i den retning, der passer et givent sygehusfællesskab bedst, hvilket samtidig sætter store krav til den enkelte enheds evner til at organisere servicen hensigtsmæssigt. Udover manglen på penge lider servicen under manglen på en central administration og muligheden for at sparre og udvikle servicen i samarbejde med andre linkworker-servicer.

Konsekvenserne af en sådan organisering og strukturering er følgende:

- I forhold til *økonomi og udbud* er antallet af linkworkere begrænset af rationelle grunde, hvorfor de suppleres med almindelige tolke samt medicinstuderende. De eksterne tolkebureauer er forbundet med store omkostninger for hospitalet.
- I forhold til den *praktiske tilrettelæggelse* betyder placeringen på hospitalet 1) kort responstid, 2) at personalet genkender og er trygge ved linkworkerne, og 3) linkworkerne kan hjælpe patienten inden og efter sessionen. Linkworkernes kontor ligger afsides, og det er ikke praksis, at patienterne selv opsøger dem.
- I forhold til *efteruddannelse og kvalitetssikring* er uddannelsesniveaulet varierende hos tolkebureauerne, hvilket hospitalet ikke har mulighed for at kontrollere eller have indflydelse på, ligesom de medicinstuderende har ikke nogen form for tolkefaglig uddannelse.

3.2.4 Organisering i Dublin, Irland

Mediatorservicen er en *lokal enhed* under styring af Access Ireland, som er et EU-finansieret integrationsprojekt under det irske flygtningeråd. På nuværende tidspunkt er finansieringen af projektet løbet ud og kun en lille pulje er tilbage til promovering af servicen og dækning af løbende udgifter i forbindelse med lønning til mediatorerne. Mediatorerne arbejder freelance og udelukkende inden for den sociale service. Mediatorservicen har ingen *tilknytning* til hospitalerne, hvor det har været vanskeligt at overbevise personalet om vigtigheden af mediatorerne, på trods af kurser for personalet om servicen. En årsag til den manglende anvendelse på hospitalerne ser ud til at hænge sammen med mediatorernes rolle som kulturformidlere og konfliktlødere og ikke tolke. Sundhedspersonalet giver udtryk for, at de ikke umiddelbart kan se værdien i den isolerede kulturelle mediation, uanset at de kan nævne situationer, hvor de med fordel kunne have benyttet en mediator.

En ledende sygeplejerske på en psykiatrisk afdeling fortæller:

Vi havde en kvinde her, som troede... det var et eller andet med hendes børn, og hun insisterede på at barbere sit hoved hver morgen. Det foregik i lang tid, og hun havde en søster, som insisterede på, at den opførsel var kulturelt acceptabelt i hjemlandet, men rent faktisk var det ikke. Men vi vidste jo ikke, hvad vi skulle tro.

Konsekvenserne af en sådan organisering og strukturering er følgende:

- I forhold til *økonomi og udbud* benyttes mediatorerne ikke på hospitalerne og i ofte kender de ikke til servicen. Servicen lider under manglen på en central finansieringskilde og under dens afhængighed af eksterne fonde til dækning af servicens aktiviteter.
- I forhold til det *praktiske arbejde* er mediatorerne ikke vant til at arbejde i sundhedssektoren og hospitalspersonalet har ingen erfaring med at arbejde med mediatører.

3.3 Uddannelse og rekruttering

I tre af de fire lande er der enighed om, at arbejdet som mediator kræver en anderledes uddannelse end en tolk, og som konsekvens af dette har mediatorservicene udviklet deres egne uddannelser. Kun linkworker-servicen i Manchester har ikke sit egen uddannelsesprogram og benytter sig i stedet af den allerede eksisterende uddannelse for tolke, der findes i England.

Uddannelsen i *Belgien* består af et tre-årigt forløb med én ugentlig dag med formel uddannelse, tre ugentlige dage med praktik eller arbejde på et hospital som mediator og én ugentlig dag med sparring og supervision. Efteruddannelsen består af månedlige kurser i medicinsk terminologi og tolketeknikker. Mediatoren skal deltage i 75 % af de afholdte kurser. Supervision afholdes 6 gange om året. Belgiske undersøgelser peger på, at mediatorerne ikke er tilstrækkeligt uddannet, hvilket forsøges forbedret gennem kurser i blandt andet tolketeknik. Samme undersøgelser peger på, at personalet på de belgiske hospitaler heller ikke er tilstrækkeligt uddannet til at arbejde med tolk eller mediator, men uddannelse i dette har ikke vist sig at have nogen effekt på personalets adfærd.

Rekrutteringskravet i Belgien har siden 2005 været ovennævnte uddannelse eller to års erfaring i et job med samme funktion som mediator. For at kunne oprette en stilling skal hospitalet kunne dokumentere et behov, og inden for det første år skal en fuldtidsansat mediator udføre minimum 100 interventioner om måneden. En erfaren fuldtidsansat mediator kan varetage ca. 250 interventioner om måneden.

I *Italien* består uddannelsen af et 50 timers kursus med 50 timers praktik. Uddannelsen dækker over undervisning i etik, metodologi, personlig service og neutralitet. Mediatorer uddannes i at kunne analysere migrantens behov og ressourcer, lytte til og være interesseret i migrantens oplevelser, formidle styrkeforholdet mellem patienten og personalet og i at kunne forklare om forskellige kulturer, rettigheder og pligter. Rekruttering af nye mediatorer foregår efter en sprogtest i italiensk og minoritetssproget. Efterfølgende gennemgår mediatoren ovenstående uddannelse. Mediatoren kan ikke være etnisk italiener og bør helst være en kvinde.

I *Irland* gennemgår mediatorerne en 6 måneders uddannelse, som foregår fra 10 - 13 hver dag i de 6 måneder. Kurset dækker over tre hovedområder: 1) det irske social- og sundhedssystem, 2) mediationsteknikker og 3) tværkulturel kommunikation. Mediatorerne arbejder ikke samtidigt med uddannelsen. Rekruttering foregår inden uddannelsen og består af en screening af ansøgerne ud fra personlige og faglige kriterier. I 2004 gennemførte 8 ud af 9 personer uddannelsen. Ud af disse valgte yderligere 4 at forlade projektet, hvilket primært skyldtes jobbetts ringe status og løn.

I *Manchester* er der ikke organiseret nogen uddannelse for linkworkerne. Der rekrutteres linkworkere fra tolkeuddannelserne på de engelske uddannelsesinstitutioner, og deres sproglige kundskaber i begge sprog testes inden ansættelse. Personalet modtager uddannelse i at arbejde med linkworkere, og der er udarbejdet en 'best practice guide' til de ansatte om arbejdet med tolk og linkworker. Denne guide har øjensynligt forbedret personalets og linkworkernes samarbejde.

Rekrutteringskravene varierer landene imellem, bl.a. har man i Belgien i modsætning til de andre lande prioriteret mediatorer med en forudgående sundhedsfaglig uddannelse. Både i Belgien og Italien, hvor mediatorerne har den mest komplekse funktion, understreges betydningen af køn og etnisk baggrund. I begge lande fremhæves fordelene ved, at mediatoren er en kvinde, ligesom især mediatorens personlige migrationserfaring, men også anden etnisk baggrund fremhæves som en forudsætning.

3.4 Opsamling

De fire lande organiserer mediatorservicen ud fra forskellige forudsætninger og formål, der samtidig får forskellige konsekvenser for uddannelse og rekruttering såvel som for effektivitet af servicen. Sammenligningen mellem landene viser, at det er afgørende at overveje forhold omkring økonomi, udbud, placering af servicen samt efteruddannelse i forhold til, hvad man forventer servicen skal kunne. Den tætte tilknytning til hospitalerne ser således ud til at styrke samarbejdet med det sundhedsfaglige personale både i forhold til synlighed og faglighed, mens et minimum af central organisering fremmer kvalitetssikring og efteruddannelse af både mediatorer og sundhedspersonale.

I Belgien, Italien og Irland, hvor man opererer med en selvstændig mediatorrolle, er forudsætningen en specifik mediatoruddannelse, hvor mediatoren på den ene side rustes til at håndtere vanskelige etiske, sproglige, kulturelle, kommunikative

og diskriminatoriske konflikter, dilemmaer og spørgsmål. På den anden side er det centralt at sikre mediators tolkefaglige kompetencer, inklusive medicinsk terminologi, enten via den oprindelige uddannelse eller løbende efteruddannelse. Tilbuddet om uddannelse af det sundhedsfaglige personale i at arbejde med mediatører fremhæves som en forudsætning, men samtidig vanskeligt realiserbart. En obligatorisk kursusdeltagelse i en eller anden form kan derfor være en fordel.

4 Erfaringer med mediators funktion og praksis

De fire undersøgte lande har forskellige erfaringer, både i omfanget af erfaringer og i indholdet af erfaringer med anvendelsen af kulturelle mediatorer. Erfaringerne giver forskellige bud på, hvad en mediator kan bruges til, hvilken forskel mediatoren gør for kommunikationen, og hvordan de forskellige personalegrupper oplever anvendeligheden af mediatoren. I det følgende uddybes erfaringer med mediation, som de opleves af mediatorer, sygeplejersker, læger, jordemødre, socialarbejdere og administratorer. Generelt har det været svært at få praktikerne til at definere præcist, hvad mediators rolle konkret er. Til gengæld har de kunne give et indblik i, hvordan de har anvendt og oplever brugen af mediatorer.

4.1 Mediators rolle

Mediatoren kan identificeres med mindst fem funktioner, hvis man ser samlet på de fire lande. De fem funktioner er tolk, kulturformidler, konfliktmægler, opdrager og/eller underviser i sundhedssystemet og endelig socialarbejder/støtteperson.

De forskellige lande lægger vægt på forskellige af disse aspekter og kombinationen heraf, og i nogle af landene har mediatoren en eller flere hovedfunktioner og andre sekundære funktioner (angivet med X i parentes).

	Tolk	Kultur-formidler	Konflikt-mægler	Opdrager og / eller uddanner	Social-arbejder
Belgien	X	X	X	X	X
Italien	(X)	X		X	(X)
Manchester	X	(X)		(X)	
Dublin		(X)	X	X	(X)

På trods af, at flere lande peger på betydningen af mediatorservicen som en anti-racistisk foranstaltning, lægges der ikke op til, at mediatoren har en egentlig funktion som advokat for patienten. I Belgien peges der på, at mediatoren kan gribe ind, hvis han eller hun direkte er vidne til diskrimination, ved at påpege problemet over for ledelsen. Men ellers er der generel enighed om, at mediatoren som udgangspunkt hverken er systemets eller patientens forlængede arm, uanset hvor mediatoren i øvrigt primært udfører sin funktion. Mediators funktion er at være *neutral* og samtidig anvende sine kompetencer til at formidle et effektivt møde mellem patient og system.

På trods af den manglende tildeling af en advokat-funktion til mediatoren, viser patientundersøgelsen, at ca. 2/3 af de adspurgte patienter har oplevelsen af, at servicen er med til at forhindre racisme. Det er paradoksalt nok i Manchester, hvor en stor del af baggrunden for indførslen af linkworker-servicen er eksplicit anti-racistisk, at færrest patienter har denne oplevelse.

Erfaringerne med mediators forskellige funktioner omsættes i en række kommunikationsmæssige erfaringer i de respektive lande. Især er det i Italien og Belgien muligt at finde eksempler på betydningen af socialarbejdet og betydningen af kulturformidlingen, mens der i Italien og Irland gives eksempler på opdragelse til systemet, og i Irland gives eksempler på konfliktmæglingen. I det engelske materiale er det sværere at finde konkrete kommunikationsmæssige erfaringer, fordi der ge-

nerelt peges på, at linkworkeren i overensstemmelse med sin rolle sikrer kommunikationen. Uden tolk, ingen kommunikation.

4.1.1 Mediatoren som tolk

I alle lande, på nær Irland, er en helt central funktion for mediatoren at kunne tolke. I Manchester ses dette som hovedfunktionen, hvorimod det i Belgien og Italien snarere ses som en forudsætning for at udfylde rollen som mediator. Det understreges generelt, at det er nødvendigt at kunne kommunikere og det helst på patientens eget sprog, hvis man skal kunne tale om forhold knyttet til ens personlige helbred. Hvis ikke der er mulighed for tolkning, er der kun mulighed for at udføre tekniske undersøgelser. I Manchester og Belgien fremhæves det, at man ved brugen af tolk kan formindske antallet af fordyrende tekniske undersøgelser, som ofte tages i anvendelse, hvis man ikke kan kommunikere optimalt om patientens symptomer og sygdomshistorie. Manchester og Belgien er der, hvor der er størst opmærksomhed om mediatorens tolkefunktion, og begge har definerede standarder for korrekt tolkning.

En belgisk administrator fortæller:

Sidste år var der en patient her på hospitalet, der døde under en konsultation, fordi lægen ikke forstod, hvad patienten ville, og vi havde ikke på det tidspunkt adgang til en mediator. Patienten havde en fejl i halsen, og lægen skulle lave en endoskopi, og patienten sagde, at han ikke kunne, og at han havde en malfunktion. Lægen sagde bare 'intet problem, jeg gør det bare' og patienten sagde 'åh nej, nej', og halsen blev perforeret, og patienten døde i konsultationen. Familien blev meget vrede og ville have slået lægen ihjel, og vi havde bombetrusler i 2 uger. Hvis mediatoren havde været her, og hvis lægen havde tilkaldt hende, ville der have været en anden løsning.

Dette eksempel florerer på de belgiske hospitalet, og flere peger på, at sagen har gjort lægerne opmærksomme på værdien af at bruge mediatorer både i forhold til patientrettigheder, men også som en beskyttelse af dem selv.

Erfaringerne med brugen af mediatorer i rollen som tolk er generelt positive. Der er forskellige holdninger til, om de er tilstrækkeligt uddannede inden for den medicinske terminologi, hvilket understøttes af flere mediatorens ønske om at modtage uddannelse i terminologi. Der er generelt enighed i Belgien og Italien om, at tolkningen er af højere kvalitet med indførslen af mediatorer end før, hvor man enten brugte uformelle tolke i form af venner og familiemedlemmer eller brugte tilkalde-tolke. Det ser ud til, at mediatorservicen har fået personalets øjne op for vigtigheden af at bruge en, der kan tolke, ligesom mediatorservicen generelt har skabt en bedre kontakt til patientgruppen, som også kan være med til at styrke kvaliteten af kommunikationen.

Eksempel fra Belgien

En læge opdagede betydningen af en mediator, da et forældrepar fik et chok, da de fik at vide, at deres barn skulle opereres for ikke at dø. Det var efter 5-6 behandlinger indtil da ikke gået op for forældrene, hvad barnet fejlede, og hvor alvorligt det var.

Eksempel fra Italien

I psykiatrien brugte de familieterapi til barnet af en afrikansk familie og brugte i den forbindelse forældrene som tolke. Her fandt de ud af at tilkalde en mediator i stedet for.

Eksempel fra Belgien

En belgisk hepatitislæge fortæller: Med vanskelige sygdomme med alvorlige sideeffekter, og hvor man skal have deres tilsagn, er det enormt vanskeligt. Og udgifterne til en mediator oven i de almindelige udgifter er utrolig lille, og chancerne for at lykkes i det man foretager sig uden en mediator er meget begrænsede. Den normale succesrate for behandling af hepatitis C type 3 er internationalt ca. 80 eller 85 % på akademiske centre – hverdagscentre nede på 70 % - hvor min er 96 %! Jeg er ikke bedre end så mange andre læger, men har man en mediator, gør det en enorm forskel.

I forhold til mediators funktion som tolk viser patientundersøgelsen, at patienterne overordnet er endog meget tilfredse med kvaliteten af tolkningen; ca. 95 % af de adspurgte mener, at mediatoren var med til at skabe en god kommunikation mellem dem selv og behandleren. De mest kritiske patienter finder man i Manchester, hvor en fjerdedel ville foretrække familiemedlemmer som tolke eller tilkalde-tolke. En anden gruppe, der i nogen grad foretrækker en egentlig tolk frem for mediatoren (ca. en femtedel) er kineserne i Italien. På trods af patienternes generelt positive vurdering af kvaliteten af tolkningen siger ca. 10 % af patienterne, at de ikke har forstået deres egen diagnose og den påkrævede behandling.

4.1.2 Mediatoren som kulturformidler

Kulturformidlingen er i alle fire lande en del af mediators funktion. I Manchester ses kulturformidlingen udelukkende som et nødvendigt element i tolkningen, idet den sproglige oversættelse ikke kan finde sted uden bevidstheden om og inddragelsen af de kulturelle aspekter i sproget. I Irland er kulturformidlingen et nødvendigt element i opdragelsen og uddannelsen af klienterne, ligesom det er et element i konfliktløsningen. I Italien og Belgien ses mediators funktion som kulturformidler i flere sammenhænge. Kulturformidling foregår i forbindelse med:

- forklaring af kulturelle elementer knyttet til konsultationer (inden og oftest efter konsultationen)
- kurser til personalet i kulturelle aspekter
- tilrettelæggelse af en behandling
- at skaffe informationer om patientens tidligere historie (sygdoms- og migrationshistorie).

Tilrettelæggelse af behandling kan fx være at hjælpe hospitalet til at sammensætte en diæt for diabetespatienter, der tager højde for kulturspecifikke spisetraditioner. På samme måde kan mediators kulturkendskab være en hjælp til at få patienten til at åbne op for sin historie og dermed skaffe nødvendige informationer. Hovedfokus i kulturformidlingen er at bibringe kulturelle informationer til personalet, der gør det lettere at finde en fælles forståelse mellem patient og personale om behandlingen.

Der er generelt gode erfaringer med at bruge mediatorer som kulturformidlere, og det er ikke mindst knyttet til praktiske og pragmatiske løsninger, snarere end at der er tale om kulturementerende løsninger. Mediatoren kan hjælpe til, at lægen kan skelne mellem kulturbestemte og sygdomsbestemte adfærdsmønstre, ikke mindst inden for psykiatrien; ligesom mediatoren kan pege på kulturbestemte værdier eller traditioner, som strider mod en specifik behandling, og åbne for en forhandling mellem patient og læge.

Eksempel fra Belgien

En 19-årig patient blev indlagt, hvor moren mente, det skyldtes "det onde øje", dvs. andre tyrkeres jalousi. Moren ville derfor ikke have datteren behandlet med vestlig medicin, men ville gå til en traditionel healer. Lægen rådede til begge behandlinger, men ville have lov til at overvåge hende imens. Mediatorens forklaring hjalp lægen til at forhandle om behandlingen.

Eksempel fra Italien

En kinesisk patient kom ind med svære hallucinationer. Det var umuligt at kommunikere med ham, da han kun talte kinesisk. Mediatoren blev tilkaldt, og hun kunne forklare den kulturelle betydning af disse hallucinationer. Mediatoren kom igen mange gange for at tale med patienten og overbevise ham om betydningen af medicinen. Patienten endte med at tage den medicin, han ellers ikke ville tage. Det havde været umuligt for alle andre at skabe kontakt til ham, men det lykkedes mediatoren.

Patientundersøgelsen viser i forbindelse med mediatorens rolle som kulturformidler, at ca. 90 % af patienterne har en oplevelse af, at mediatoren var med til at afværge kulturelle misforståelser mellem patienten og behandleren. Igen trækker Manchester gennemsnittet ned og undersøgelsen peger på, at værdien af den kulturelle side af mediationen er mest værdsat af patienter i de lande, der lægger mest vægt på de kulturelle spørgsmål, nemlig Belgien og Italien.

I interviewene med sundhedspersonalet påpeges risikoen for, at mediatoren øger en kulturaliseringsproces, hvor kultur-uafhængige problemer og emner forskydes af systemet til at dreje sig om kulturelle forskelle. På spørgsmålet om, hvorvidt der er for meget fokus på patientens kulturelle baggrund, svarer patienterne i overensstemmelse med den positive vurdering af kulturformidlingen; dvs. især de belgiske patienter føler ikke, at der lægges for meget vægt på deres kulturelle baggrund, mens flere blandt de italienske patienter og endnu flere blandt de engelske patienter finder, at dette er tilfældet.

4.1.3 Mediatoren som konfliktmægler

I Belgien fremhæves det, at der i det praktiske arbejde kan opstå konflikter på grund af kulturelle forskelle, hvor mediatoren kan være medvirkende til ikke blot at redde trådene ud, men komme med forslag til en generel løsning på problemet. I Irland er mediators rolle som konfliktmægler primært en form for ambulancetjeneste, hvor mediatorerne rykker ud, når en konflikt er spidset til.

Opgaven som mægler i konflikter opstår især, når forskellige opfattelser af behandlingen eller af den rette adfærd støder sammen og sætter en stopper for den fortsatte behandling. I Irland, som især sætter fokus på mægler-rollen, er konflikterne primært knyttet til sociale spørgsmål, da det er her, servicen hidtil har været implementeret. Det kan fx handle om at finde konkrete løsninger for familien, når kvinden i hjemmet skal indlægges, og manden er voldelig over for børnene. Det kan også handle om uenighed i familien om behandlingen, hvor mediatoren kan gå ind og løse op.

Eksempel fra Irland

En mediator fortæller om en kvinde, der var langtidssyg, og hvis mand mente, at det var gudernes straf. Derfor havde han svært ved at se, at hospitalet skulle gøre nogen forskel. Hospitalet gjorde ikke noget for at ændre denne opfattelse hos manden, før en mediator kom ind i billedet. Faren til kvinden ville sende hende tilbage til Afrika, hvor hun skulle til en heksedoktor, men det ville manden ikke tillade. Løsningen blev at sende et billede tilbage som en slags stedfortræder.

4.1.4 Mediatoren som opdrager og uddanner

En fjerde funktion, som mediatoren har, er at give informationer til patienterne om, hvordan hospitalet og systemet fungerer og guide patienten igennem systemet. Denne rolle indebærer også kulturformidling i form af formidling af hospitalskulturen, og hvordan man som patient agerer heri. Der er en gradsforskel i forhold til, om der er tale om opdragelse eller uddannelse. Opdragelse handler om at få patienten til at tilpasse sig systemets kultur, og funktionen kan indimellem glide over i, hvad man kunne kalde en assimilationsagent. Uddannelse derimod handler i højere grad om at give patienten redskaber til at benytte sig af behandlingstilbuddet. Italien og Irland er de lande, hvor der lægges størst vægt på opdragelse, hvilket kan relateres til gruppen af illegale migranter i Italien og gruppen af romaer i Irland, som begge opfattes som grupper, der bør ændre adfærd.⁵

Opdragelse kan bestå i:

- at forklare patienten om hospitalet og måden man bruger det 'kulturelt' rigtigt på
- at overbevise patienten om nytten af en bestemt behandling eller praksis
- at ændre patientens kultur eller praksis.

⁵ Problemerne med roma-gruppen i Irland er yderst begrænset dokumenteret i herværende undersøgelse og bygger primært på én mediators oplysninger.

Uddannelse kan bestå i:

- at give viden til patienten om systemets muligheder
- at lære kroniske patienter at tackle og leve med deres sygdom
- at forebygge smitsomme sygdomme gennem viden
- at give patienten redskaber til at vælge.

Det bemærkelsesværdige ved det irske eksempel er, at der i forhold til den vestafrikanske gruppe af migranter lægges vægt på uddannelse som redskab til at få magt over egen situation, dvs. et empowerment-aspekt, mens det for romaernes vedkommende er et spørgsmål om opdragelse og tilpasning.

Som det ses i eksemplet med den kinesiske patient med svære hallucinationer, er opdragelsen til systemet ikke uafhængig af de kulturspecifikke aspekter. Tværtimod er de tæt sammenhængende. I Italien har mediatorerne stor succes i forhold til både at få og fastholde patientgruppen i behandling. Gennem mediatorerne er det blevet muligt at få patienter til at tage medicin, som de ellers ikke ville, og at følge en behandling, som ellers havde været svært at få dem til. Det gælder kineserne, som er meget skeptiske over for vestlig medicin, og det gælder i forbindelse med smitsomme sygdomme, hvor mediatoren har været med til at forklare betydningen af medicin og smittefare. Mediatoren sikrer terapeutisk kontinuitet. Der er nogle sygdomme, der kræver en længevarende behandling, fx psykiatriske sygdomme eller TB. Effekten af denne behandling afhænger meget af mediatorens evne til at forklare patienten, at denne skal fortsætte behandlingen, selvom de ikke har nogen symptomer lige her og nu. I nogle kulturer findes kroniske sygdomme ikke som koncept, så de kan ikke forstå, hvorfor de skal tage medicin.

Eksempel fra Belgien

En sygeplejerske fortæller om problemet med at få tyrkere til at acceptere en rygmarvsbedøvelse, som de er bange for og hellere vil tage piller. I det tilfælde har de oplevet, at mediatoren kan forklare, at det ikke er farligt eller gør ondt, hvorefter patienten accepterede behandlingen.

Indimellem antyder de præsenterede erfaringer, at mediatoren i nogle tilfælde fungerer som assimilationsagent, hvor adfærdsændringen ikke har nogen behandlingsmæssig funktion, men alene en funktion, der tilfredsstiller systemet. Et eksempel herpå er:

Eksempel fra Italien

En god effekt ved mediatorerne var bl.a. at de overtalte de nybagte mødte til at tage sløret af og give barnet bryst, selv om der var mandligt personale til stede. Det var en god ting, så personalets fordomme blev modbevist, og de kunne se, at de var almindelige mødre ligesom dem selv.

I forhold til mediatorens rolle som opdrager eller uddanner svarer ca. 90 % af de adspurgte patienter, at mediatoren hjælper dem med bedre at forstå hospitalssystemet og deres rettigheder.

4.1.5 Socialarbejder / støtteperson

En central del af mediators opgave er at yde følelsesmæssig støtte, at få patienterne til at føle sig hjemme. Det er især en funktion, der fremhæves i Belgien. I Italien og Irland fremstilles det sociale arbejde i højere grad som en opgave, der understøtter opdragelsen og uddannelsen. Rollen som socialarbejder kan indeholde meget forskellige opgaver som fx:

- at skabe kontakt til patientens familie
- at hjælpe patienten med sociale problemer og guide dem videre i systemet
- at lytte og være til stede for patienten
- at få patienten til at føle sig tryk ved behandleren og systemet
- at blande sig, hvis der foregår åbenlys diskrimination

At mediatoren kan rumme disse opgaver, hænger i høj grad sammen med mediators tilstedeværelse på afdelingerne, og det er derfor ikke mærkeligt, at det især er i Belgien, hvor mediatoren er til stede på hospitalerne, at funktionen fremhæves. Hvis linkworkeren i Manchester udsættes for forventninger af denne karakter, opleves det derimod snarere som en belastning.

Når mediatoren fungerer som socialarbejder eller støtteperson, handler det først og fremmest om patienttrivsel. Erfaringerne ser ud til at være positive. Det er nemmere for mediatoren at opbygge en tillid, hvilket både kan hænge sammen med mediators etniske baggrund, fælles migrationshistorie, sproglige kompetence, eller ganske enkelt mediators funktion i sundhedsvæsenet. En sygeplejerske peger på, at mediatoren ved at give følelsesmæssig støtte gør det for minoritetspatienterne, som sygeplejersken, den sociale service og præsten gør for de belgiske patienter.

Eksempel fra Belgien

En mediator kan følge en patient til fx røntgen, en anden afdeling, klinik eller hospital efter en konsultation. Det kan også være en socialarbejders opgave. Fordelen ved mediatoren er, at hun samtidig kan tale med patienten. Det er med til at skabe tryk og tillid til systemet. Mediatoren kan også til tider udføre socialrådgiverens arbejde, fx hjælpe med regninger eller lignende.

Eksempel fra Italien

En mediator fortæller: I går gik jeg en runde på hospitalet og mødte en kvinde, der lige havde født. Hun sagde, at dagen før havde sygeplejerskerne fortalt noget om barnet, som hun ikke havde forstået. Jeg gik til sygeplejerskerne og forklarede situationen. De sagde, at de havde forklaret det til patienten. De havde troet, at hun havde forstået det, selv om hun åbenbart ikke havde.

I forbindelse med mediators rolle som socialarbejder/støtteperson siger 95 % af de adspurgte, at mediatoren fik dem til at føle sig mere trygge, gav dem mere mod til at fortælle og stille spørgsmål samt mere mod til at fortælle om deres sygdom og symptomer. Tilliden til mediatoren er højst i Belgien, samtidig med at det er her, at patienterne i højeste grad føler, at de kan betro sig til behandleren. I modsætning til i Italien og Manchester, hvor ca. 70 % af patienterne føler, at de bedre kunne betro sig til mediatoren end til behandleren. Det ser ud til, at mediatoren i Belgien indgår i en relativt flad, patientcentraliseret hospitalsstruktur, som i nogen grad mindsker afstanden mellem behandler og patient. Især i Manchester er patienterne til gengæld i højere grad utrygge ved at tale i mediators tilstedeværelse og oplever, at mediatoren opfører sig nedladende/opdragende/upassende.

4.1.6 Mediatorer som specialister eller generalister

I forhold til spørgsmålet om, i hvor høj grad mediatoren bør have sundhedsfaglige funktioner og kompetencer, varierer holdningerne meget fra land til land og imellem de forskellige personalegrupper. Administrationens opfattelse er typisk, at mediatoren skal være generalist, uden særligt kendskab til medicinsk praksis. Hos lægerne og sygeplejerskerne, som til dagligt arbejder med mediatorerne, er opfattelsen typisk den modsatte. De foretrækker, at mediatoren har kendskab til medicinsk praksis, enten fordi det forbedrer kommunikationen, eller fordi mediatoren dermed kan lette personalets daglige arbejde ved at overtage nogle af de mere praktiske opgaver. Dette gælder specielt forhold som at forklare patienten basale aspekter ved dennes lidelse og den påkrævede behandling, fx hvordan en scanning forløber.

Risikoen ved at give mediatoren sundhedsfaglige opgaver er i alle lande, at mediatoren kan komme til at fungere som en art sygeplejerske med sproglige og kulturelle kompetencer uden at have den nødvendige og juridisk påkrævede uddannelse.

Lederen af den interkulturelle mediationsenhed i Belgien:

De udvikler igennem deres arbejde et kendskab til medicin og nogle tror, at de selv kan rådgive medicinsk. En mediator rådgav 12 patienter til at få en mave-sæks-reduktion. Det var skrækkeligt. Mediatorerne skal aldrig arbejde som sygeplejersker.

4.2 Patienters og sundhedspersonales opfattelse

Det er relativt forskelligt, hvordan de forskellige faggrupper i hospitalssystemet oplever formålet med mediatorerne og konsekvenserne af indførslen af mediatørservicen. De forskellige holdninger afspejler af gode grunde faggruppernes egne roller i behandlingssystemet. Derfor er der generelt større enighed på tværs af landene imellem faggrupperne om betydningen af mediatørservicen, end der er enighed inden for det enkelte land. Der er dog også variationer inden for faggrupperne. Generelt er de interviewede personer meget positivt indstillet over for servicen.⁶

⁶ Da vi ikke selv havde indflydelse på valget af interviewpersoner, er det interessante ved de positive erfaringer, hvad og hvorfor mediatørservicen fungerer positivt set med de forskellige faggruppers øjne. At der også er problemer og udfordringer belyses yderligere i kap. 5.

4.2.1 Sundhedspersonale og mediatorer

Administratorene er den gruppe, der på tværs af landene er mindst enige om servicens muligheder, idet deres holdninger afspejler baggrunden for indførslen af ordningen. I Belgien sætter administratorene fokus på behandling og økonomisk organisering af tolke-opgaverne. I Italien er det mediators rolle som opdrager af patienten og mediators betydning i forhold til lige adgang til behandling, som administratorene peger på. I Irland lægges der vægt på kulturformidlingen, mens der i Manchester fokuseres på tolkningen.

Praktikerne ser mediatoren som redskab til at forbedre den indsats, de hver især yder i behandlingen. Derfor lægger afdelingslederne vægt på tolkens kendskab til hospitalet og de sproglige kompetencer, mens lægerne er enige om, at mediatorserVICEN er relevant, fordi den øger kvaliteten af behandlingen og gør den mere effektiv. Sygeplejerskerne fokuserer af gode grunde på det daglige arbejde på afdelingen, og at dette glider bedst muligt. Hvis kontakten til patienten er præget af konflikter, kan disse derfor afhjælpes gennem brugen af mediatorer. Sygeplejerskerne er derfor også den faggruppe, der især fremhæver betydningen af, at mediatorerne er fast tilknyttede hospitalet eller afdelingerne.

Mediatorerne giver generelt selv et billede af, at tolkningen fylder meget som del af deres arbejde. Til gengæld fremhæver de, med undtagelse af i Manchester, især den positive betydning af deres funktion som kulturformidler og som den, der opdrager patienten til systemet. Det er sandsynligt, at det er de sidste funktioner, de får mest direkte respons på og krediteres for af både personale og patientgrupper. En anden årsag kan være, at tolkningen blot opleves som et redskab, hvor de andre funktioner i højere grad opfattes som en specialiseret og unik kompetence.

I alle de undersøgte lande foregår mediationen i mere eller mindre grad som et samarbejde mellem de nævnte personalegrupper. Der er generelt store vanskeligheder med at få sundhedspersonalet til at bruge servicen, men når lægen eller sygeplejersken først har en vis erfaring i at bruge mediatorer, er vurderingen omkring samarbejdet overvejende positiv. Det fremhæves især, at det kan være vanskeligt at få lægerne overbevist om fordelene ved at bruge en mediator.

Samtidig lider samarbejdet under en vis skepsis og til tider manglende respekt over for mediators person eller hverv. Som lederen af den centrale mediationsenhed i Belgien fortæller:

"Rare are the mediators who do not complain about the humiliation they experience from the side of some of the MD's and/or nurses. It is certainly one theme that often comes up during supervision meetings"

Dette lader til at være et alment gældende problem i de undersøgte lande. Mediatoren bliver i disse tilfælde opfattet instrumentelt; som en person, der kan tilkaldes og sendes væk, som det passer lægen eller sygeplejersken, frem for en integreret del af det samlede hospitalspersonale.

4.2.2 Patienter

Patienterne er generelt mest tilfredse med servicen i Belgien, stærkt efterfulgt af Italien. I Belgien foretrækker patienterne en mediator frem for en tolk, mens der i Italien er lidt mere uenighed blandt patienterne om fordelene ved en tolk henholdsvis en mediator. Manchester skiller sig ud fra de to andre lande med en større gruppe af patienter, som tilkendegiver, at de er utrygge ved linkworkeren, vurderer kvaliteten af tolkningen som utilstrækkelig, føler at deres kulturelle baggrund kommer for meget i fokus og i overraskende grad fremover hellere vil vælge en tolk frem for en linkworker eller helt undvære støtte.

I Belgien og Italien mener næsten 100 % af de adspurgte patienter, at tolkningen og den kulturelle mægling gør en positiv forskel på adskillige niveauer. De mener, at kontakten til systemet lettes, at patienten i højere grad respekteres af behandleren, og at patienten bliver mere tryk på grund af mediators tilstedeværelse. Til gengæld finder en lille del af patienterne (ca. 15 %) det vanskeligt rent praktisk at få arrangeret støtte eller konsultation med en mediator.

4.3 Opsamling

De forskellige erfaringer med anvendelsen af kulturelle mediatorer peger på vigtigheden af nøje at overveje mediators rolle i sundhedssystemet i forhold til de mål for servicen, der opstilles. Jo tydeligere en funktion, mediatoren har i forhold til selve det praktiske arbejde på hospitalerne, jo mere tilfredshed er der blandt personalegrupper og patienter omkring samarbejdet. Hvad denne funktion i detaljer skal indeholde kan variere, men det er afgørende, at mediatoren har en funktion både i forhold til den sproglige oversættelse og i forhold til en kulturformidlende dimension. Eksemplet fra Manchester viser med al tydelighed, at indførslen af en tolk som redskab i en formel antiracistisk politik ikke virker efter hensigten, hvis organisering, uddannelse og funktion af mediationen ikke sammentænkes.

5 Konkluderende betragtninger

Erfaringerne fra Belgien, Italien, Manchester og Irland viser, at mediationsservicen i dens respektive variationer opfattes af informanterne som en forudsætning for at kunne tilbyde patienterne en optimal behandling. Resultaterne fra undersøgelsen peger både i retning af store gevinster, men også store udfordringer ved implementeringen af mediatorordninger.

5.1 Gevinster

Fordelene ved brugen af mediatorer går fra at handle om mere rationelle og økonomiske overvejelser, over konkret optimeret behandling, til anti-diskriminatoriske konsekvenser.

5.1.1 Behandlingsmæssige

Undersøgelsen viser, at de patienter mediatorerne er i kontakt med i altovervejende grad har adgang til og modtager behandling af en signifikant bedre kvalitet. Servicen opfylder dermed en målsætning om mere lige behandling for flere.

Forbedret behandling:

Patienter i målgruppen modtager først og fremmest en forbedret behandling inden for visse kategorier; kroniske sygdomme, sygdomme med lange behandlings- og efterbehandlingsforløb, smitsomme sygdomme, psykiatriske lidelser, obstetrik, gynækologi, postnatal behandling og pædiatri. Patienterne forpligter sig typisk i højere grad på et langt behandlingsforløb, som resulterer i større succesrater inden for eksempelvis de kroniske (diabetes) og smitsomme sygdomme (hepatitis og tuberkulose). Generelt vender patienterne også tilbage med den samme lidelse færre gange end tidligere. Behandling af de psykiatriske lidelser forbedres hovedsageligt gennem muligheden for at adskille symptomer fra kulturelt og religiøst betinget adfærd og folkesygdomme.

Nemmere adgang til behandling:

Servicen har generelt også haft en effekt på patienternes adgang til behandlingen, således forstået, at patienterne uddannes og/eller opdrages i hospitalskulturen og -strukturen. Patienterne er i højere grad klar over, hvor og hvordan man henvender sig, og hvilken behandling og ventetid man kan forvente.

5.1.2 Økonomiske

Det er vanskeligt at dokumentere mediatorservicens økonomiske effekter, men næsten alle informanter vurderer, at servicen på kort sigt er en udgift, der på længere sigt mere end tjener sig selv ind, samt at servicen på sigt vil komme til at betyde en reduktion af de samlede udgifter til et behandlingsforløb. I kraft af de ovenstående behandlingsmæssige fordele (færre konsultationer, forpligtigelse til behandlingsforløbene, hurtigere diagnosticering mm.) er hver enkelt behandlingsforløb mere effektivt end tidligere. Samtidig peger flere informanter på, at mediatoren er med til at mindske antallet af ofte dyre tekniske undersøgelser i diagnosticeringsfasen og dem, der stadig er nødvendige kan foretages mere effektivt.

5.1.3 Samarbejds-mæssige

Mediatoren er med til at sikre samarbejdet omkring den enkelte patients behandling og er i sammenligning med en tolk ikke mindst en gevinst ved at kunne optimere kommunikationen mellem det sundhedsfaglige personale og patienten. Samarbejdet mellem mediator og sundhedspersonale er samtidig afhængig af den generelle samarbejdsform på de konkrete hospitaler, hvor det belgiske eksempel viser, at den relativt flade samarbejdsstruktur giver plads til mediators selvstændige rolle.

5.1.4 Antidiskriminatorisk praksis og patientrettigheder

Den ofte direkte målsætning om forbedring af de antidiskriminatoriske praksisser har primært effekt i forhold til øget adgang til mere lige behandling, styrket efterlevelse af patientrettigheder samt et mere anerkendende system med plads til kulturelle forskelle. Til gengæld sikrer ordningen ingen direkte beskyttelse mod racistisk adfærd, som mediatorerne ikke har tilstrækkelige redskaber til at håndtere.

5.2 Udfordringer

Udfordringerne, som fremhæves af de involverede personalegrupper, drejer sig især om organisering, samarbejde og kvalifikationer hos både mediatorer og sundhedspersonale.

5.2.1 Organisatoriske

En udfordring er umuligheden af at imødekomme behovet for mediatorer inden for alle minoritetssprog. Det betyder samtidig, at mediatorordningen ikke kan erstatte forskellige former for tilkaldetolke, da disse ofte vil være den eneste løsning for mindre sproggrupper. Der er generelt enighed om, at der ikke er nok mediatorer, og at de ikke er tilstrækkeligt tilgængelige uden for deres faste arbejdstider. Samtidig har mediatorerne, når de er på arbejde, ofte så mange tolkeopgaver, at der ikke bliver tilstrækkeligt tid til det sociale og opsøgende arbejde.

En anden udfordring er, at brugen af mediator oftest bygger på personalets subjektive behov og oplevelse af problemer. Det har den risiko, at hvis man først er startet med at bruge mediator i forhold til en specifik etnisk gruppe, så virker det ofte forstærkende på behovet. Er tilbuddet der, benyttes det og øger efterspørgslen inden for de eksisterende tilbud. Dette kan bl.a. medvirke til øget koncentration af specifikke etniske grupper på specifikke hospitaler.

5.2.2 Samarbejds-mæssige

Til trods for de tilsyneladende uvurderlige gevinster er det stadig vanskeligt at få sundhedspersonalet til at anvende mediatorer. Samtidig lider mediatorerne stadig under manglende accept af deres hverv og i nogen grad under direkte ydmygelser fra læger og sygeplejersker. Behandleren kan til tider opfatte mediatoren som et besværligt og forstyrrende element knyttet til den forlængede konsultationstid og mediatoren som en ekstra person at skulle forholde sig til. Mulige samarbejdsproblemer stammer derfor i høj grad fra den del af hospitalspersonalet, som ikke anerkender værdien af en mediator.

Den største udfordring er måske den nødvendige erkendelse af, at implementering af en mediatorordning tager tid og kræver tålmodighed

5.2.3 Kvalitetsmæssige

Hvis en mediatorordning skal have succes, er uddannelse og kvalitetssikring en forudsætning. Generelt peger undersøgelsen på de udfordringer, der ligger i forhold til mediators sundhedsfaglige viden, sproglige kunnen og etiske kompetencer som fx neutralitet og tavshedspligt. Samtidig efterlyser mediatorerne supervision. Noget tyder på, at en vis grad af central organisering kan være med til at fremme kvalitetssikringen. I forhold til kvaliteten af mediationen er det samtidig en lige så stor udfordring af få personalet til at deltage i kurser i, hvordan man samarbejder med en mediator. Det kan være svært, ikke mindst for travle læger, at deltage i kurser i arbejdstiden.

5.3 Afsluttende bemærkninger

At opbygge en effektiv mediatorordning af høj kvalitet kræver en gennemtænkt model og en vilje til at afsætte ressourcer specifikt til udviklingen af en sådan. Til gengæld medfører den store fordele, tilsyneladende især hvis mediatoren har en selvstændig funktion i sundhedssystemet og ikke alene gives rollen som et nødvendigt onde.

I særligt Belgien og Italien har indførslen af kulturelle mediatorer i høj grad levet op til en målsætning om en bedre og mere lige behandling af etniske minoritetspatienter i hospitalssystemet. Gennem en kombination af flere kompetencer har mediatoren været med til at sikre etniske minoriteter *adgang til* behandling samt en *mere effektiv og bedre* behandling.

Som en belgisk læge udtrykker det:

Når man ikke kan tale med dem er det blot veterinær behandling. Man kan kun foretage tekniske undersøgelser, give dem nogen bedøvelse - alle taler bedøvelsens sprog... Men hvordan kan man udøve medicin? Så i forhold til kvaliteten af behandlingen er der ikke nogen grund til at diskutere nødvendigheden af mediatorer. Hvis man ikke kan forstå patientens sprog eller kultur yder man ikke den bedste behandling.

6 Litteratur

- Access Ireland: *Needs Assessment* (ikke offentlig tilgængelig)
- Armstrong, Tony (2003): *Central Manchester and Manchester children's university hospitals NHS trust – Link worker (Translation and Interpretation) Service*.
(http://www.cmmc.nhs.uk/your_trust/trustboard/sept2003/agenda_item12.pdf)
- Arora, Shona et al (2000): *Improving the Health of Black and Minority Ethnic Groups – A guide for GPs*. King's Fund Publishing, London, England,.
- Asylafdelingen, Dansk Røde Kors (1997): *Tolkning i asylafdelingen*. Rapport om Asylafdelingens tolketjeneste. Asylafdelingen oktober 1997.
- Berckmans, Verle et al (2004): *Coördinatoren Interculturele Bemideling: Interculturele Gagmakers in het Zuikenhaus*. (ikke offentlig tilgængelig)
- Bischoff, Alexander: (2003): *Caring for migrants and minority patients in European hospitals – a review of effective interventions*. SFM, Neuchâtel and Basel 2003. (www.mfh-eu.net/public/files/mfh_literature_review.pdf)
- Borde, Theda (2006a): *Intercultural mediation and the quality of care: Results of an empirical study at the Charité Hospital*. Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin – University of Applied Sciences, (ikke offentlig tilgængelig)
- Borde, Theda (2006b): *Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik*; (ikke offentlig tilgængelig)
- Borde, Theda et al (2006c): *How to deal with informational lacks of migrants in hospital*. (ikke offentlig tilgængelig)
- Borde, Theda et al (2006d): *Knowledge among German and Turkish women about specifically female bodily functions, contraception, preventive medical examinations and menopause*. (ikke offentlig tilgængelig)
- Borde, Theda et al (2006e): *Migrants in Emergency Departments – Patients Needs and Medical Treatment*. (ikke offentlig tilgængelig)
- Borde, Theda et al (2006f): *Published Research Abstract in English Language*. (ikke offentlig tilgængelig)
- Bowen, Sarah (2001): *Language Barriers in Access to Health Care*. Health Canada. (http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2001-lang-acces/index_e.html)
- Chiarenza, Antonio (2005): *Towards migrant-friendly and culturally competent health care systems: the experience of Emilia-Romagna*. (ikke offentlig tilgængelig)
- CPCA (2004): *Providing Health Care to Limited English Proficient (LEP) Patients – A Manual of Promising Practices*.
(www.hablamosjuntos.org/pdf_files/Providing_Healthcare_LEP_Feb2004.pdf)
- Dansk Flygtningehjælp (2001): *Traumatiserede flygtninge, psykosocial tolkning – et kursusforslag 2001*.
- Eastern Regional Health Authority (2003): *Regional Health Strategy for Ethnic Minorities*. (ikke offentlig tilgængelig)

- EU Networks on Reception, Integration and Voluntary Repatriation: *Mental Health Community and Culture in the EU States*. (www.refugeenet.org/pdf/FINAL_REPORT.pdf)
- H.E.L.P Cooperative (2004): *Cultural Mediator's training course year 2004*. Italien. (ikke offentlig tilgængelig)
- Jacobs et al. (2004): *Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services*. American Journal of Public Health; May 2004, Vol. 94, No. 5.
- Kommunernes Landsforening, Integrationskontoret: *Spørgeundersøgelse af kommunernes brug af tolke*. April 2001.
- Levenson, Ros (1998): *Link workers in Primary Care*. King's Fund Publishing, London, England.
- Levenson, Ros (1999): *The Health of Refugees – A guide for GPs*. King's Fund Publishing, London, England.
- Ministry of Health and Consumer Affairs (Spain) (2004): *Health and the Roma Community – Analysis of action proposals*. (http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Health_and_the_Roma_Community.pdf)
- Migrant-Friendly Hospitals (2004a-e): (alle tilgængelige på www.mfh-eu.net/public/home.htm)
 - *Final Report MFH Project at: Presidio Ospedaliero of the Province of Reggio Emilia, Italy*
 - *Final Report MFH Project at: Connolly Hospital, Blanchard town, Ireland*
 - *Final Report MFH Project at: Kolding Hospital, Department of Paediatric, Denmark*
 - *Final Report MFH Project at: Hôpital Avicenne, Paris, France*
 - *Project Summary; Migrant-Friendly Hospitals Project*.
- National Centre for Cultural Competence (2004): *Bridging the Cultural Divide in Health Care Settings – the Essential Role of Cultural Broker Programs*. (www.matrixparents.org/region6/CulturalBrokers.pdf)
- Ndakengerwa, Deo Ladislav (2004): *Inter-Cultural Mediation in Health, an Initiative of Access Ireland*. 2004 (www.join.fi/pdf/3ARTICLEDEOJOIN.PDF)
- Obeid, Amira (2000): *Increasing access to healthcare*. (<http://www.jcn.co.uk/journal.asp?MonthNum=09&YearNum=2001&Type=backissue&ArticleID=388>)
- Sundhedsstyrelsen (2002): *Indvandrernes Sundhed og Sygelighed – opgørelse af behandlingsrater*
- Silvera, Mike & Kapasi, Rukshana (2000): *Health Advocacy for Minority Ethnic Londoners – Putting services on the map?* King's Fund Publishing, London England.
- Ugalde, Antonio & Cárdenas, Gilberto (1997): *Health and Social Services among International Labor migrants*. University of Texas Press, USA
- Verhoeff, A (2002): *Life expectancy and SMR applied to migrant groups living in Amsterdam, The Netherlands*. Social Sciences and Medicine 2002. (home.clara.net/sisa/paper4.htm)

- Verrept, Hans (1995): *Evaluatie van het project 'Interculturele Bemiddelaars in de gezondheidszorg'* Medisch-Sociale Wetenschappen VUB, België.
- Verrept, Hans (1997): *Health Advocates in Belgian Health Care*. I: Ugalde, Antonio & Cárdenas, Gilberto (1997): *Health and Social Services among International Labor migrants*, p. 67-87, University of Texas Press, USA,
- Verrept, Hans (1998): *Enkele beschouwingen bij het project interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg*. I: *Wortelen in andere aarde: migrantengezinnen ontmoeten cultuurverschil* / Meurs P. [edit.], e.a., Leuven, Acco, 1998, p. 59-69.
- Verrept, Hans (2000): *Interculturele Bemideling in de Zeikenhuizen*. Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.
- Verrept, Hans (2002): *Intercultural Mediation in Belgian Health Care*. (www.health.fgov.be)
- Verrept, Hans (2003): *De rol van cultuur bij het medisch tolken*. Konference i Boston, oktober 2003.
- Verrept, Hans (2005): *Intercultural Mediation at Belgian Hospitals*. (www.mfh-eu.net)
- Wong, Cindy J. (2004): *Language Assistance Services in U.S. Healthcare Institutions: Breaking through Barriers*. (www.brandeis.edu/gsa/gradjournal/2004/wong2004.pdf)

7 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Spørgeskemaundersøgelse

Bilag 1: Spørgeskemaundersøgelse

Til denne undersøgelse er der udarbejdet et spørgeskema på 44 spørgsmål. Spørgeskemaet er oversat til 11 forskellige sprog og uddelt Manchester, Belgien og Italien. 78 spørgeskemaer er blevet besvaret. Det er ikke muligt at udregne en svarprocent, da antallet af ikke-besvarede spørgeskemaer er ukendt. Irland har ikke indgået i spørgeskemaundersøgelsen, da det eksplicite formål har været at registrere patienternes erfaringer med kulturel mediation og linkworking. I Irland dækker servicen ikke over hospitalssektoren.

Spørgeskemaerne er blevet uddelt umiddelbart efter en konsultation, hvor patienten har modtaget støtte fra en mediator. Det er mediatorservicen i de involverede lande, der har varetaget denne opgave. Det kan således ikke garanteres, at spørgeskemaet er blevet udfyldt uden indblanding, ligesom det ikke kan garanteres, at svarene ikke er påvirket af, at patienten kan have troet, at mediatoren ville komme til at læse deres besvarelser.

Spørgeskemaet er delt op i tre dele:

- **1. del** spørger ind til patientens oplevelse med den netop overståede konsultation, hvor der har været benyttet en mediator eller linkworker. Patienten bliver her bedt om at vurdere kvaliteten af tolkningen, mediators effekt på det kommunikative forhold mellem patienten og behandleren, effekten på tillidsforholdet mellem patienten og behandler samt mediators opmærksomhed på kulturelle forhold.
- **2. del** omhandler generelle betragtninger om den kulturelle mediator, inden for emner som kulturel brobygning, tolkning, følelsesmæssig støtte samt behovet for og nytten af mediatorservicen.
- **3. del** spørger ind til patientens personlige data samt hvor ofte og i hvilke situationer patienten har benyttet sig af mediatorer.

Italien:

Besvarelser fra 34 patienter. 30 kinesere og 4 arabere. 21 kvinder, 11 mænd og 2 ukendte alle i alderen 20 til 50 år.

Belgien 1:

Besvarelser fra 10 patienter. 4 tyrkere og 6 kroater hvoraf 4 er kvinder og 6 er mænd mellem 30 og 60 år.

Belgien 2:

Besvarelser fra 15 patienter. 4 tyrkere, 6 kroater og 5 russere hvoraf 9 er kvinder og 6 er mænd. Alderen er overvejende mellem 30 og 60 år med en enkelt patient i 20'erne som en undtagelse.

Manchester:

Besvarelser fra 19 patienter. 10 somaliere og 9 arabere. 10 mænd og 7 kvinder fra 10 til over 60 år.

Spørgsmålene i spørgeskemaet er her gengivet:

TÆNK TILBAGE PÅ DEN KONSULTATION / BEHANDLING, DER NETOP ER OVERSTÅET.

Hvor enig er du i følgende udsagn?

1. "Mediatoren var med til at skabe en god kommunikation mellem behandleren og mig selv"
Meget enig ☐ Enig ☐ Ved ikke ☐ Uenig ☐ Meget uenig ☐
2. "Mediatoren var med til at afværgе sproglige misforståelser mellem behandleren og mig selv"
Meget enig ☐ Enig ☐ Ved ikke ☐ Uenig ☐ Meget uenig ☐
3. "Det er mit indtryk, at mediators oversættelse mellem behandleren og mig selv, ikke var tilstrækkelig god"
Meget enig ☐ Enig ☐ Ved ikke ☐ Uenig ☐ Meget uenig ☐
4. "Mediatoren var med til at afværgе kulturelle misforståelser mellem behandleren og mig selv"
Meget enig ☐ Enig ☐ Ved ikke ☐ Uenig ☐ Meget uenig ☐
5. "Mediatoren fik behandleren til at respektere mine udsagn og min tilstand"
Meget enig ☐ Enig ☐ Ved ikke ☐ Uenig ☐ Meget uenig ☐
6. "Jeg kunne bedre betro mig til mediatoren end til behandleren"
Meget enig ☐ Enig ☐ Ved ikke ☐ Uenig ☐ Meget uenig ☐
7. "Jeg var utryk ved at tale i tilstedeværelse af mediatoren"
Meget enig ☐ Enig ☐ Ved ikke ☐ Uenig ☐ Meget uenig ☐
8. "Jeg oplevede, at mediatoren opførte sig nedladende/opdragende/upassende over for mig"
Meget enig ☐ Enig ☐ Ved ikke ☐ Uenig ☐ Meget uenig ☐
9. "Mediators tilstedeværelse fik mig til at føle mig tryk"
Meget enig ☐ Enig ☐ Ved ikke ☐ Uenig ☐ Meget uenig ☐

10. "Mediatorens tilstedeværelse gav mig mere mod på at fortælle og stille spørgsmål til behandleren"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
11. " Mediatorens tilstedeværelse gav mig mere mod på at fortælle om min sygdom og min symptomer"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
12. "Mediatorens tilstedeværelse var skyld i, at kontakten mellem behandleren og mig selv var dårlig eller besværlig"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
13. "Mediatorens tilstedeværelse var skyld i, at konsultationen tog for lang tid"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
14. "Mediatorens tilstedeværelse gjorde, at behandlingen var effektiv"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
15. "Jeg synes, at der var for meget fokus på min kulturelle baggrund"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
16. "Jeg er tilfreds med den tid, der var afsat til konsultationen"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
17. "Jeg har forstået min diagnose og den påkrævede behandling"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
18. "Jeg er tilfreds med det materiale, jeg har fået udleveret efter konsultationen".
(Undlad at udfylde, hvis du ikke har modtaget noget materiale).
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

GENERELLE BETRAGTNINGER OM INTERKULTURELLE MEDIATORER

Hvor enig er du i følgende udsagn om interkulturelle mediatorer?

19. "Jeg mener, at mediatorer er en vigtig støtte for patienter med en anden kulturel baggrund"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
20. "Jeg mener, at den vigtigste funktion for en mediator, er at bygge bro mellem kulturer"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
21. "Jeg mener, at den vigtigste funktion for en mediator, er at tolke mellem behandlerens og patientens sprog"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
22. "Jeg mener, at mediatorer hjælper med at forstå hospitals-systemet bedre"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
23. "Mediatorer har hjulpet mig til at forstå mine rettigheder bedre"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
24. "Jeg mener, at mediatoren er nyttig i forhold til at afværge/modvirke racisme"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
25. "Jeg synes, at det er for vanskeligt, at få arrangeret en aftale med en mediator"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
26. "Jeg mener, at mediator-bistand retter for meget opmærksomhed på min etniske baggrund"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
27. "Jeg vil en anden gang hellere undvære en mediator"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

28. "Jeg vil en anden gang hellere have en tolk end en mediator til stede"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
29. "Jeg vil en anden gang hellere undvære både mediatorer og tolke"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
30. "Jeg vil en anden gang hellere have et familiemedlem eller en bekendt til at oversætte for mig"
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Meget enig | Enig | Ved ikke | Uenig | Meget uenig |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
31. Har du nogensinde været til en konsultation uden tilstedeværelse af en mediator?
- | | |
|-----|---|
| Ja | ☐ |
| Nej | ☐ (Hvis nej, forsæt til spørgsmål 33). |
32. Hvorfor var der ingen mediator til stede ved den/de konsultationer?
- | | |
|--|--------------------------|
| Mediatorservicen var ikke indført på dette tidspunkt | ☐ |
| Det var ikke muligt at arrangere en aftale med en mediator | ☐ |
| Jeg blev nægtet støtte i form af en mediator | ☐ |
| Jeg havde anden form for støtte (tolk, familiemedlem, bekendt) | ☐ |
| Jeg havde frabedt mig en mediator | ☐ |
| Andet | ☐ |
33. Hvad foretrækker du?
- | | |
|---|--------------------------|
| Konsultationer uden nogen støtte | ☐ |
| Konsultationer med tilstedeværelse af familie/bekendt | ☐ |
| Konsultationer med tilstedeværelse af tolk | ☐ |
| Konsultationer med tilstedeværelse af mediator | ☐ |
| Ingen af delene | ☐ |
34. Hvordan har du fået kendskab til mediatorservicens eksistens?
- | | |
|--|--------------------------|
| Hospitalet fortalte mig om den | ☐ |
| Jeg har selv fundet frem til mediatorservicens eksistens (gennem venner, familie eller lignende) | ☐ |
| Ingen af delene | ☐ |

35. I hvilke situationer har du typisk modtaget støtte fra en mediator?

Hver gang jeg har haft kontakt med noget personale

☐

Når jeg har haft kontakt med sygeplejersker og læger

☐

Når jeg har haft kontakt med sygeplejersker

☐

Når jeg har haft kontakt med læger

☐

36. Hvor mange konsultationer med tilstedeværelse af mediator har du været til?

1

☐

2

☐

3-5

☐

5-10

☐

10-20

☐

20+

☐

Ved ikke

☐

37. Hvor gammel er du?

0-10

☐

10-20

☐

20-30

☐

30-40

☐

40-50

☐

50-60

☐

60+

☐

- 37A. Køn?

Mand

☐

Kvinde

☐

38. Hvilket land kommer du (eller din familie) oprindeligt fra?

Skriv her: _____

39. Hvor mange år har du været her i landet?

0-1

☐

1-2

☐

2-3

☐

3-4

☐

4-5

☐

5-10

☐

10+

☐

40. Er du gift eller bor sammen med din kæreste?

Ja

☐

Ney

☐

41. Hvor mange personer er der i din husstand?

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6+

☐

42. Hvor mange år har du samlet gået i skole/modtaget undervisning?

0-6

☐

6-9

☐

9-12

☐

12-15

☐

15-18

☐

18-21

☐

21+

☐

43. Hvor meget tjener du ca. om året inden skat (i Euro)?

0-15.000

☐

15.000-30.000

☐

30.000-50.000

☐

Over 50.000

☐

44. Hvilken tro bekender du dig til?

Christianity

☐

Islam

☐

Hinduism

☐

Buddhism

☐

Sikhism

☐

Judaism

☐

Bahá'í Faith

☐

Confucianism

☐

Jainism

☐

Shintoism

☐

Andet _____

Jeg er ikke troende

☐