Enheden for
Brugerundersøgelser

Etniske forskelle i patienters oplevelser

En spørgeskema- og interviewundersøgelse om etniske forskelle i patientoplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital

Forsknings- og udviklingsrapport om
indvandrere/efterkommere i sundshedsvæsenet

ENHEDEN FOR BRUGERUNDERSØGELSER

Etniske forskelle i patienters oplevelser

En spørgeskema- og interviewundersøgelse om forskelle i indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital

Forsknings- og udviklingsrapport

Etniske forskelle i patienters oplevelser
En spørgeskema- og interviewundersøgelse om forskelle i indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital

Henriette Frees Esholdt
Marie Fuglsang

Statistik: Brian Rimdal

© Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, januar 2009

ISBN: 978-87-91520-26-6

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.
Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Rapporten kan rekvireres på nedenstående adresse og findes desuden på:
Enheden for Brugerundersøgelsers hjemmeside (www.patientoplevelser.dk)

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til:
Enheden for Brugerundersøgelser
Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke 23
Bygn. 20, opg. C, 2. sal
2400 København NV
Telefon: 3531 6658
E-mail: efb@regionh.dk

Grafisk produktion: Peter Dyrvig Grafisk Design og
PJ Schmidt Grafisk produktion

Undersøgelsen har modtaget økonomisk støtte fra
Sygekassernes Helsefond

NORDISK MILJØMÆRKNING
541 Trykssag 373

Indhold

Resumé **5**

1. Introduktion **8**
1.1. Baggrund 8
1.2. Formål 8
1.3. Definition af indvandrere/efterkommere og danskere 8
1.4. Undersøgelsens opbygning 8

2. Resultater **10**
2.1. Lydhørhed hos praktiserende læge 10
2.2. Medinddragelse hos praktiserende læge 14
2.3. Kliniske ydelser hos praktiserende læge 16
2.4. Patientoplevede fejl hos praktiserende læge 17
2.5. Tolkning i konsultationen hos praktiserende læge 18
2.6. Kontakt til andre læger inden indlæggelsen 20
2.7. Ventetiden på indlæggelse 22
2.8. Sygehuspersonales informationsniveau om patientens situation 23
2.9. Kliniske ydelser under indlæggelsen 24
2.10. Medinddragelse af pårørende under indlæggelsen 29
2.11. Oplevet diskrimination under indlæggelsen 31

3. Konklusion **33**

4. Perspektiver **34**
4.1. Individuel forskellighed i fokus 34
4.2. Opmærksomhed på kompleksitet 35

5. Hovedtemaer **36**
5.1. Kommunikation 36
5.2. Medinddragelse 38
5.3. Frit sygehusvalg 39
5.4. Ventetid på indlæggelse 39
5.5. Kliniske ydelser 39
5.6. Patientoplevede fejl 41
5.7. Overgange mellem sektorer 41
5.8. Oplevet diskrimination 41

6. Metoder og materialer **43**
6.1. Spørgeskemakonstruktion 43
6.2. Dataudtræk 45
6.3. Dataindsamling 46
6.4. Svarprocent 46
6.5. Repræsentativitet (bortfaldsanalyse) 46
6.6. Patienternes baggrundsoplysninger 49
6.7. Statistiske analysemetoder 49
6.8. Udarbejdelse af interviewguide 49
6.9. Kontakt til patienter, sygehuspersonale og praktiserende læger 50
6.10. Interviewpersonerne 50
6.11. Interviewsituationer 51
6.12. Analysemetoder til interview 51

7. Litteratur **52**

Bilag
Bilag 1: Spørgeskemaet 56
Bilag 2: Interviewguide til patienter 60
Bilag 3: Interviewguide til praktiserende læger 62
Bilag 4: Interviewguide til sygehuspersonale 63

Resumé

Introduktion

Enheden for Brugerundersøgelser har foretaget en undersøgelse, der har til formål at sammenligne indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande og danskeres oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. Undersøgelsen belyser følgende temaer i dette patientforløb: Kommunikation, medinddragelse, frit sygehusvalg, ventetid på indlæggelse, kliniske ydelser, patientoplevede fejl, overgange mellem sektorer og oplevet diskrimination.

Metoder og materialer

Undersøgelsen er gennemført som en spørgeskema- og interviewundersøgelse. I februar 2008 blev et spørgeskema udsendt til i alt 8000 tilfældigt udtrukne patienter, der har været enten akut eller planlagt indlagt på Glostrup Hospital, Hvidovre Hospital, Odense Universitetshospital eller Århus Universitetshospital (Skejby Sygehus) i efteråret/vinteren 2007. Patienterne kunne besvare spørgeskemaet på enten dansk, engelsk, arabisk, tyrkisk, urdu, farsi eller somali i papirform. Desuden havde patienterne mulighed for at besvare spørgeskemaet på dansk eller engelsk på Internettet. Efterfølgende er der foretaget syv interview med indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande og syv interview med danskere om deres oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. Der er anvendt arabisk tolk i to af interviewene med indvandrere/efterkommere. Derudover indgår syv interview med sygehuspersonale og fire interview med praktiserende læger i undersøgelsen. Formålet med interviewene er at perspektivere patienternes oplevelser i forhold til, hvordan praktiserende læger og sygehuspersonale oplever kontakten til patienter, der er henholdsvis indvandrere/efterkommere og danskere, og hvordan disse kontakter adskiller sig fra hinanden.

Resultater

Resultaterne af undersøgelsen viser, at både indvandrere/efterkommere og danskere overvejende har positive oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital, og at der ikke er forskel på deres samlede indtryk af forløbet. På trods af dette viser resultaterne af undersøgelsen, at der stort set inden for samtlige af undersøgelsens temaer er forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser. Derudover oplever indvandrere/efterkommere også problemer i forløbet, der ikke gør sig gældende for danskere. I det følgende præsenteres nogle af undersøgelsens væsentligste resultater.

Lydhørhed hos praktiserende læge

Indvandrere/efterkommere oplever i mindre grad end danskere, at deres praktiserende læge er lydhør overfor deres egen beskrivelse af deres symptomer. I spørgeskemaundersøgelsen oplever 55 % af indvandrerne/efterkommerne og 75 % af danskerne, at deres praktiserende læge i høj grad er lydhør. Både indvandrerne/efterkommerne og danskerne giver i interviewene udtryk for, at de oplever, at manglende lydhørhed fra praktiserende læges side skyldes, at lægen ikke har ordentlig tid til den enkelte patient og ikke er nærværende i mødet med patienten. For indvandrere kan manglende lydhørhed fra praktiserende læges side også resultere i usikkerhed i forhold til, om deres læge forstår dem korrekt.

Blandt indvandrere/efterkommere og de praktiserende læger er der en fælles forståelse af, at især indvandrere kan have anderledes sygdomsopfattelser end danskere, og det kan medvirke til forskellige opfattelser af, hvilke problemer man som patient kan henvende sig med hos praktiserende læge, hvilket kan medvirke til at indvandrere ikke oplever lægen som lydhør.

Medinddragelse hos praktiserende læge

En større andel af indvandrerne/efterkommerne end af danskerne synes, det er meget vigtigt at være medinddraget i beslutningerne om deres behandlingsforløb. 71 % af indvandrerne/efterkommerne og 57 % af danskerne synes, at det er meget vigtigt at blive inddraget i beslutningerne om deres behandlingsforløb hos praktiserende læge. Paradoksalt nok er der betydelig forskel på indvandrere/efterkommere og danskere i forhold, til om de oplever at blive passende inddraget i beslutningerne om deres behandlingsforløb hos praktiserende læge. 28 % af indvandrerne/efterkommerne og 3 % af danskerne oplever, at de bliver inddraget for meget i beslutningerne om behandlingsforløbet. Interviewene med indvandrere/efterkommere og praktiserende læger peger på, at der kan være uoverensstemmelse mellem indvandreres/efterkommeres og lægernes forventninger til, hvordan man som patient skal være medinddraget i beslutningerne om sit behandlingsforløb, hvilket for indvandrere/efterkommere kan skabe uklarhed om læge- og patientrollerne, og hvem der har ansvaret for patientforløbet.

Grænser for medinddragelse af pårørende under indlæggelse

Der er også forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres ønsker og behov for medinddragelse af deres pårørende under indlæggelsen på hospitalet. 25 % af indvandrerne/efterkommerne og 2 % af danskerne oplever, at deres pårørende under indlæggelsen bliver inddraget for meget i beslutningerne om deres behandling. Interviewene med indvandrerne/efterkommerne peger desuden på, at indvandrere/efterkommere synes deres pårørende generelt fylder for meget under indlæggelsen. Yderligere viser interviewene, at der er uoverensstemmelse mellem indvandreres/efterkommeres og sygehuspersonalets forståelse af indvandreres/efterkommeres ønsker og behov for medinddragelse af pårørende under indlæggelsen. Mens indvandrere/efterkommere har ønsker om at være mere alene under indlæggelse og synes, det er svært at sige fra over for deres mange pårørende, forsøger sygehuspersonalets så vidt muligt at skabe gode rammer for medinddragelse af indvandreres/efterkommeres pårørende og oplever, at dette er en måde at vise særlig hensyn til indvandreres/efterkommeres kultur.

Tillid til lægers faglige dygtighed og patientoplevede fejl

Der er væsentlig forskel på i hvilken grad indvandrere/efterkommere og danskere har tillid til såvel deres praktiserende læge som til hospitalslægernes faglige dygtighed. Henholdsvis 49 % af indvandrere/efterkommere og 69 % af danskere har i høj grad tillid til deres praktiserende læges faglighed, mens 53 % af indvandrerne/efterkommerne og 73 % af danskerne i høj grad har tillid til hospitalslægernes faglighed.

Indvandrere/efterkommere oplever i højere grad end danskere, at der bliver begået fejl hos deres praktiserende læge, idet 19 % af indvandrerne/efterkommerne og 9 % af danskerne oplever, at der bliver begået én eller flere fejl hos deres praktiserende læge. Blandt de patienter, der oplever fejl hos deres praktiserende læge, oplever en betydelig større andel indvandrere/efterkommere end danskere, at de er blevet inddraget for meget i beslutningerne om deres behandlingsforløb. Der er også forskel på indvandreres og efterkommeres oplevelser af fejl, idet efterkommere i højere grad end indvandrere oplever, at der sker fejl hos praktiserende læge.

Præferencer i forhold til sygehuspersonalets køn og etnicitet

Indvandrerne/efterkommerne har i højere grad end danskerne præferencer med hensyn til køn blandt det sygehuspersonale, der skal pleje og behandle dem under indlæggelsen. Derimod er der ikke forskel på indvandrere/efterkommere og danskere i forhold til om de har præferencer i forhold til sygehuspersonalets etnicitet. Blandt patienter med præferencer i forhold til sygehuspersonalets køn og etnicitet, foretrækker danskerne i højere grad end indvandrerne/efterkommerne kvindeligt plejepersonale, og at både plejepersonalet og sygehuslægen er danskere.

Anvendelse af tolk

37 % af indvandrerne/efterkommerne vurderer, at de i forløbet fra deres praktiserende læge til den første tid under indlæggelse på hospital har behov for tolk, fx hos deres praktiserende læge, en speciallæge, en vagtlæge, en læge på skadestuen eller en anden læge. Der er ikke forskel på indvandreres og efterkommeres behov for tolk. Blandt de indvandrere/efterkommere, der har behov for tolk, angiver 60 %, at de i forløbet er blevet tilbudt en tolk. Interviewene med indvandrere/efterkommere viser, at der kan være problemer med anvendelsen af professionel tolk, der har konsekvenser i forhold til, at patienterne ikke får sagt alt relevant til lægerne. Interviewene med indvandrere/efterkommere viser, at uopfyldte behov for tolk under indlæggelsen kan resultere i utryghed og uvidenhed om, hvilke undersøgelser eller indgreb indvandrere/efterkommere skal gennemgå eller har gennemgået.

Oplevet diskrimination

13 % af patienterne med en anden etnisk baggrund end dansk oplever i forløbet fra deres praktiserende læge til den første tid på hospitalet, at de ét eller flere steder er blevet udsat for diskrimination, fx hos deres praktiserende læge, hos en speciallæge, en lægevagt, på en skadestue eller hos en anden læge. Det er individuelt fra patient til patient, hvad der specifikt opleves som diskriminerende, men ofte handler det om uindfriede forventninger til en række praktiske omstændigheder i forbindelse med indlæggelsesforløbet, eller om at indvandrere/efterkommere oplever at blive mødt med fordomme om deres etnicitet.

1. Introduktion

1.1. Baggrund

Indvandrere/efterkommere vil i fremtiden udgøre en stigende andel af patienterne i det danske sundhedsvæsen, og der er voksende interesse for denne patientgruppe. Alligevel er der dog stadig begrænset viden om indvandreres/efterkommeres oplevelser inden for sundvæsenet. Derfor ønsker Enheden for Brugerundersøgelser at fortsætte forsknings- udviklingsarbejdet med at fremme indsigt i patientoplevelser blandt indvandrere/efterkommere.

Enheden for Brugerundersøgelser har tidligere belyst, at indvandrere/efterkommere oplever manglende lydhørhed og initiativ til udredende undersøgelser fra læger i primærsektor, heriblandt fra deres egen praktiserende læge. (Enheden for Brugerundersøgelser 2007a:16-18). Selvom indvandrere/efterkommere oplever barrierer hos blandt andet deres praktiserende læge for videre henvisning til hospital, har indvandrere/efterkommere, en hyppigere hospitalskontakt end danskere[1] (Sundhedsstyrelsen 2006a:23). Indvandrere/efterkommere har også en højere forekomst af kontakter til deres praktiserende læger end danskere (Statens Institut for Folkesundhed 2007:453). På denne baggrund ønsker Enheden for Brugerundersøgelser at se nærmere på patienters oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital, og undersøge om der er etniske forskelle i patienternes oplevelser i forløbet.

1 Der er i nævnte undersøgelse set på indvandrere/efterkommere fra de ikke-vestlige lande: Tyrkiet, Eksjugoslavien, Pakistan, Iran, Irak, Libanon, Somalia, Marokko og Vietnam. Gennemsnitligt har indvandrere/efterkommere fra disse lande, dog undtaget vietnamesere, en hyppigere hospitalskontakt end danskere (Sundhedsstyrelsen 2006a:17, 22-23).

1.2. Formål

Undersøgelsens formål er:

- **At sammenligne indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital.**

1.3. Definition af indvandrere/efterkommere og danskere

Oplysningerne om patienternes etnicitet, der indgår i denne undersøgelse, er udarbejdet på baggrund af Danmarks Statistiks sociale kategorisering af personer som danskere, indvandrere og efterkommere, samt på baggrund af Danmarks Statistiks indplacering af personer med oprindelsesland i vestlige og ikke-vestlige lande. Den gruppe af indvandrere/efterkommere som denne undersøgelse belyser, er indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande. Gruppen kan også karakteriseres som etniske minoriteter i Danmark.

1.4. Undersøgelsens opbygning

Undersøgelsen er gennemført som en spørgeskema- og interviewundersøgelse. Undersøgelsesmetoden og de materialer, der indgår i undersøgelsen, er beskrevet mere uddybende i afsnit 6.

Den 6. februar 2008 blev et spørgeskema om patienters oplevelser i overgangen fra deres praktiserende læge til hospital, udsendt til 8000 tilfældigt udvalgte patienter, der havde været enten akut eller planlagt indlagt på én af i alt 47 afdelinger fordelt på Glostrup Hospital, Hvidovre Hospital, Odense Universitetshospital eller Århus Universitetshospital (Skejby Sygehus). Patienterne havde været indlagt i perioden den 1. oktober til den 21. december 2007. Spørgeskemaet blev udsendt til samtlige patienter på syv

Tabel 1.1: Definition indvandrere/efterkommere og danskere

	Danmarks Statistiks definition af dansker, indvandrer, og efterkommer*		
	Betegnelse	***Eget fødeland***	***Forældres fødeland og statsborgerskab***
Etniske danskere	Dansker	Uden betydning	Mindst én forælder født i Danmark OG den samme forældre har dansk statsborgerskab
Etniske minoriteter	Indvandrer	Født udenfor Danmark (ikke-vestlige lande)**	Begge forældre er født i udlandet ELLER begge forældre har udenlandsk statsborgerskab
	Efterkommer	Danmark	Begge forældre er født i udlandet ELLER begge forældre har udenlandsk statsborgerskab

* (Danmarks Statistik 2007a).
** Ikke-vestlige lande udgøres af lande uden for EU, Norden, USA, Canada, Australien, New Zealand, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz og Vatikanstaten (Danmarks Statistik 2007b).

forskellige sprog (dansk, engelsk, farsi, urdu, tyrkisk, arabisk og somali), således at patienterne selv kunne vælge, hvilket sprog de ønskede at besvare spørgeskemaet på. Spørgeskemaet kunne besvares i papirform eller på Internettet via en individuel kode, der fulgte med følgebrevet. Spørgeskemaet kunne dog kun besvares på dansk og engelsk på Internettet.

Svarprocenten for spørgeskemaundersøgelsen er for danskere 49,7 % og 35,6 % for indvandrere/efterkommere. Stikprøvegrundlaget for analyserne baserer sig på 6641 danskere og 811 indvandrere/efterkommere. Blandt indvandrerne/efterkommerne er 579 indvandrere og 232 efterkommere fra knap 100 forskellige ikke-vestlige lande. Analyserne er justeret for baggrunds-variablene køn, alder, indlæggelsesform (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau, for at undersøge om den variation, der er på indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser, er forklaret af noget andet end etnicitet.

Efter spørgeskemaundersøgelsen er i alt 14 indvandrere/efterkommere og danskere interviewet om deres oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital, for at opnå en dybtgående forståelse af patienternes oplevelser i forløbet. Derudover er der foretaget syv interview med medarbejdere blandt sygehuspersonale (sygehuslæger, én jordemoder og plejepersonale) samt fire interview med almen praktiserende læger. Interviewene med praktiserende læger og sygehuspersonale har til formål at perspektivere patienternes oplevelser i forhold til, hvordan de praktiserende læger og sygehuspersonalet oplever kontakten til henholdsvis danskere og indvandrere/efterkommere.

Undersøgelsen belyser forskellige temaer i forløbet, fra patienterne henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. Der kan læses mere uddybende om hovedtemaerne, og om baggrunden for at de indgår i undersøgelsen i afsnit 5. Temaerne der belyses er:

- **Kommunikation**
- **Medinddragelse**
- **Frit sygehusvalg**
- **Ventetid på indlæggelse**
- **Kliniske ydelser**
- **Patientoplevede fejl**
- **Overgange mellem sektorer**
- **Oplevet diskrimination**

2. Resultater

I dette afsnit præsenteres undersøgelsens væsentligste resultater med det formål at belyse, om indvandreres/efterkommeres oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospitalet, adskiller sig fra danskeres oplevelser. De forskellige hovedtemaer indgår løbende gennem resultatafsnittet. Resultatafsnittet er opbygget som et kronologisk patientforløb fra henvendelse hos praktiserende læge til den første tid under indlæggelse på hospital. De præsenterede resultater er fra både undersøgelsens spørgeskema- og interviewdel.

Både indvandrerne/efterkommerne og danskerne fortæller i interviewene, at de er glade for deres praktiserende læger og det sygehuspersonale, som de har mødt under deres indlæggelse. Ligeledes giver de praktiserende læger og sygehuspersonalet i interviewene udtryk for, at de er glade for kontakten til såvel indvandrere/efterkommere som danskere. Undersøgelsens statistiske analyser viser, at indvandrere/efterkommere og danskere generelt set har positive oplevelser i forløbet fra deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospitalet. Der er heller ikke forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres samlede indtryk af forløbet, som overvejende er positivt. På trods af dette viser resultaterne dog, at der er forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser inden for undersøgelsens hovedtemaer, med undtagelse af om de hos deres praktiserende læge bliver informeret om det frie sygehusvalg. Indvandrere/efterkommere har generelt set mere negative oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital.

Undersøgelsens analyser viser yderligere, at der generelt set ikke er forskel på indvandreres og efterkommeres oplevelser i forløbet fra de henvender sig til praktiserende læge til den første tid, de er indlagt på hospital. Både de praktiserende læger og sygehuspersonalet giver dog i interviewene udtryk for, at de oplever, at kontakten til indvandrere er meget forskellig fra kontakten til efterkommere.

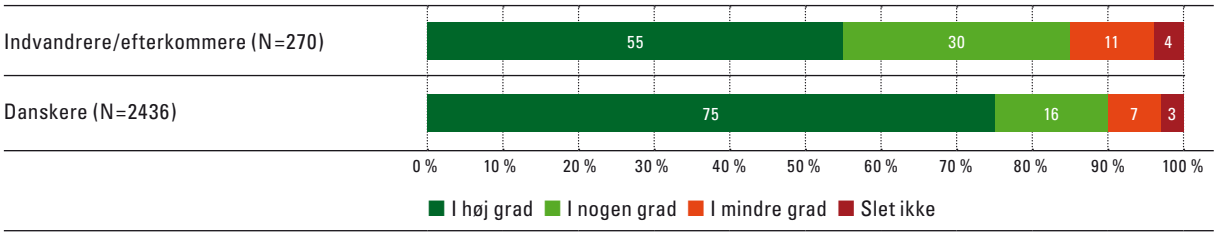
Både de praktiserende læger og sygehuspersonalet giver udtryk for, at kontakten til efterkommere ikke adskiller sig væsentligt fra kontakten til danskere, men at det især er i forhold til indvandrere, at de oplever, at der kan være udfordringer som ikke gør sig gældende blandt danskere. Ifølge både de praktiserende læger og sygehuspersonalet kan der være kulturelle udfordringer i mødet med især indvandrere, men også mange sociale problemer i mødet med denne patientgruppe. Ifølge både de praktiserende læger og sygehuspersonalet er det vigtigt i kontakten med indvandrere/efterkommere at kunne skelne mellem, hvad der kan være et kulturelt problem, og hvad der kan være et socialt problem. Dette er ifølge de praktiserende læger og sygehuspersonalet vigtigt for at undgå, at de vanskeligheder, der kan være i mødet med indvandrere/efterkommere, ikke blot tilskrives som værende kulturelle problemer.

2.1. Lydhørhed hos praktiserende læge

Langt størstedelen af både indvandrere/efterkommere og danskere oplever, at deres praktiserende læge er lydhør i forhold til deres egen beskrivelse af symptomer. Der er dog 20 procentpoint forskel mellem de to patientgrupper i forhold til, om de oplever, at deres praktiserende læge i høj grad lytter til deres egne beskrivelser af deres symptomer. 55 % af indvandrerne/efterkommerne og 75 % af danskerne oplever, at deres praktiserende læge i høj grad lytter til deres egen beskrivelse af symptomer (se figur 2.1.).

Både indvandrerne/efterkommerne og danskerne giver i interviewene udtryk for, at det er af stor betydning for det videre patientforløb, at deres praktiserende læge lytter til deres egen beskrivelse af deres symptomer. Manglende lydhør-

Figur 2.1. Praktiserende læges lydhørhed



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

hed kan ifølge patienterne resultere i, at de ikke rettidigt modtager den forventede behandling.

Det er individuelt, hvordan patienterne reagerer, når de oplever, at praktiserende læge ikke er lydhør. Nogle patienter giver udtryk for at føle sig modløse, når de oplever, at deres praktiserende læge ikke lytter til deres egen beskrivelse af deres symptomer. Dette kan resultere i, at de finder det meningsløst at henvende sig hos deres praktiserende læge og derfor opgiver at henvende sig hos lægen. En serbisk indvandrer, der gennem længere tid har haft smerter i sin arm fortæller:

"Jeg har ikke været hos min praktiserende læge så mange gange, for når jeg gik til hende, sagde hun altid bare 'Tag en Ibuprofen og Panodil og en varm pude', og det er det hele. Det var altid sådan, hun sagde til mig".
37-årig serbisk indvandrer

For andre patienter resulterer manglende lydhørhed fra praktiserende læges side i, at de gentagende gange kontakter deres praktiserende læge. Både blandt indvandrere/efterkommere og danskere er der patienter, der i interviewene fortæller, at de har henvendt sig gentagende gange hos deres praktiserende læge, når de oplever, at lægen ikke har lyttet til dem. En pakistansk efterkommer, der har astma og tidligere har haft flere astmaanfald, har igennem en uges tid henvendt sig hos sin praktiserende læge i forbindelse med tegn på et nyt astmaanfald. Patienten har været hos praktiserende læge to gange og er blevet sendt hjem med astmamedicin. Tredje gang han henvender sig hos praktiserende læge, bliver han akut indlagt på hospitalet. På spørgsmålet om han inden indlæggelsen på hospitalet har været i kontakt med sin egen læge svarer han:

"Ja, det havde jeg… tre gange, faktisk, inden jeg røg ind. Jeg prøvede at fortælle ham [praktiserende læge], at han gerne måtte sende mig afsted [til hospitalet] allerede nu, hvor man får den der maske. Men det synes han ikke at jeg skulle ind til endnu… Og ja, så gik det jo galt. Så gik jeg igen op til ham, hvor jeg faktisk næsten ikke kunne få luft, havde hjertebanken og det hele. Så kunne han godt se at nu var det alvorligt, at nu skulle jeg ind og ligge [på hospitalet]".
33-årig pakistansk efterkommer

Mangel på tid og nærværd

Både indvandrerne/efterkommerne og danskerne giver i interviewene udtryk for, at praktiserende læges manglende lydhørhed i forhold til deres egen beskrivelse af deres symptomer ofte skyldes, at lægen ikke har ordentlig tid til at tale med dem og ikke er tilstrækkelig nærværende i konsultationen. Den serbiske indvandrerkvinde svarer på spørgsmålet, om hun er tilfreds med sin praktiserende læge:

"Nej, det var jeg ikke, for jeg har følt det, som om hun ikke havde tid til mig […]. Da jeg var der engang, spurgte jeg hende [om noget], og så sagde hun til mig: "Bare bestil en ny tid, fordi der er mange der venter derude [i venteværelset]". Men jeg havde måske kun været 5 minutter inde hos hende. Man plejer jo at have 10 minutter. […] Det kan jo godt være hun har meget travlt, men det ved jeg ikke. Jeg har følt det sådan, som om hun ikke har TID!".
37-årig serbisk indvandrer

At tid udgør et vigtigt element i patienternes oplevelser af, at praktiserende læge er lydhør, kommer også til udtryk blandt de patienter, der oplever, at deres praktiserede læge er lydhør over for dem. En kurdisk indvandrer, der er meget

tilfreds med sin praktiserende læge, og i høj grad oplever, at lægen er lydhør, fortæller om lægen:

"Min egen læge hun er simpelthen perfekt. Jeg har aldrig haft en så dejlig og en så dygtig læge som nu. […] Hun er simpelthen så dygtig, så dejlig, så hjælpsom for mig og for alle patienterne. Alle dem jeg kender går hos hende, og de er så glade for hende. […] måske 50 % af behandlingen man får fra lægen er psykisk. Det er hende der giver 100 % den tryghed […] Jeg er så glad for hende. […] Hun er meget, meget lydhør. Hun bruger rigtig godt tid. Hvis du for eksempel har 10 minutter hos hende, bruger hun 15 minutter. Bare lytter og fortæller dig … Hun er fantastisk".
52- årig kurdisk indvandrer

Både indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser af, at praktiserende læge ikke har tid til dem i konsultationen, er nært forbundet med oplevelse af, at lægen ikke er nærværende i samtalen mellem patient og læge og ikke interesserer sig for dem. For indvandrerne kan oplevelsen af at praktiserende læge ikke har tid til dem dog have særlige konsekvenser, idet de kan blive i tvivl om, hvorvidt deres læge forstår dem korrekt. En serbisk indvandrerkvinde, der taler dansk med accent, giver i interviewet udtryk for, at hun føler sig usikker på, om hendes læge forstår hende korrekt, når hun oplever, at lægen ikke har tid til hende og ikke lytter ordentlig til hende i konsultationstiden. Dette oplever hun på trods af, at lægen, ifølge kvinden, ikke har givet udtryk for ikke at kunne forstå hende. Den serbiske kvinde forklarer:

"… jeg er nogle gange bange for, at hun [praktiserende læge] ikke helt forstår nogle ord. Men jeg prøver jo at forklare hende … […] Hvis hun havde lidt mere tid … […] … det kan godt være hun forstår mig, men det er som om hun så hurtigt som muligt vil blive færdig med mig, og så er det jeg tænker, om det måske er fordi at hun ikke kan forstå mig, eller måske har jeg udtalt noget forkert? […] Det er ikke kun mig, det er også de andre jeg kender, som ikke har den samme læge, de siger også sådan, at det bare er sådan".
37-årig serbisk indvandrer

Sygdomsopfattelser og sociale problemer

De praktiserende læger giver i interviewene udtryk for at kunne nikke genkendende til, at der i konsultationstiden ikke altid er nok tid til den enkelte patient. Det er dog især i forhold til indvandrere, at lægerne oplever, at der ikke er tid nok i konsultationen. De praktiserende læger beskriver, at arbejdet med indvandrere kan være både tungt og tidskrævende. De praktiserende læger giver udtryk for, at fx anderledes sygdomsopfattelser medvirker til at indvandrere henvender sig med problemer hos praktiserende læge, som ikke er lægens ansvarsområde. Samtidig er der også ifølge de praktiserende læger et større papirarbejde forbundet med at arbejde med indvandrere, idet mange indvandrere ifølge lægerne, ofte sidder fast i dagpengesystemet, og de som følge heraf bruger meget tid på at lave statusattester m.m.

Interviewene med indvandrere/efterkommere og praktiserende læger viser, at der kan være uoverensstemmelse mellem især indvandreres og praktiserende lægers sygdomsopfattelser, hvilket kan medvirke til, at indvandrere oplever manglende lydhørhed fra praktiserende læges side. Blandt de praktiserende læger synes der at være en fælles forståelse af, at indvandrere kan have anderledes sygdomsopfattelser end danskere, hvorimod de oplever, at efterkommere har samme forståelse af sygdomme som danskere. Det er også med hensyn til indvandreres sygdomsopfattelser, at de praktiserende læger kan have behov for at kunne kontakte personer med kulturel kompetence. Det vil sige personer med særlig viden om og indsigt i andre kulturer og evne til at anvende denne viden i praksis. Nogle praktiserende læger giver udtryk for at se en fordel i, at de professionelle tolke, som lægerne regelmæssigt anvender, også kan bidrage med det, som de betegner som en kulturel tolkning. Altså, at tolkene også kan anvendes til at bidrage til en større forståelse af fx indvandreres kulturelle baggrund og sygdomsopfattelse.

Forskelle i sygdomsopfattelser blandt indvandrere og danskere betyder ifølge de praktiserende læger, at de bliver mødt af indvandrere, der tilbagevendende kommer med fx diffuse

muskel- eller rygsmerter, som set fra lægernes perspektiv ikke skal behandles medicinsk, men fx kan afhjælpes ved at patienten er mere fysisk aktiv. Således giver de praktiserende læger udtryk for, at der kan være forskel på en patients egen oplevelse af at være syg og have behov for behandling, og deres lægelige vurdering af om patienten er syg og har behov for behandling. De praktiserende læger oplever det som frustrerende, når indvandrere tilbagevendende kommer med diffuse smerter, som de ikke kan behandle. Ifølge nogle af de praktiserende læger er det dog vigtigt, at man som læge sætter sig ind i indvandrernes eventuelle anderledes sygdomsforståelse og prøver at afklare, hvad de forventer i forhold til at føle sig lyttet til. På denne måde undgår man ifølge disse læger, at patient og læge taler forbi hinanden, og det kan skabe grundlag for, at patient og læge får en forståelse af sygdomssituationen, der er i overensstemmelse med hinanden. En praktiserende læge forklarer:

"Jamen man skal jo et eller andet sted gå ind på deres sygdomsforståelser. De vil også gerne have at vide, at de ikke fejler noget farligt, og de vil gerne ligesom alle mulige andre gerne undersøges ordentligt, og så må man jo prøve at høre hvad de egentligt forestiller sig – hvor tit er det man krydser hinanden …"
Praktiserende læge

Når de praktiserende læger giver udtryk for, at de oplever, at især indvandrere kan have anderledes sygdomsopfattelser end danskere, mener de primært, at dette skyldes, at indvandrere kan være præget af en anden kultur end den danske, at de har et andet uddannelsesforløb bag sig, og at de ikke nødvendigvis er vant til den danske arbejdskultur og kønsrollefordeling. Alle disse forhold kan ifølge de praktiserende læger have indflydelse på, hvordan patienterne forstår sygdom. Hvornår er man for eksempel rask nok til at arbejde, og hvornår er man for syg til at arbejde? Dette er ikke kun en problemstilling som de praktiserende læger oplever, at der kan være forskellige holdninger til blandt læger og indvandrere/efterkommere. En pakistansk efterkommer giver også udtryk for, at han oplever indvandrere, som en særlig patientgruppe med anderledes sygdomsopfattelser der influerer på, hvordan de betragter sig selv som arbejdsduelige. Han forklarer:

"[Hvis] en [indvandrer] kvinde er gravid, så føler hun at hun er syg. […] der er ikke noget at gøre, hun kan ikke komme på arbejde. Brækker hun sig en til to gange om dagen, jamen så er hun syg […] de [indvandrerkvinder] vil stadigvæk føle sig syge, og de vil ikke gå på arbejde. Har de rygproblemer, så er det den største sygdom de kan få, og de kan ikke gøre noget som helst nu. De kan ikke. De skal have pension nu. Det er fordi de dramatiserer deres sygdom meget. Det er vigtigt, at de kommer til en læge ik', men det er også meget vigtigt, at lægen forstår vedkommendes [måde at forholde, sig til sygdom på]. […] lægen skal gå ind og vurdere, hvor galt det virkeligt er. […] det er det største dilemma for mange læger rundt omkring".
33-årig pakistansk efterkommer

De praktiserende læger giver udtryk for, at de oplever, at mange af de henvendelser, de får fra indvandrere, ikke altid handler om sygdom men om sociale problemstillinger. Lægerne fortæller, at når indvandrere henvender sig i deres konsultation, kan det i virkeligheden handle om, at de er rigtig bange for at komme ud på arbejdsmarkedet. At indvandrere, der står uden for arbejdsmarkedet, frygter at komme i arbejde, er i øvrigt ikke kun noget som de praktiserende læger giver udtryk for, men også noget som nogle indvandrere/efterkommere selv giver udtryk for at opleve i deres familier eller omgangskreds. Indvandrere, der henvender sig hos praktiserende læge motiveret af ønsket om at få en lægeerklæring, fordi de frygter at komme ud på arbejdsmarkedet, bringer ifølge de praktiserende læger dem i en penibel og uønsket situation som kontrollant med velfærdssamfundets ressourcer. En praktiserende læge fortæller om mødet med indvandrere, der henvender sig med sociale problemstillinger:

"… jeg oplever nok, at der i indvandrergruppen er flere, der har det der med at blive væk fra arbejdet i længere i tid, og så komme efter to måneder og nu skal jeg lige skrive en sygemelding for de sidste to måneder. [Dér] har

vi jo en anden rolle end [rollen som] patientens ambassadør, hvor vi jo er i kontrol med samfundets ressourcer […] Jeg har en oplevelse af, at vi hyppigere får en konflikt eller nogle dårlige oplevelser, dér hvor vi bliver sat i den rolle, som jeg ikke bryder mig om".
Praktiserende læge

Når indvandrere henvender sig hos en praktiserende læge med sociale problemer, skyldes det, ifølge lægerne, en manglende viden om det danske velfærdssamfund og sundhedsvæsenets indretning samt praktiserende lægers rolle.

Forventninger om, at lægen kan løse socialt relaterede problemer, kan ifølge de praktiserende læger skabe dårlig kommunikation mellem dem og patienterne. De praktiserende læger giver udtryk for, at det er sjældent, at indvandrere/efterkommere kalder dem fx racist, fordi de ikke opfylder deres ønsker. Uindfriede forventninger i forhold til lægens involvering i sociale problemer er dog ét af de områder, hvor de praktiserende læger oplever at blive kaldt for racist. En praktiserende læge forklarer:

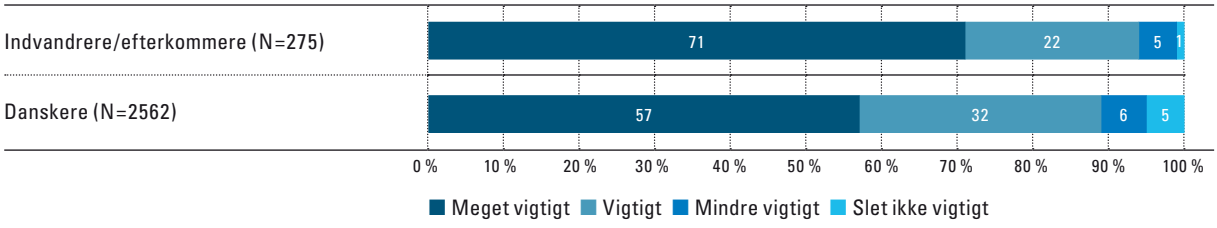
"Jeg er bevidst om, at vi danskere er en ligeså blandet landhandel, og der også er nogen der overskrider vores grænser, hvor vi siger: "Ved I hvad, det her det går altså bare ikke", men når man gør det over for en fremmed [indvandrer/efterkommer] så siger de jo også, at vi er racister og ting og sager. Altså hvis vi ikke bare skriver under her og nu […] Det er ikke så tit [jeg bliver kaldt racist], men dagsordnen ligger lige under overfladen, hvis man ikke opfylder folks forventninger, og hvis man så kommer et andet sted fra, så kan der være en vurdering af, at det er et udtryk for racisme".
Praktiserende læge

2.2. Medinddragelse hos praktiserende læge

Der er forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres behov for og ønsker til medinddragelse. Det er mere vigtigt for indvandrere/efterkommere at være medinddraget i beslutningerne om deres behandlingsforløb end danskere. Der er 14 procentpoint forskel mellem indvandrere/efterkommere og danskere i forhold til, om de synes, at det er meget vigtigt at være medinddraget i beslutningerne om deres behandlingsforløb hos deres praktiserende læge. 71 % af indvandrerne/efterkommerne synes, det er meget vigtigt at være inddraget i beslutningerne om sit behandlingsforløbet hos deres praktiserende læge, mens 57 % af danskerne synes, det er meget vigtigt (se figur 2.2.).

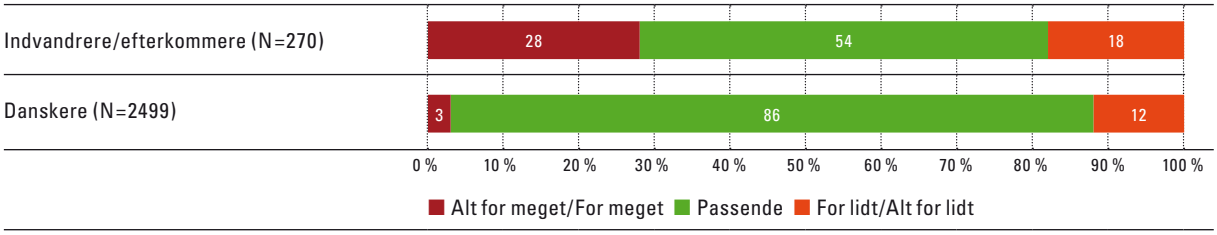
Der er 32 procentpoint forskel på indvandrere/efterkommere og danskere i forhold til, om de oplever, at de bliver passende inddraget i beslutningerne om deres behandlingsforløb hos deres praktiserende læge. På trods af at en større andel af indvandrere/efterkommere end danskere synes, det er meget vigtigt at være medinddraget i beslutningerne om deres behandlingsforløb hos praktiserende læge, oplever en betydelig større andel af indvandrere/efterkommere end danskere, at de bliver inddraget for meget i beslutningerne om deres behandlingsforløb hos deres praktiserende læge. 28 % af indvandrerne/efterkommerne oplever, at de bliver inddraget for meget i beslutningerne om behandlingsforløbet, mens dette gælder for 3 % af danskerne. Derudover er der også en lidt større andel af indvandrere/efterkommere, der oplever, at de bliver inddraget for lidt sammenlignet med danskere (se figur 2.3).

Figur 2.2. Vigtigheden af inddragelse i beslutninger om behandlingsforløb hos praktiserende læge



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Figur 2.3. Inddraget i beslutninger om behandlingsforløb hos praktiserende læge



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Uklare læge- og patientroller

Når en større andel af indvandrere/efterkommere synes det er meget vigtigt at være medinddraget i beslutningerne om deres behandlingsforløb hos praktiserende læge sammenlignet med danskere, men alligevel oplever, at de bliver inddraget for meget i disse beslutninger, kan det skyldes at indvandrere/efterkommere kan have andre forventninger til deres praktiserende læges rolle og deres egen patientrolle end danskere har. Interviewene med de praktiserende læger og indvandrere/efterkommere peger på, at der kan være uoverensstemmelse mellem lægens og indvandreres/efterkommeres forventninger til, hvordan man som patient skal være medinddraget i beslutningerne om sit behandlingsforløb. Dette kan for indvandrere/efterkommere skabe forvirring og uklarhed omkring læge- og patientrollerne, og om hvem der har ansvaret for patientforløbet.

De praktiserende læger giver i interviewene udtryk for, at danskerne er mere interesseret i at være medinddraget i beslutningerne om deres patientforløb, og at de er mere beslutningsdygtige end indvandrere/efterkommere, som de oplever ofte overlader det til lægen at bestemme, hvad der skal ske i forløbet. En praktiserende læge forklarer:

"Danskeren kan bedre sige, at 'Det vil jeg ikke. Det tror jeg ikke, jeg vil'. Danskere kan lidt hurtigere komme med deres meninger om det. Hvor indvandrere sådan vil sige: "Det bestemmer du".
Praktiserende læge

En serbisk indvandrer giver udtryk for at være usikker på, om det er hende eller lægen, der skal tage beslutningen om, hvilken smertestillende medicin hun skal tage for smerterne i hendes arm, når hendes læge prøver at medinddrage hende i denne beslutning. Hun forklarer:

"… skal jeg altid sige til hende [praktiserende læge], at jeg bare skal tage de der hovedpinepiller eller noget, jeg ved jo ikke … Er det lægen, der skal sige det eller hvad? Fordi jeg ved jo ikke rigtig, hvad jeg skal gøre eller hvad, så … ".
37-årig serbisk indvandrer

I interviewene giver størstedelen af indvandrerne/efterkommerne udtryk for, at de har fuld tillid til, at deres læge har faglige forudsætninger, for at vide hvad der er bedst. De holder sig til deres læges ord, selvom der sker ændringer i deres tilstand, der kunne give anledning til, at de konsulterer lægen på ny. Indvandrerne/efterkommerne giver i interviewene udtryk for at have det til fælles, at medinddragelse af dem i beslutningerne om behandlingsforløbet kan føre til, at de mister tillid til lægens faglighed og bliver usikker på, hvem der egentlig har ansvaret for behandlingen og patientforløbet. Dette er også noget, som de praktiserende læger er bekendt med. En del af de praktiserende læger giver udtryk for, at kontakten til indvandrere/efterkommere kan kræve andre måder at agere i rollen som læge på, såfremt indvandrere/efterkommere skal bevare tilliden til deres faglige dygtighed. En praktiserende læge forklarer, at hun oplever, at indvandrere/efterkommere kan miste tilliden til hendes faglighed, hvis ikke hun er beslutningsdygtig og giver patienten klar besked og klare retningslinjer om behandlingsforløbet. Hun forklarer:

"… man skal ikke tage fejl af, at de [indvandrere/efterkommere] også har brug for en autoritet i en anden grad end [danskere]. Vi kan ikke sådan sælge den der med, at jamen hele tiden … 'Hvad synes du?' og 'Hvad er rimeligt?' og 'Hvad kan vi sætte som delmål til næste gang?'. […] De har også brug for at kunne stole på, at man laver en fornuftig vurdering. At man virker sikker […] Nogen [indvandrere/efterkommere] har mere brug for at få at vide, at nu laver vi en plan, og sådan er det!".
Praktiserende læge

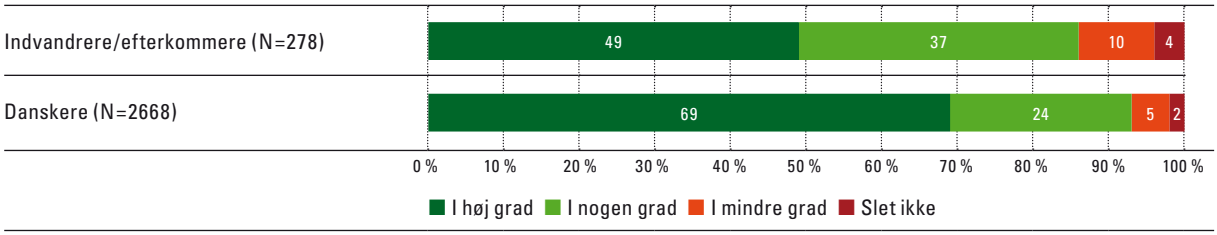
2.3. Kliniske ydelser hos praktiserende læge

Langt størstedelen af både indvandrere/efterkommere og danskere har tillid til deres praktiserende læges faglige dygtighed. Ligeledes vurderer også langt størstedelen af både indvandrere/efterkommere og danskere, at de undersøgelser, som deres praktiserende læge foretog inden indlæggelsen, var relevante. Der er dog 20 procentpoint forskel mellem indvandrere/efterkommere og danskere, i forhold til om de i høj grad har tillid til deres praktiserende læges faglige dygtighed, og i forhold til om de i høj grad oplever, at de undersøgelser, som praktiserende læge foretog inden indlæggelsen, var relevante. 49 % af indvandrerne/efterkommerne har i høj grad tillid til deres praktiserende læges faglighed, mens 69 % af danskerne i høj grad har tillid til deres læges faglighed. Ligeledes oplever 49 % af indvandrerne/efterkommerne, at de undersøgelser, som den praktiserende læge foretog inden indlæggelsen, i høj grad var relevante, mens dette gælder for 69 % af danskerne (se figur 2.4. og figur 2.5.).

At andelen af indvandrere/efterkommere, der i høj grad har tillid til deres praktiserende læges faglighed, er mindre sammenlignet med danskere, er noget som de praktiserende læger også kan nikke genkendende til, selvom de dog oplever, at indvandrere/efterkommere med tiden har fået større tillid til deres faglighed.

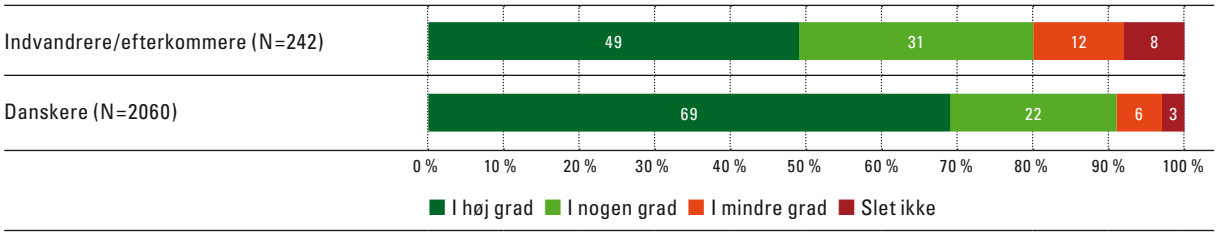
Som beskrevet i forrige afsnit om medinddragelse, kan en uoverensstemmelse mellem indvandrere/efterkommere og praktiserende læger i forhold til, hvordan man som patient skal være medinddraget i et patientforløb, skabe forvirring og uklarhed om læge- og patientrollerne, og være medvirkende til at indvandrere/efterkommere kan miste tillid til deres praktiserende læges faglighed. Nogle praktiserende læger giver imidlertid også udtryk for, at andre faktorer, som fx indvandreres/efterkommeres sprogkundskaber, og om der anvendes professionel tolk i konsultationen, også kan have indflydelse på, i hvilken grad patienterne har tillid til deres faglig-

Figur 2.4. Tillid til praktiserende læges faglige dygtighed



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Figur 2.5. Relevansen af undersøgelser foretaget hos praktiserende læge inden indlæggelsen



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

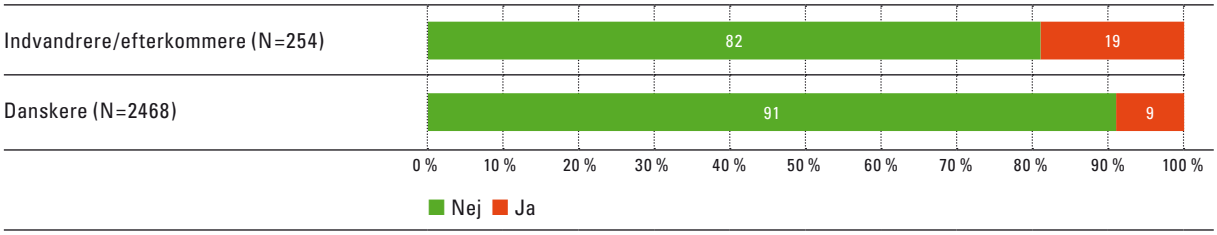
hed. Derudover er der også nogle praktiserende læger, der giver udtryk for, at manglende viden om og anderledes forventninger til det danske sundhedsvæsens indretning kan have indflydelse på indvandreres/efterkommeres oplevelser af praktiserende læges faglige dygtighed. Disse læger fortæller, at der i udlandet ikke nødvendigvis eksisterer praktiserende læger på samme måde som i Danmark, men at patienter i udlandet selv kan bestemme, hvilke læger de vil gå til, og at disse læger også ofte vil være mere specialiserede end en dansk praktiserende læge. Dette kan ifølge de praktiserende læger medvirke til, at nogle indvandrere/efterkommere har mindre tillid til deres faglighed end danskere. Derudover kan andre forventninger til udskrivning af medicin blandt indvandrere/efterkommere, ifølge de praktiserende læger, også influere på, at indvandrere/efterkommere i mindre grad end danskere har tillid til deres faglighed. Har indvandrerne/efterkommerne en forventning om at få udskrevet medicin ved almindelige virussygdomme, som de måske har været vant til i deres oprindelseslande, og indfries denne forventning ikke hos praktiserende læge, kan det ifølge de praktiserende læger medvirke til at indvandrere/efterkommere tvivler på deres faglighed.

2.4. Patientoplevede fejl hos praktiserende læge

Der er forskel på indvandrere/efterkommere og danskere i forhold til, i hvilken grad de oplever, at der bliver begået fejl hos deres praktiserende læge. 19 % af indvandrerne/efterkommerne oplever, at der bliver begået én eller flere fejl hos deres praktiserende læge, mens 9 % af danskerne oplever dette (se figur 2.6.). De oplever fx, at der bliver stillet en forkert diagnose, at der bliver ordineret forkert medicin, at der sker en administrativ fejl eller en anden type fejl.

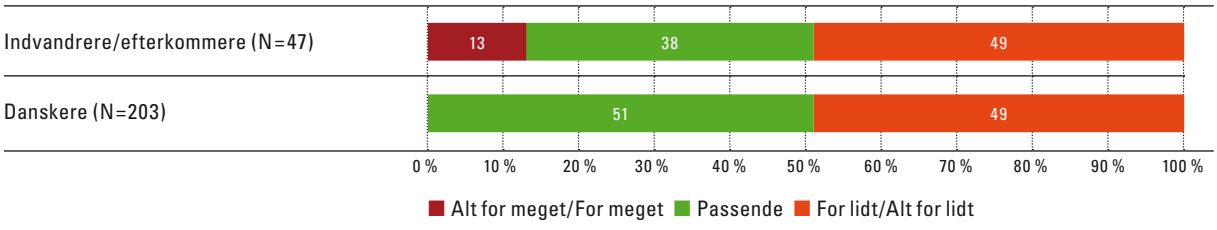
Blandt de indvandrere/efterkommere og danskere, der oplever fejl hos deres praktiserende læge, er der generelt set ikke forskel på deres oplevelser af/hos deres praktiserende læge. Kun med hensyn til medinddragelse i beslutningerne om behandlingsforløbet hos praktiserende læge, er der forskel i de to patientgrupper, der oplever fejl. En væsentlig større andel af indvandrere/efterkommere, der oplever fejl hos lægen, oplever, at de bliver inddraget for meget i beslutningerne om deres behandlingsforløb sammenlignet med danskere. 13 % af indvandrerne/efterkommerne, der oplever fejl hos lægen, oplever, at de hos deres praktiserende læge bliver inddraget for meget i beslutningerne om deres behandlingsforløb (se figur 2.7.).

Figur 2.6. Oplevede fejl hos praktiserende læge



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Figur 2.7. Inddraget i beslutninger om behandlingsforløb hos praktiserende læge, blandt patienter der oplever fejl



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Udover at der er forskel på om indvandrere/efterkommere og danskere oplever fejl hos deres praktiserende læge, er der også forskel på indvandrere og efterkommere i forhold til, om de oplever, at der bliver begået fejl hos deres praktiserende læge, idet efterkommere i højere grad oplever fejl end indvandrere. Blandt indvandrere/efterkommere oplever 28 % af efterkommerne og 16 % af indvandrerne, at der bliver begået én eller flere fejl hos deres praktiserende læge (fx at der bliver stillet en forkert diagnose, at der bliver ordineret forkert medicin, at der sker en administrativ eller en anden type fejl). Af samtlige spørgsmål patienterne er blevet stillet i spørgeskemaet, er det i øvrigt udelukkende med hensyn til spørgsmålet, om patienterne oplever fejl hos deres praktiserende læge, at der er en statistisk forskel på indvandreres og efterkommeres oplevelser i forløbet fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospitalet.

2.5. Tolkning i konsultationen hos praktiserende læge

Der er 37 % af indvandrerne/efterkommerne, der i høj grad eller i nogen grad oplever, at de i forbindelse med indlæggelsesforløbet har behov for en tolk, fx hos praktiserende læge, hos en speciallæge, en vagtlæge, på en skadestue eller på den hospitalsafdeling, hvor de var indlagt (se figur 2.8.). Blandt de indvandrere/efterkommere, der oplever at have behov for tolk, er 60 % blevet tilbudt en tolk ét eller flere steder i forløbet fra praktiserende læge til hospitalet. I interviewene med indvandrere/efterkommere der oplever at have behov for tolk, er der patienter, der fortæller, at de ikke er blevet informeret om muligheden for at få en tolk til at deltage i konsultationen hos fx praktiserende læge. En afrikansk mand, der plejer at tale halvt dansk og halvt engelsk med sin læge, fortæller:

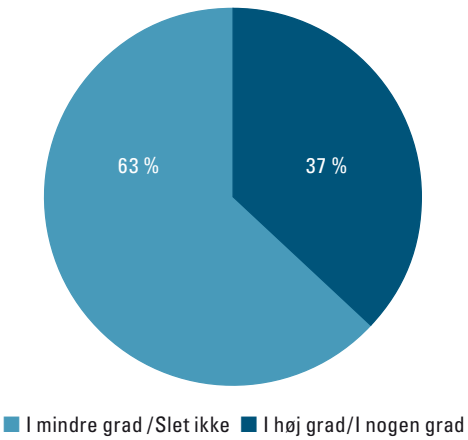
"… jeg snakker ikke så godt dansk … Dengang jeg fik skemaet [spørgeskemaet] blev der spurgt om jeg havde prøvet at få en tolk […] Men der var ikke nogen der havde sagt til mig, at jeg kunne få en tolk når man går til sin læge ".

36-årig sierraleonsk indvandrer

Andelen af indvandrere/efterkommere, der vurderer, at de har behov for tolk, udgør i datamaterialet ikke en tilstrækkelig stor gruppe til, at der kan foretages yderligere analyser af hvor i forløbet, de har haft behov for tolk, eller hvor i forløbet de er blevet tilbudt tolk. Ligeledes er datamaterialet ikke stort nok til at lave analyser af, hvilket oprindelsesland de patienter, der har behov for tolk, kommer fra.

Der er ikke forskel på indvandrere og efterkommere, der vurderer, at de i forbindelse med indlæggelsesforløbet i høj grad eller i nogen grad har behov for tolk. Blandt indvandrerne/efterkommerne i undersøgelsen vurderer 30 % af efterkommerne og 39 % af indvandrerne, at de i forbindelse med indlæggelsesforløbet har haft behov for tolk. Således kan man som praktiserende læge eller fx sygehuspersonale ikke tage for givet, at man som patient ikke har behov for en tolk, selvom man er efterkommer af en indvandrer og er født i Danmark.

Figur 2.8. Indvandreres/efterkommeres behov for tolk i forbindelse med indlæggelsesforløbet*



N = 283 indvandrere/efterkommere

* Ét eller flere steder i forløbet hos fx deres praktiserende læge, speciallæge, lægevagten, skadestuen eller den hospitalsafdeling hvor de var indlagt.

Anvendelse af pårørende som tolke

De praktiserende læger giver i interviewene udtryk for en fælles forståelse for, at anvendelse af professionel tolk er at foretrække frem for at anvende pårørende som tolke. De praktiserende læger giver udtryk for, at man ved anvendelse af

pårørende som tolke ikke kan være sikker på, at oversættelsen ikke får en drejning eller et tvist. Derudover kan der i relationerne mellem patient og pårørende være konflikter eller andre forhold, der kan medvirke til, at patienten tilbageholder information. En praktiserende læge fortæller fx, at det kan være vanskeligt for en kvinde at skulle fortælle om sine underlivsproblemer, når det er hendes 18-årige søn, der skal fungere som tolk. De praktiserende læger synes i den forbindelse også at være opmærksom på, at det kan være svært for de pårørende at tolke for familiemedlemmer, fordi tolkesituationen kan bringe dem i en penibel situation og inddrage dem i problemstillinger, som de pårørende egentlig ikke ønsker at deltage i.

De praktiserende læger giver i interviewene udtryk for, at de ikke oplever, at der er nogle klare retningslinjer for brugen af henholdsvis professionel tolk og pårørende som tolke, og at det er op til dem selv i de enkelte tilfælde at afgøre, om det er tilfredsstillende at anvende pårørende som tolke. Selvom de praktiserende læger giver udtryk, for at anvendelsen af pårørende som tolke er uhensigtsmæssig, benytter lægerne sig alligevel jævnligt af pårørende som tolke. Der er dog forskel blandt lægerne i deres indstilling til anvendelse af henholdsvis professionel tolk og pårørende som tolke. Nogle læge prøver så vidt muligt altid at anvende professionel tolk ved behov, og synes det er et stort problem at anvende pårørende. Andre humper sig igennem samtalen med patienten og prøver at nå til bunds i patientens problemstilling, når patienten og den pårørende nu alligevel er mødt op i konsultationen, men er bevidst om, at det ikke er en ordinær konsultation, hvorfor de på et senere tidspunkt følger op på situationen med en professionel tolk.

Nogle læger ser lettere på anvendelsen af pårørende som tolke, og anvender ikke altid professionel tolk, selvom de ved, at det er uhensigtsmæssigt, at det er pårørende, der tolker. De praktiserende læger, der jævnligt anvender pårørende som tolke, giver alle udtryk for, at de oplever at have kontrol på tolkesituationen, og at de kan vurdere om patienterne tilbageholder oplysninger i de pårørendes tilstedeværelse. En praktiserende læge forklarer:

"… altså vi bruger det [professionel tolk] egentlig ikke så meget som vi burde. Vi bør jo have en [professionel] tolk, men det er jo så svært at få presset ind i en praksis, fordi det tager længere tid med en tolk. Vi klarer os, og vi kan sige, at dem vi har […] er også gode til at tage svigerinde, datter eller en søn, onkel eller tante med. Og det ved vi udmærket godt, at det ikke er særlig hensigtsmæssigt altid, så hvis vi fornemmer [på patienten] at der er [en problemstilling] der slet ikke er behov for at snakke om, eller fornemmer at de måske skjuler et eller andet … Hvis de selv beder om en tolk så er vi da bestemt ikke negative overfor tolke".
Praktiserende læge

Når praktiserende læger ikke anvender professionel tolk, selvom de er bevidst om, at det er det mest hensigtsmæssige for både patienten og de pårørende, forklarer lægerne det med, at anvendelse af professionel tolk er tidskrævende, og at det ikke altid er nemt at koordinere et tidspunkt, hvor både patienten, tolken og praktiserende læge kan mødes.

Anvendelse af professionel tolk

De indvandrere/efterkommere, der har erfaringer med anvendelse af professionel tolk hos deres praktiserende læge, giver i interviewene udtryk for, at de generelt set er meget tilfredse med tolkene. Ligeledes giver også de praktiserende læger udtryk for, at de generelt set har gode erfaringer med anvendelse af professionel tolk, og at de oplever, at størstedelen af de professionelle tolke også agerer professionelt. Dette indebærer ifølge lægerne, at tolkene ikke forsøger at blive familiære med patienterne og sætter en anden dagsorden, for hvad der skal ske i konsultationen. Samtlige af de interviewede praktiserende læger har erfaring med anvendelse af professionel tolk. Selvom de praktiserende læger anslår, at ca. 20-30 % af deres patienter er indvandrere/efterkommere, er det dog meget forskelligt, hvor ofte de anvender tolk. Nogle læger anvender tolk dagligt, mens andre anvender tolk ca. én gang om måneden.

På trods af de gode erfaringer med anvendelse af professionel tolk, peger både indvandrere/efterkommere og de praktiserende læger på, at der også kan være problemer forbundet med anven-

delse af professionel tolk. En irakisk indvandrermand giver udtryk for, at han flere gange hos sin praktiserende læge oplever, at tolkene ikke har ordentlig tid til at tolke. Derudover oplever han, at tolkene kommunikerer med ham på et fremmedsprog i lægens nærvær og giver udtryk for at føle sig presset i forhold til ikke at overskride tolkens tidsplan. Dette resulterer i, at han ikke får fortalt lægen alt, hvad han ønsker, og ikke forstår alt, hvad lægen siger. Endvidere giver han udtryk for, at den kommunikation, der foregår mellem ham og tolken på et fremmedsprog bag lægens ryg, gør ham usikker og er et omtåleligt emne at tale om. Patienten forklarer:

"To gange har jeg haft nogle oplevelser med tolke, hvor … Når de kommer [i konsultationen] siger de, at de ikke har tid, og at de skal køre så hurtigt som muligt. Det har jeg prøvet to gange, og det er ubehageligt, fordi jeg kunne ikke nå at forklare det hele [til læge], eller forstå det hele [af hvad lægen sagde]. Jeg gider ikke, at det sker for andre [patienter]. […]. Fordi når de [tolkene] snakker med mig […]siger de "Har du flere spørgsmål, fordi jeg er nødt til af gå? Jeg er nødt til at gå nu!" [IP griner]. Og de sagde det på arabisk. […]. Det er kun noget, som jeg fortæller dig. Jeg har ikke sagt det til nogen som helst".
55-årig irakisk indvandrer. Oversat fra arabisk

At der foregår kommunikation mellem patient og tolk, som lægen ikke forstår, er også noget, som de praktiserende læger er opmærksomme på. Lægerne giver i interviewene udtryk for, at de i forbindelse med anvendelse af professionel tolk i konsultationen, kan føle sig usikre på, hvad der bliver sagt i kommunikationen mellem tolk og patient og føle sig uden for samtalen. Lægerne giver udtryk for, at det er frustrerende, når der foregår kommunikation mellem patient og tolk, hvor de ikke har styr på, hvad der bliver sagt. Lægerne kan føle sig usikre på, om patienten bliver oversat korrekt, eller om tolken selv konkluderer og kommer med bud på, hvad patienten fejler, ligesom de også kan føle sig usikre på, om de selv bliver oversat rigtigt.

Selvom lægerne giver udtryk for, at de synes, indvandrere/efterkommere er åbne om de problemer, de henvender sig med, kan de dog også i situationer blive usikre på, om patienterne siger alt relevant til dem, når der anvendes professionel tolk. For eksempel kan tolkens køn være af betydning for, hvor åben patienten er, ligesom det også kan være af betydning, om patienten kender tolken i forvejen. En læge forklarer:

"… jeg kan godt huske nogle tilfælde, hvor det var problematisk [at anvende tolk]. Hvis de [patienterne] kender tolken, eller tolken kender familien, eller … Der kan være nogen ting, der er begrænsende … Eller hvis det er en mand, der tolker for en kvinde. Der kan være nogle forskellige ting hvor, at når tolken går ud af døren, så hvisker patienten et eller andet, som de så ikke rigtig ville sige, mens tolken var der. Det har jeg da været ude for".
Praktiserende læge

Ifølge de praktiserende læger er der indvandrere/efterkommere, der føler sig usikre på, om tolken kender til deres familie, og som af frygt for, at tolken skal fortælle deres pårørende eller andre om deres situation, ikke har tillid til tolkens tavshedspligt. Dette indebærer, ifølge lægerne, at nogle patienter afslår tilbudet om tolk, selvom lægerne skønner, at der hos patienterne er et behov for tolk.

Selvom der kan være problemer med anvendelse af professionel tolk i konsultationen, mener lægerne ikke, at problemerne medfører helbredsmæssige konsekvenser for patienterne, fx at indvandrere/efterkommere ikke får den rette behandling eller ikke bliver sendt videre i systemet. Ligeledes mener lægerne ikke, at anvendelsen af professionel tolk indebærer længere ventetid for indvandrere/efterkommere med behov for tolk.

2.6. Kontakt til andre læger inden indlæggelsen

En del både indvandrere/efterkommere og danskere har været i kontakt med andre læger, inden indlæggelsen på hospitalet. Patienterne har været gennem et udredningsforløb hos en speciallæge eller på et hospitals ambulatorium eller en afdeling, som har indlagt dem. Patienterne kan også være henvist til hospitalet af deres praktiserende læge, men i ventetiden inden indlæggelsen have haft akut behov for lægehjælp fx hos en vagtlæge eller på en skadestue.

På trods af at en større andel af indvandrere/efterkommere har negative oplevelser hos deres praktiserende læge end danskere, som det tidligere er beskrevet, er der ikke forskel på indvandrere/efterkommere i forhold til deres kontakt med andre læger end deres praktiserende læge inden indlæggelsen på hospitalet (fx en speciallæge, vagtlægen, en læge på skadestuen). Analyserne viser at ca. halvdelen af både indvandrere/efterkommere og danskere angiver, at de på ét eller flere tidspunkter har været i kontakt med andre læger end deres praktiserende læge inden indlæggelsen.

Videregivelse af information fra praktiserende læge til andre læger

I interviewene med både indvandrere/efterkommere og danskere er der patienter, der giver udtryk for, at de synes, at deres praktiserende læge ikke er god til at informere andre læger, som de inden indlæggelsen har været henvist til, om hvad de henvises for eller ønskes udredt for. Det kan for eksempel være speciallæger eller læger på et sygehus, som patienterne inden indlæggelsen har været henvist til. Derfor er der både indvandrere/efterkommere og danskere, der oplever, at de selv skal fortælle de læger, som de af praktiserende læge er henvist til, hvad baggrunden for henvisningen er. Nogle af patienterne giver også udtryk for, at de selv skal medbringe deres papirer til læger, som de er henvist til, hvilket de pågældende patienter undrer sig over.

Selvom både indvandrere/efterkommere og danskere oplever, at deres praktiserende læge kan være dårlig til at videregive information om deres situation til andre læger, kan dette stille indvandrere/efterkommere i en særlig vanskelig position. En afrikansk mand fortæller, at han har haft problemer med at finde hen til det hospital, som han af praktiserende læge var henvist til for at blive undersøgt, fordi han ikke kunne læse det informationsbrev, han havde fået fra hospitalet. Manden forklarer:

"… hvis du ikke kan læse så meget, og du får sendt et brev, er det et problem, fordi du kan ikke læse det, og måske skal du gå til en anden person – med dårlig ryg – [for at få brevet læst op]. Når du har dårlig ryg, kan du ikke gå ud hver eneste gang [du skal have hjælp til at spørge nogen om noget]. Nogle gange ringer kommunen til mig og siger 'Kom og sig hvad det er', og jeg siger 'Jeg er syg, jeg kan ikke gå hele vejen og tilbage', altså … […] … det ville være meget bedre [hvis] de [praktiserende læger] orienterede videre, at man har brug for lidt bedre hjælp". *36-årig sierraleonsk mand*

Ifølge de praktiserende læger forsøger de så vidt muligt, udover information om patientens sygdomstilstand, også at orientere andre læger om, hvilket land patienten oprindeligt kommer fra, og om der skal anvendes tolk i mødet med patienten, så andre læger har mulighed for at planlægge, at der kan anvendes tolk i mødet med patienten. De praktiserende læger orienterer også om patienternes sociale forhold og ressourcer, hvis de skønner, at det er relevant for patientens sygdom. Imidlertid synes de praktiserende læger i interviewene ikke at være opmærksom på, at der for andre læger kan være en problematik i forhold til overhovedet at få informeret patienten om tid og sted for videre undersøgelser.

Anvendelse af det private sundhedsvæsen

Selvom der ikke er signifikant forskel i indvandreres/efterkommeres og danskeres kontakt med andre læger end praktiserende læge inden indlæggelsen, giver interviewene indtryk af, at der kan være forskel på indvandreres/efterkommeres anvendelse af det private sundhedsvæsen inden indlæggelsen. Flere danskere fortæller, at de har benyttet sig af det private sygehusvæsen inden indlæggelsen på hospitalet. Nogle fortæller, at de har benyttet sig af private sygeforsikringer gennem deres arbejdsgiver, mens andre fortæller, at de selv har betalt for fx besøg af privat vagtlæge i deres hjem eller for undersøgelser på privathospitaler inden indlæggelsen på det offentlige hospital.

Danskerne begrunder anvendelsen af det private sygehusvæsen inden indlæggelsen med utilfredshed med deres praktiserende læge eller andre læger, de har konsulteret inden indlæggelsen. Utilfredsheden består for danskerne ofte i, at de ikke synes, at de læger, som de har været i

kontakt med, har været lydhør over for deres behov. En dansk kvinde fortæller om hendes brug af private vagtlæger:

"Når jeg har haft natlæge, har jeg haft privatlæge. De offentlige lægevagter] siger 'Tag en tablet og ring til din egen læge på mandag', eller sådan noget lignende. Så jeg har måttet betale med 1500 kr. for sådan et natbesøg. […] Altså, jeg synes, det er for dårligt, [men] man er jo privilegeret i den forstand. […] … jeg vil gøre det til hver en tid, for jeg har prøvet de andre derover [de offentlige lægevagter], og de er da meget søde i telefonen og alt det der, men de kommer jo ikke. […] Hvorimod de private, de undersøger virkelig en, når de kommer. Jeg fik både taget blodtryk og kardiogram og det hele. Alt hvad de kunne undersøge på stedet. […], og så kommer de som regel hurtigt. Når man ringer siger de 'Nå, jamen vi kan være der om 10 minutter'".
87-årig dansker

Mens flere danskere i interviewene fortæller, at de har benyttet sig af det private sygehusvæsen inden indlæggelsen, er der ingen blandt de interviewede indvandrere/efterkommere, der berører dette emne. Nogle indvandrere/efterkommere giver dog udtryk for at have erfaringer med anvendelse af det private sygehusvæsen. Disse erfaringer er dog ikke gjort i Danmark, men i det oprindelsesland, hvor de eller deres forældre kommer fra.

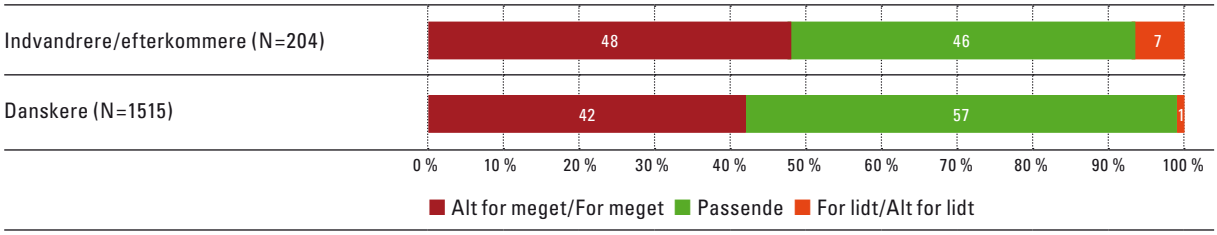
2.7. Ventetiden på indlæggelse

Blandt de planlagt indlagte patienter er der forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres vurderinger af ventetiden, fra de bliver henvist, til de bliver indlagt på hospital. De planlagt indlagte patienter er ikke nødvendigvis henvist fra deres egen praktiserende læge, men kan også være henvist fra en speciallæge, en anden afdeling eller et ambulatorium på et hospital m.m. 46 % af indvandrerne/efterkommerne oplever, at ventetiden på indlæggelsen er passende, mens 57 % af danskerne oplever dette (se figur 2.9.).

Viden om henvendelsesmuligheder under ventetiden

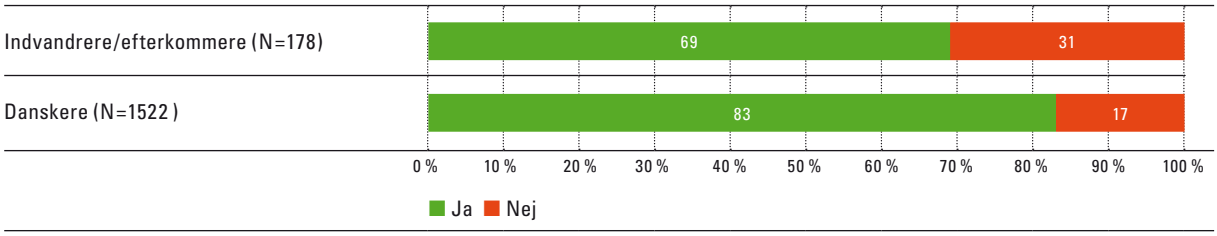
Blandt de planlagt indlagte patienter, er der også forskel på de to patientgrupper i forhold til, om de ved, hvor de skal henvende sig, hvis der opstår ændringer i deres tilstand, mens de venter på at blive indlagt. Mens 69 % af indvandrerne/efterkommerne ved, hvor de skal henvende sig, hvis der opstår ændringer i deres tilstand, er 83 % af danskerne vidende herom (se figur 2.10.).

Figur 2.9. Ventetid fra henvisning af praktiserende læge til indlæggelse på sygehus



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Figur 2.10. Viden om henvendelsesmuligheder ved ændring i tilstand inden indlæggelsen



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Når der blandt de planlagt indlagte patienter er en mindre andel indvandrere/efterkommere end danskere, der ved hvor de skal henvende sig, hvis der opstår ændringer i deres tilstand, mens de venter på at blive indlagt, betyder det ikke, at indvandrere/efterkommere ikke er blevet informeret om deres henvendelsesmuligheder af den henvisende læge. Den henvisende læge kan godt have informeret indvandrerne/efterkommerne om, hvor de skal henvende sig ved ændringer i deres tilstand, uden at de imidlertid har forstået informationen eller husker den. Således kan manglende viden om henvendelsesmuligheder ses som udtryk for, at der ikke har været en optimal kommunikation mellem patienten og den henvisende læge. Som det tidligere er beskrevet, giver de praktiserende læger i interviewene udtryk for, at især indvandrere har manglende viden om sundhedsvæsenets indretning. Dette kan også have betydning i forhold til, om indvandrere ved, hvor de skal henvende sig ved ændringer i deres tilstand.

Medicinsk behandling under ventetiden

Blandt de planlagt indlagte patienter, der vurderer, at de i overgangen fra den praktiserende læge til hospitalet har behov for medicinsk behandling, er der også forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser af, i hvilken grad de oplever, at deres praktiserende læge medicinerer dem tilstrækkeligt, mens de venter på at blive indlagt. 27 % af de planlagt indlagte indvandrere/efterkommere, der vurderer at have behov for medicinsk behandling, mens de venter på at blive indlagt, oplever også, at deres praktiserende læge i høj grad medicinerer dem tilstrækkeligt i ventetiden. Dette gælder for 49 % af de planlagt indlagte danskere, der vurderer at have behov for medicinsk behandling, mens de venter på at blive indlagt (2.11.).

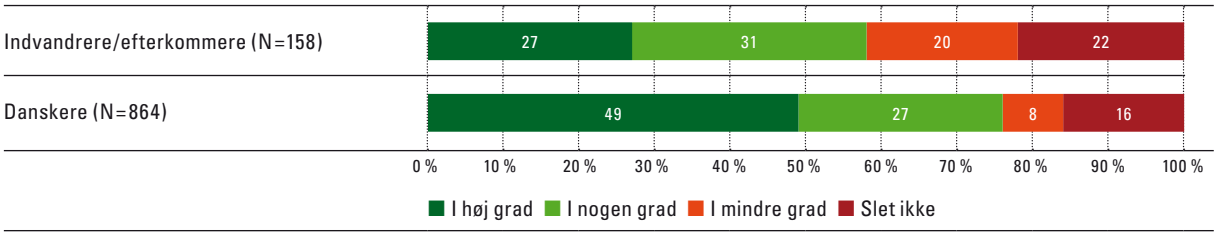
2.8. Sygehuspersonalets informationsniveau om patientens situation

Når patienterne bliver indlagt på hospitalsafdelingen kan der være stor forskel på deres forudgående forløb. Patienterne kan ved modtagelsen på hospitalsafdelingen komme akut eller planlagt fra deres praktiserende læge, en speciallæge, fra en afdeling eller et ambulatorium på et hospital. De kan være kommet akut med en ambulance eller fra en vagtlæge eller gennem skadestuen.

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen viser, at der ikke er forskel på, hvordan de to patientgrupper vurderer, at hospitalsafdelingen er informeret om deres situation ved indlæggelsestidspunktet. Langt størstedelen af patienterne oplever, at hospitalsafdelingen er godt informeret om deres situation ved indlæggelsen. Dette kommer også til udtryk i interviewene med patienterne, hvor både indvandrere/efterkommere og danskere giver udtryk for, at de synes, hospitalsafdelingerne er godt informeret om deres situation, uanset om de er akut eller planlagt indlagt.

Det er dog ikke altid, at sygehuspersonalet oplever, at de er godt informeret om patientens situation ved indlæggelsen. Når sygehuspersonalet modtager en patient på hospitalet, modtager de information fra den henvisende læge om patientens tilstand, hvad patienten ønskes undersøgt for eller om patientens diagnose, hvis den er kendt. Sygehuspersonalet giver imidlertid udtryk for, at de synes, det nogle gange er uklart, hvad patienten er henvist for. I interviewene med sygehuspersonalet giver de udtryk for, at de især

Figur 2.11. Tilstrækkeligt medicinsk behandlet under ventetiden på indlæggelsen



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

kan mangle information om patienters situation, når indvandrere med sociale problemer og dårlige danske sprogkundskaber bliver henvist enten akut eller planlagt fra praktiserende læge. Sygehuspersonalet kan have en oplevelse af, at praktiserende læger i nogle tilfælde har opgivet patienten, og derfor har sendt patienten videre til hospitalet, selvom patienten ikke nødvendigvis fejler noget. En sygeplejerske fortæller:

"Nogen gange skriver de [praktiserende læger], at de er kørt fuldstændig surt i det [med indvandrere]. De ved ikke, hvad de skal gøre, fordi de [indvandrere] kommer der hver anden dag. Han [praktiserende læge] aner ikke, hvad han skal stille op. Så sender praktiserende læge patienten herud. Jeg tror, det er på grund af ressourcerne. Fordi de praktiserende læger har måske fem til ti minutter, måske et kvarter, men hvis de [indvandrere] kommer hele tiden … De har ikke tid til det. Her bruger lægen måske ikke så meget tid, men der kan en sygeplejerske bedre bruge en halv time hist og pist, og sidde og snakke med dem og lytte til dem, indtil de finder det rette ord. Og det er jo ikke lige i det første møde, de måske vælter alle deres problemer ud".
Sygeplejerske

Sygehuspersonalet oplever også, at det ikke er ret tit, at praktiserende læger, speciallæger eller andre henvisende læger informerer dem om, hvorvidt de indvandrere/efterkommere, som de skal modtage på afdelingen, har behov for tolk.

2.9. Kliniske ydelser under indlæggelsen

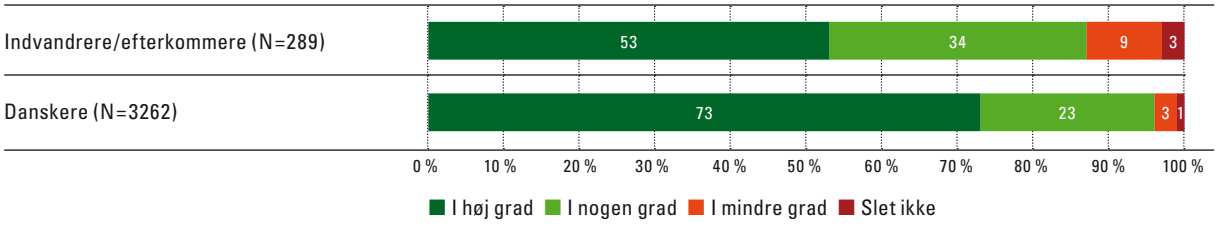
Indvandrere/efterkommere har i mindre grad tillid til hospitalslægernes faglige dygtighed end danskere. Der er 20 procentpoint forskel på indvandrere/efterkommere og danskere i forhold til, om de i høj grad har tillid til sygehuslægernes faglige dygtighed. 53 % af indvandrerne/efterkommerne og 73 % af danskerne har i høj grad tillid til hospitalslægernes faglighed (se figur 2.12.).

Mens de praktiserende læger, som det tidligere er beskrevet, i interviewene giver udtryk for at kunne nikke genkendende til, at indvandrere/efterkommere i mindre grad har tillid til deres faglige dygtighed, giver hospitalslægerne ikke udtryk for, at de i deres daglige arbejde oplever, at indvandrere/efterkommere har mindre grad af tillid til deres faglighed end danskere.

Præferencer i forhold til sygehuspersonalets køn

Hvad angår sygehuspersonalets køn blandt det personale der skal pleje og behandle patienterne, viser resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, at der er forskel i indvandreres/efterkommeres og danskeres præferencer. En væsentlig større andel af indvandrere/efterkommere sammenlignet med danskere, har præferencer med hensyn til sygehuspersonalets køn. 26 % af indvandrerne/efterkommerne foretrækker, at hospitalslægen, der undersøger og behandler dem, er af et

Figur 2.12. Tillid til hospitalslægernes faglige dygtighed

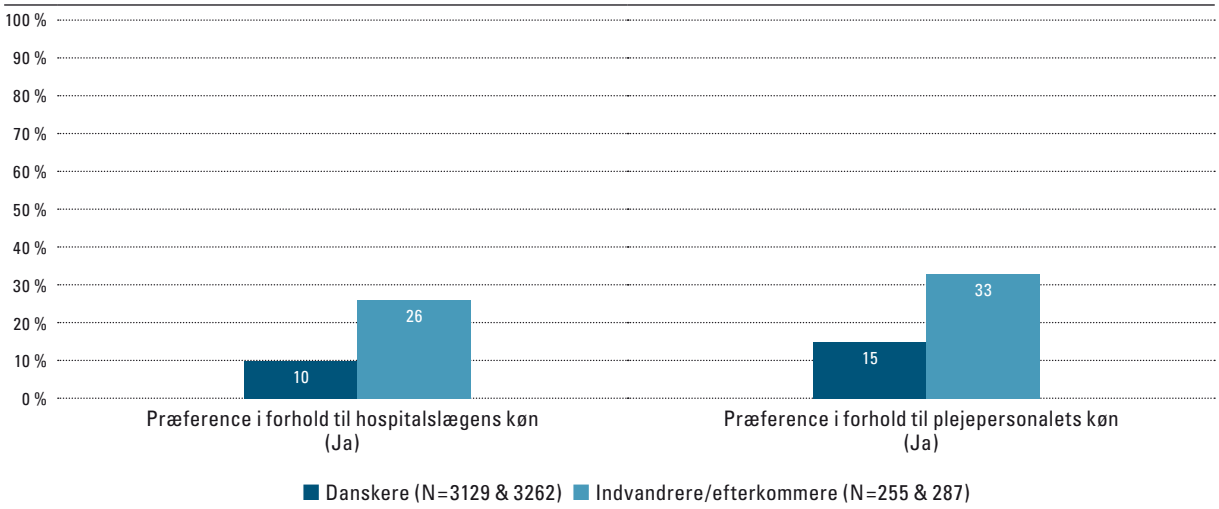


p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

bestemt køn, mens 10 % af danskerne foretrækker dette. Ligeledes foretrækker 33 % af indvandrerne/efterkommerne, at plejepersonalet er af et bestemt køn, mens 15 % af danskerne foretrækker dette (se figur 2.13.).

Blandt de patienter, der har en præference i forhold til sygehuspersonalets køn, er der forskel på hvorvidt indvandrere/efterkommere og danskere foretrækker mænd eller kvinder blandt plejepersonalet. Blandt de patienter, der har præferencer i forhold til plejepersonales køn, foretrækker danskere i højere grad end indvandrere/efterkommere, at personalet, der plejer dem, er kvinder. 95 % af danskerne med en præference i forhold til plejepersonalets køn, foretrækker kvinder blandt plejepersonalet. Dette gælder for 70 % af indvandrerne/efterkommerne, der har præferencer i forhold til plejepersonalets køn (se figur 2.14.).

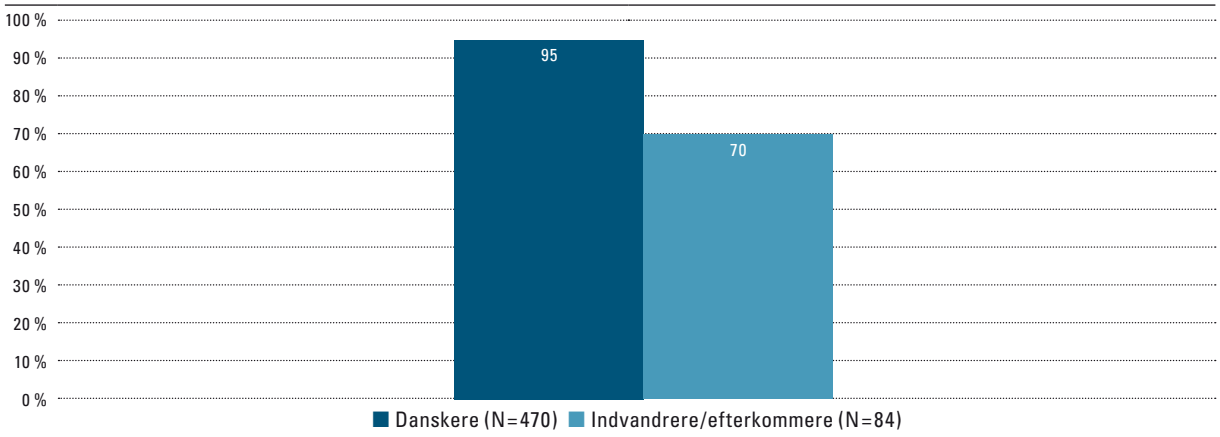
Figur 2.13. Præferencer med hensyn til sygehuspersonalets køn blandt indvandrere/efterkommere og danskere *



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

* Patienter med præferencer mht. sygehuspersonalets køn (Ja) har, til spørgeskemaets spørgsmål 16 svaret, at de foretrækker at hospitalslægen og/eller plejepersonalet er enten mand eller kvinde. Patienter uden præferencer mht. sygehuspersonalets køn (Nej), har på spørgsmålet svaret, at det er uden betydning om hospitalslægen og/eller plejepersonalet er mand eller kvinde.

Figur 2.14: Patienter der foretrækker kvindeligt plejepersonale blandt indvandrere/efterkommere og danskere med præferencer i forhold til plejepersonalets køn

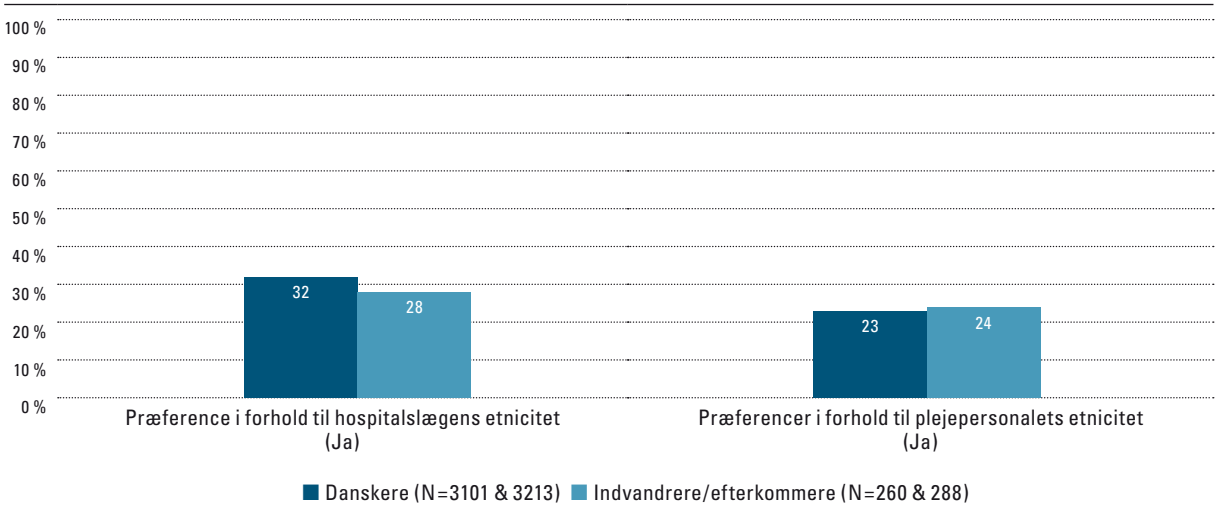


p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Præferencer i forhold til sygehuspersonalets etnicitet

Der er ikke forskel på indvandrere/efterkommere og danskere i forhold til, om de har præferencer med hensyn til hospitalslægens eller plejepersonalets etnicitet. 32 % af indvandrerne/efterkommerne og 28 % af danskerne har præferencer i forhold til hospitalslægens etnicitet. 24 % af indvandrerne/efterkommerne og 23 % af danskerne har præferencer med hensyn til plejepersonalets etnicitet (se figur 2.15.). Blandt de patienter, der har præferencer med hensyn til sygehuspersonalets etnicitet, foretrækker langt størstedelen, at både hospitalslægen og plejepersonalet er danskere, frem for at de har en anden etnisk baggrund end dansk. Det gælder både for danskere og indvandrere/efterkommere, men ikke i samme grad. 81 % af indvandrerne/efterkommerne, der har præferencer med hensyn til hospitalslægens etnicitet, foretrækker også, at hospitalslægen er dansker. Dette gælder for 99 % af danskerne, der har præferencer i forhold til hospitalslægens etnicitet (se figur 2.16.). Samme tendens gør sig gældende i forhold til plejeper-

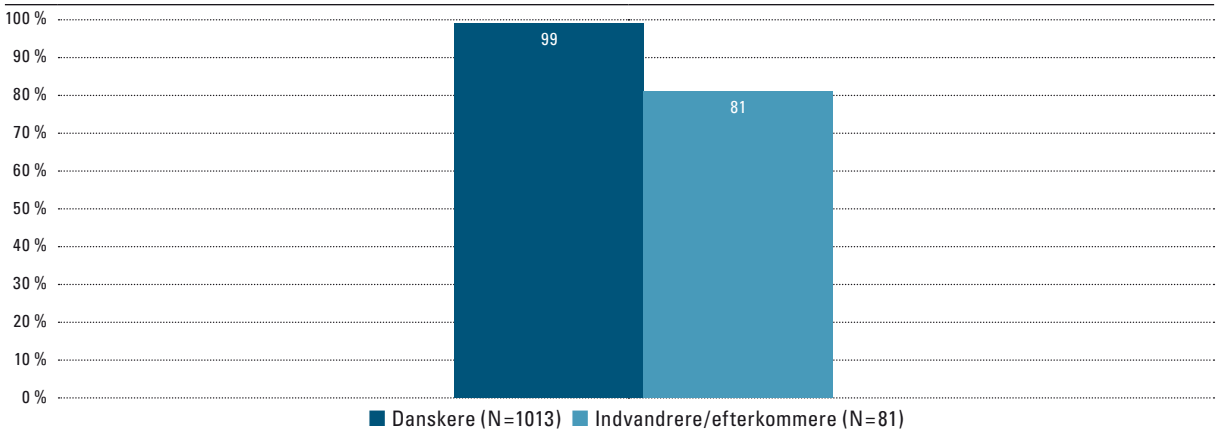
Figur 2.15. Præferencer med hensyn til sygehuspersonalets etnicitet blandt indvandrere/efterkommere og danskere *



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

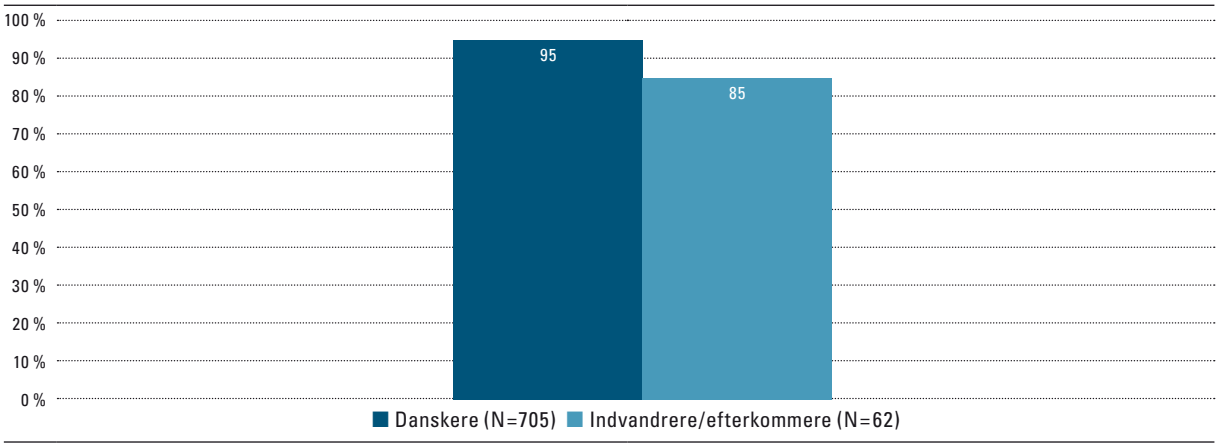
* Patienter med præferencer mht. sygehuspersonalets etnicitet (Ja) har til spørgeskemaet spørgsmål 17 svaret, at de foretrækker, at hospitalslægen og/eller plejepersonalet er enten dansker eller af anden etnisk baggrund. Patienter uden præferencer mht. sygehuspersonalets etnicitet (Nej), har på spørgsmålet svaret, at det er uden betydning om hospitalslægen og/eller plejepersonalet er dansker eller af anden etnisk baggrund end dansk.

Figur 2.16. Patienter der foretrækker dansk hospitalslæge blandt indvandrere/efterkommere og danskere med præferencer i forhold til hospitalslægens etnicitet



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Figur 2.17. Patienter der foretrækker dansk plejepersonale blandt indvandrere/efterkommere og danskere med præferencer i forhold til plejepersonalets etnicitet



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

sonalet, hvor 85 % af indvandrerne/efterkommerne med en præference i forhold til plejepersonalets etnicitet, foretrækker danskere blandt plejepersonalet. Dette gælder for 95 % af danskerne, der har præferencer i forhold til plejepersonalets etnicitet (se figur 2.17.).

I interviewene med både indvandrere/efterkommere og danskere giver langt de fleste af patienterne udtryk for, at sygehuspersonalets etnicitet er ligegyldig. Det der er vigtigt i kontakten mellem patient og sygehuspersonale, er ifølge patienterne, at man kan tale samme og har god kommunikation, samt det alment menneskelige, og ikke hvilken etnicitet eller kulturel baggrund personalet har. En kuwaitisk indvandrer forklarer:

"I sidste ende, når man er syg … Man er emotionel, og man har noget til fælles med det menneske [der hjælper én]. Det er den menneskelige handling [det handler om], man skal hjælpe hinanden. Det er sådan set ligegyldigt om man er dansker eller udlænding eller sort eller hvid. Det er ligegyldigt […] Det er noget alment menneskelig det drejer sig om – hvordan det er at være menneske"
69-årig kuwaitisk indvandrer. Oversat fra arabisk

Ligeledes giver en afrikansk mand udtryk for, at sygehuspersonalets etnicitet er uden betydning, og at det, der er vigtigst i kontakten til sygehuspersonalet er, hvordan de agerer overfor patienten. Manden forklarer:

"… man kan ikke kun se på hvor mennesker kommer fra. Hvis de gør deres arbejde rigtigt, så er det okay. Om det så er en der kommer ude fra Mars for at hjælpe mig … Selvom vedkommende er grøn i hovedet … hvis det er den rigtige læge, så er det okay. Jeg kigger ikke på farven, eller hvor du kommer fra. Jeg kigger efter, hvordan du snakker til mig, hvad du siger til mig, og hvad du gør ved mig. Så etnicitet har ingen betydning for mig. Jeg kan ikke sige, at jeg kun vil have en dansk læge, fordi der er flere andre udlændinge også som hjælper … ".
36-årig sierraleonsk indvandrer

Selvom både indvandrere/efterkommere og danskere i interviewene generelt giver udtryk for, at sygehuspersonalets etnicitet er uden betydning, er der dog en del danskere, der giver udtryk for, at de frygter at havne i en situation med en udenlandsk læge, som de ikke kan forstå. En dansk kvinde fortæller om udenlandske læger:

"… jeg har ingen grund til at tro, at deres uddannelser ikke er ligeså gode som de danskes. Det er der jo ingen grund til at tro vel? […] men det kan jo ikke nytte noget, hvis ikke man forstår, hvad de siger. Altså, det gør jo at man bliver utryg".
63-årig dansker

Således kan frygt for at havne i en situation, hvor man som patient ikke forstår, hvad der skal ske,

være en forklaring på, hvorfor næsten samtlige af danskerne, der har præferencer med hensyn til sygehuspersonalets etnicitet, foretrækker danskere.

At patienter kan føle sig utrygge, hvis ikke de forstår, fx hvilken behandling de skal have, gør sig også gældende for indvandrere. De indvandrere, der i interviewene giver udtryk for at have behov for tolk, fortæller, at det er afgørende, at der er en tolk tilstede under indlæggelsen, så man som patient forstår præcist, fx hvilket indgreb der skal foretages, eller hvilken behandling der skal igangsættes. En del indvandrere giver udtryk for, at de synes, sygehuspersonalet taler for hurtigt og ikke tager hensyn til, at det kan være svært for dem at forstå, hvad der bliver sagt, og især de medicinske udtryk. Nogle giver også udtryk for at være flove over at tage mere af lægernes tid end andre patienter, idet de er bevidst om, at der er andre patienter, der venter på hospitalslægen efter dem. En kuwaitisk indvandrer forklarer med hensyn til, hvorfor det er vigtigt, at der anvendes tolk under indlæggelsen:

"Lige pludseligt skal man tage nogle beslutninger, så skal man være meget præcis, så der er ikke plads til misforståelser. Man skal forstå fuldstændigt hvad det drejer sig om. Det hjælper med en tolk […] En læge eller en sygeplejerske og så tolken kan [tilsammen] forklare lidt mere præcist hvad [der skal ske]. Der er ingen tvivl om at det hjælper. Det hjælper! ".
69-årig kuwaitisk indvandrer. Oversat fra arabisk

Anvendelse af tolk til patienter med behov for tolk, er ifølge disse patienter afgørende vigtigt for, at de føler sig trygge i situationer, hvor de skal modtage de kliniske ydelser. Flere blandt indvandrerne, der har behov for tolk, giver i interviewene udtryk for, at de under indlæggelsen har oplevet ikke at være helt sikre på, hvad der skulle foregå ved fx en operation, fordi der ikke blev anvendt tolk. En afrikansk mand, der skulle til en forundersøgelse inden hans operation, fortæller:

"… han [hospitallægen] undersøgte mig og sagde "Okay, bom, bom, bom, vi skal foretage en operation på dig, men først skal vi prøve at lave den der blokade […]. Den der blokade … Jeg vidste ikke, hvad det var. De [sygehuspersonalet] fortalte mig det ikke. Jeg fik bare at vide, at jeg skulle komme ind [på hospitalet], og at de skulle lave noget. Jeg kom ind, og man ligger der på bordet og så stak de den der [sprøjte] ind i min ryg. Den kom bare sådan lige pludselig – svup – . […] jeg undrede mig meget, fordi jeg vidste ikke hvad det var. Hvis jeg vidste, hvad det var, og hvornår den kom, så var det okay og jeg skulle gøre mig klar. Men [hospitallægen] […] sagde ikke noget. Han tog bare nålen, sådan en lang en, og stak den ind. Lige pludselig kunne jeg mærke at hele mit ene ben var bare sådan – Woow – ".
36-årig sierraleonsk indvandrer

Samme patient fortæller også, at han efter to operationer for diskusprolaps ikke ved præcist, hvad der blev foretaget, fordi der ikke blev anvendt tolk:

"… jeg ved ikke, hvad de har lavet med min ryg. Jeg ved bare, at de har lavet en operation, men han [hospitalslægen] har ikke fortalt mig, hvad han skulle lave […] Præcist hvad han har lavet, det er meget vigtigt at vide, når man bliver opereret. Nej, jeg ved ikke præcist, hvad de har lavet i min ryg. Det er bare en diskusprolaps, og de har fjernet noget dér, og mere ved jeg ikke".
36-årig sierraleonsk indvandrer

Selvom der anvendes tolk under indlæggelsen, er det dog ikke nogen garanti for, at patienterne ved hvilke kliniske ydelser, de skal modtage eller hvornår. En irakisk indvandrer fortæller, at han synes, at sygehuspersonalet under hans indlæggelse havde forberedt ham godt på hans operation, og at han er meget tilfreds med, at der på dagen inden hans hjerteoperation var en tolk tilstede, som forklarede ham, hvad der skulle ske før, under og efter operationen. På selve operationsdagen var manden dog alligevel usikker på, hvornår operationen skulle finde sted, og hvilken form for bedøvelse han skulle have, hvilket skabte forvirring for ham.

Som det også er tilfældet hos praktiserende læge, har patienterne, der har anvendt tolk under indlæggelsen, også oplevet, at der kan foregå kommunikation mellem dem og tolken på et fremmedsprog bag om lægernes ryg, og at også tolkene på hospitalet har dårlig tid. Én irakisk

indvandrer, der ikke taler dansk, fortæller, at han i en tolkesituation under indlæggelsen ikke kunne nå at fortælle lægen alt, hvad han ville, og at han ikke kunne nå at spørge hospitalslægen om nogle billeder, der blev taget i forbindelse med operationen, fordi tolken hele tiden sagde, at han var nødt til at gå. Ligesom hos den praktiserende læge er det heller ikke alle indvandrere/efterkommere, der oplever, at de under indlæggelsen bliver informeret om muligheden for, at der kan anvendes tolk. En kuwaitisk indvandrer fortæller, at det er meget forskelligt om sygehuspersonalet tilbyder én tolk eller ej, og forklarer, at man som regel som patient selv skal foreslå, at der anvendes tolk.

Ligesom det er tilfældet for de praktiserende læger, giver sygehuspersonalet i interviewene også udtryk for, at det er op til dem selv i den enkelte situation at afgøre, om der er behov for tolk. Sygehuspersonalet giver udtryk for, at de som oftest anvender tolk, hvis de vurderer, at de skal forklare eller instruere patienten i noget, som er af afgørende betydning for, at patienten kan følge behandling, eller råd og vejledning efter udskrivelsen.

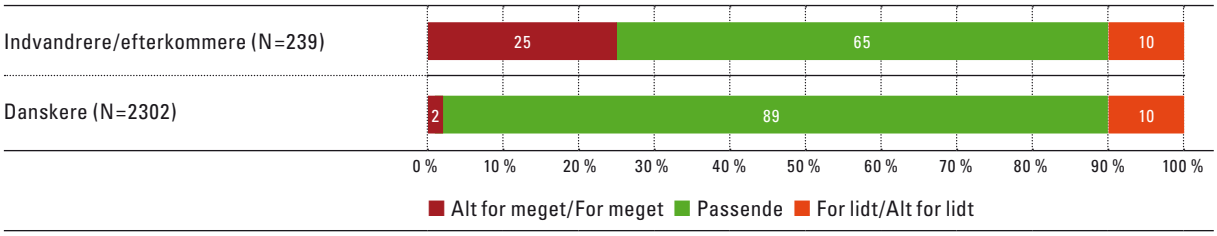
2.10. Medinddragelse af pårørende under indlæggelsen

Både indvandrere/efterkommere og danskere giver i interviewene udtryk for, at det er vigtigt for deres velbefindende under indlæggelsen og motivation for at komme på benene igen at få besøg af pårørende under indlæggelsen. I interviewene med både indvandrere/efterkommere og danskere samt sygehuspersonalet giver de alle udtryk for en fælles forståelse af, at indvandrere/efterkommere har flere pårørende på besøg under indlæggelsen end danskere. Langt de fleste indvandrere/efterkommere fortæller, at de synes, rammerne for inddragelse af deres pårørende på hospitalet er gode. Nogle indvandrere/efterkommere ytrer imidlertid ønske om enestuer, da de ikke ønsker, at deres pårørende skal være til gene for danskerne, som de deler stue med. Langt størstedelen af såvel indvandrerne/efterkommerne som danskerne fortæller, at de under indlæggelsen har haft besøg af familiemedlemmer (fx en ægtefælde, en forældre eller et barn). Blandt indvandrerne/efterkommerne har en del yderligere haft besøg af venner. En irakisk indvandrermand har desuden også haft besøg af nogle kursister fra hans sprogskole, hans sagsbehandler i kommunen, og af én af de tolke, som tidligere har tolket for ham.

Grænser for medinddragelse af pårørende

Der er ikke forskel på indvandrere/efterkommere og danskere i forhold til, hvor vigtigt det er for dem, at deres pårørende bliver inddraget i beslutningerne om deres behandling under indlæggelsen. Der er dog 24 procentpoint forskel på de to patientgrupper med hensyn til, i hvilket omfang de synes, at deres pårørende bliver inddraget passende i beslutningerne om deres behandling under indlæggelsen. 25 % af indvandrerne/efterkommerne oplever, at deres pårørende under indlæggelsen bliver inddraget for meget i beslutningerne om deres behandling under indlæggelsen, hvilket er en væsentlig større andel end de 2 % af danskerne, der oplever dette (se figur 2.18.).

Figur 2.18. Pårørende inddraget i beslutninger om behandling under indlæggelsen



p<0,05
Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen.

Udover at indvandrerne/efterkommerne i spørgeskemaet vurderer, at de synes, at deres pårørende bliver inddraget for meget i beslutningerne om deres behandling under indlæggelsen, giver de i interviewene også udtryk for, at de generelt set synes, at deres pårørende fylder for meget under indlæggelsen. Det er især i den første tid under indlæggelsen, fx efter operation, at indvandrere/efterkommere oplever, at deres pårørende fylder for meget, og at de ønsker at have mere tid for dem selv til at komme sig. Indvandrerne/efterkommerne giver udtryk for, at deres pårørende ikke imødekommer deres ønsker og behov for at være alene under indlæggelsen. En pakistansk efterkommer fortæller, at det i forbindelse med hans indlæggelse og tidligere indlæggelser, har været et problem for ham, at hans pårørende kom på besøg, selvom han havde givet udtryk for, at han ønskede at være alene:

"Da jeg blev opereret, blev jeg altså ret irriteret over, at der kom nogen hele tiden […] Man skal lige have tid til at komme op på mærkerne igen, og man skal lige have meget ro omkring sig faktisk [IP griner] […]. Det har jeg da fortalt dem [pårørende] mange gange [at det ikke er så godt, at de kommer i dag]. Da jeg blev opereret […], da sagde jeg til dem: 'I skal bare komme, når jeg ER blevet opereret' – Jamen, så har man en mor der kommer alligevel [IP griner] […]. Så prøver man bare at sige 'Lad mig nu sove. Jeg har det godt'. Man skal nok heller ikke have flere besøg på én gang, når man er syg. […]. Det skal ikke være en hel kernefamilie, der kommer op [på afdelingen], vel? ".
33-årig pakistansk efterkommer

Indvandrerne/efterkommerne giver i interviewene udtryk for, at pårørende til indvandrere/efterkommere generelt set har andre forventninger til medinddragelse end pårørende til danskere, og at dette kan skyldes forskelle i kultur, sociale netværk og omgangsformer.

At pårørende til indvandrere/efterkommere har andre behov for og forventninger til medinddragelse end pårørende til danskere, er også noget som sygehuspersonalet giver udtryk. En sygeplejerske fortæller fx, at det kan være svært for familierne til indvandrere/efterkommere at forlade afdelingen, fordi de pårørende meget gerne vil være hos den syge patient. Sygehuspersonalet giver i interviewene udtryk for, at de så vidt muligt prøver at imødekomme såvel indvandreres/efterkommeres ønsker for at medinddrage sine pårørende, som de pårørendes ønsker for at blive medinddraget i patientens forløb. Sygehuspersonalet giver udtryk for at være af den opfattelse, at indvandrere/efterkommere i høj grad ønsker, at deres pårørende er medinddraget i patientforløbet. De giver desuden udtryk for, at de forsøger at skabe gode betingelser for, at pårørende til indvandrere/efterkommere kan blive inddraget, og at dette er en måde at tage hensyn til den enkelte patient og udvise særlig hensynstagen til indvandreres/efterkommeres forskellighed. Da indvandrere/efterkommere imidlertid oplever, at deres pårørende inddrages for meget under indlæggelsen, er særlig hensynstagen til deres pårørende, som en måde at vise særlig hensyn til kulturel forskellighed på, dog misforstået hensynstagen. Blandt sygehuspersonalet er der også medarbejdere, der giver udtryk for, at de er usikre på, om de handler rigtigt, når de forsøger at tage særligt hensyn til indvandreres/efterkommeres kulturelle forskellighed. En sygeplejerske fortæller eksempelvis:

"… vi giver dem [indvandrere/efterkommere] alt den respekt, vi kan, og jeg synes, vi [sygehuspersonalet] har meget respekt omkring andre menneskers livsanskuelser og værdier. Det synes jeg, vi har. Jeg synes ikke, at vi forventer, at de bare skal være danske i deres adfærd. [Vi prøver at imødekomme dem], men nogen gange kan jeg godt tænke, om det er det rigtige at gøre det"
Sygeplejerske

De indvandrere/efterkommere, der i interviewene giver udtryk for, at de synes, deres pårørende er inddraget for meget under indlæggelsen, giver også udtryk for, at det kan være problemfyldt for dem at skulle fortælle de pårørende, at de ønsker at være alene. En irakisk indvandrermand, der efter hans operation ønskede at være alene, fortæller, da han bliver spurgt, om det er svært at skulle sige til sine pårørende, at han ønsker at være alene:

"Det var meget svært ja. Fordi de skulle have den besked at det gik godt […], men på det tidspunkt var det godt for mig at være alene, og sove lidt. […] De [sygehuspersonalet] sagde på en meget høflig måde, at det var bedst, de [pårørende] ikke snakkede med mig. De sagde, at de [pårørende] bare kunne kigge, men ikke snakke med mig. […] de var ivrige efter at høre, om det gik godt eller ikke. […] vi som arabere har ikke ret meget tålmodighed".
55-årig irakisk indvandrer. Oversat fra arabisk

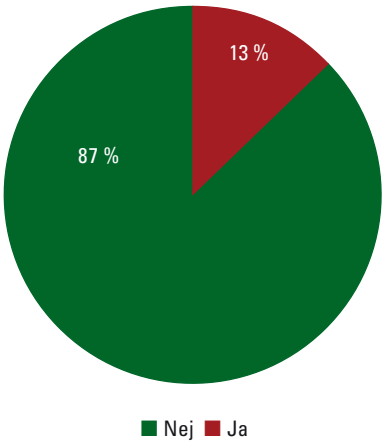
At det kan være svært for indvandrere/efterkommere at sige fra overfor deres pårørende, er der en enkelt blandt det interviewede sygehuspersonale, der kan nikke genkendende til. En sygeplejerske fortæller, at hun har været kontaktperson for en tyrkisk efterkommer i teenagealderen, og at hun i denne situation oplevede, at hun havde svært ved at afgøre, om patienten ønskede at være alene. Sygeplejersken fortæller, at hun oplevede, at drengen havde svært ved at give klart udtryk for, om han ønskede, at de pårørende skulle være til stede, eller om han trængte til at være lidt for sig selv, og hun skulle bede de pårørende om at tage hjem. Hun fortæller om situationen:

"Trængte han [patienten] også til at være lidt for sig selv? Var det okay at bede familien om at tage hjem, eller havde han det bedst, når de var der? Jeg kunne jo ikke vide det. […]. De [pårørende til indvandrere/efterkommere] fylder meget – også når de står rundt om en seng. Det er næsten svært at få øje på patienten […] Det er svært at finde ud af [om patienten ønsker at være alene]. Jeg tror de [indvandrere/efterkommere] er meget tætte omkring familien. Altså de vil ikke såre nogen, og tænk hvis nu hvis han [patienten] kom til at sige noget for direkte, og det kom hans far for øre … [at han gerne ville være alene]".
Sygeplejerske

2.11. Oplevet diskrimination under indlæggelsen

Der er 13 % af indvandrerne/efterkommerne, der oplever, at de ét eller flere steder i forløbet, fra de henvendte sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospitalet, er blevet diskrimineret, fordi de har en anden etnisk baggrund end dansk (se figur 2.19.). Det kan fx være hos deres praktiserende læge, en speciallæge, en vagtlæge, på en skadestue eller på den hospitalsafdeling, hvor de er indlagt. Datamaterialet for de indvandrere/efterkommere, der i forbindelse med indlæggelsen oplever diskrimination, er ikke stort nok til at der kan foretages yderligere analyser af, hvor i forløbet patienterne oplever diskrimination. Ligeledes er datamaterialet ikke stort nok til at foretage analyser af, i hvilken grad de indvandrere/efterkommere, der oplever diskrimination i forløbet, vurderer, at diskriminationen har haft indflydelse på den pleje og behandling, som de blev tilbudt i forbindelse med indlæggelsesforløbet.

Figur 2.19. Indvandrere/efterkommere, der oplever diskrimination i forbindelse med indlæggelsesforløbet*



N = 267 indvandrere/efterkommere

* Ét eller flere steder i forløbet hos fx deres praktiserende læge, speciallæge, lægevagten, skadestuen eller den hospitalsafdeling hvor de var indlagt.

De indvandrere/efterkommere, der i interviewene berører spørgsmålet, om de, i forbindelse med deres forløb fra praktiserende læge til den første tid de er indlagt på hospital har været udsat for diskrimination, giver udtryk for usikkerhed omkring, hvorvidt de er blevet udsat for diskrimination. Der kan også være forskel på, hvad indvandrere/efterkommere oplever som diskriminerende. Blandt de interviewede indvandrere/efterkommere, der i interviewene giver udtryk for, at de har oplevet diskrimination, er det blandt andet i forhold til en række praktiske omstændigheder i forbindelse med indlæggelsesforløbet. Derudover giver de udtryk for at

have oplevet diskrimination i forbindelse med, at de oplever at blive betragtet udfra fordomme om indvandrere/efterkommere. En afrikansk mand fortæller eksempelvis, at han oplever, at han under indlæggelsen på hospitalet blev diskrimineret, da den mad, som han havde bestilt over telefon hos hospitalets køkkenpersonale, ikke dukkede rettidigt op eller var noget andet end det, som han havde bestilt. Samme mand fortæller imidlertid også, at han har haft problemer med at forklare sig over telefonen, hvorfor den oplevede diskrimination kan skyldes, at der ikke har været optimal kommunikation mellem patienten og køkkenpersonalet. Indvandrermanden forklarer om situationen:

"Mange gange havde jeg problemer med maden. Hvis jeg bestilte mad, kom den ikke før 4-5 timer efter. […] Hvis der er lidt diskrimination, så er det på den der måde med, at maden ikke kommer, men ellers er der ikke noget. […] Jeg tror, det var lidt diskriminerende, men … vi snakkede også bare i telefon hele tiden. Når jeg sagde 'Må jeg få mad?', sagde hun 'Hvad skal du have?' . […] hvor jeg ikke kunne forklare det … , men ellers var det godt det hele […] Der var ikke nogen som var racistiske eller noget".
36-årig sierraleonsk indvandrer

Selvom dårlig kommunikation kan medvirke til, at patienterne oplever diskrimination, er der imidlertid også indvandrere/efterkommere, der oplever diskrimination, selvom de taler flydende dansk. En marrokansk efterkommer fortæller, at hun oplever at blive mødt med fordomme om, at hun har dårlige sprogkundskaber, fordi hun går med tørklæde, selvom hun er født og opvokset i Danmark og taler flydende dansk.

"… nogen gange tror folk – hun kan sikkert ikke forstå dansk – . […] Det har jeg oplevet nogle gange. Så siger jeg: "Hallo, I kan sgu da ikke bedømme folk bare sådan der". […] Ikke alle folk er ens. […] nogle gange kan jeg føle, at der bliver kigget lidt ned på en, og jeg ikke kan forstå hvorfor. Men jeg vil virkelig gerne vide hvorfor […]. Når man går med tørklæde og går med noget anderledes tøj … Lige så snart folk ser dig, selvom de ikke har snakket med dig endnu, så har de bare de der mærkelige tanker – gud nej, har vi brug for en tolk igen? Jeg har det sådan, at man skal ikke bedømme folk før man har snakket til dem. […] Der er nogen af os, der er opvokset her, men bare går med tørklæde, og det er jo en privatsag".
29-årig marokkansk efterkommer

Mens der er indvandrere/efterkommere, der oplever, at de udsættes for diskrimination, er der dog også indvandrere/efterkommere, der oplever, at de under indlæggelsen bliver behandlet bedre end danskerne. En irakisk indvandrermand fortæller:

"… det var diskrimination derovre [på hospitalet], fordi jeg kunne godt se, at de [sygehuspersonalet] var meget høfligere overfor danskerne, men på [det andet hospital] var de [sygehuspersonalet] meget bedre overfor mig end i forhold til danskerne. Jeg kunne godt se at de behandlede mig bedre end de behandlede danskerne".
55-årig irakisk indvandrer. Oversat fra arabisk

3. Konklusion

Formålet med denne undersøgelse har været at sammenligne indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. Selvom både indvandrere/efterkommere og danskere generelt set har positive oplevelser i forløbet, og der ikke er forskel på de to patientgrupper i forhold til deres samlede indtryk af forløbet, viser resultaterne for undersøgelsen, at der er forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser stort set inden for samtlige af undersøgelsens hovedtemaer.

Inden for næsten samtlige af undersøgelsens temaer har en større andel indvandrere/efterkommere end danskere negative oplevelser. Indvandrere/efterkommere oplever i mindre grad end danskere, at deres praktiserende læge er lydhør overfor deres egen beskrivelse af deres sygdom og i mindre grad, at de medinddrages i beslutningerne om deres behandlingsforløb hos lægen. Indvandrere/efterkommere oplever i højere grad, at der bliver begået fejl hos deres praktiserende læge, og har i højere grad negative oplevelser af de kliniske ydelser hos såvel praktiserende læge som på hospitalet. Dertil kommer, at indvandrere/efterkommere blandt de planlagt indlagte patienter i højere grad end danskere oplever, at ventetiden på indlæggelsen ikke er passende, og at de i mindre grad end danskere ved, hvor de skal henvende sig, hvis der opstår ændringer i deres tilstand. Planlagt indlagte indvandrere/efterkommere, som vurderer, at de i ventetiden har haft behov for medicinering, oplever også i højere grad end danskere i samme situation, at de ikke bliver tilstrækkeligt medicineret i ventetiden.

Resultaterne af undersøgelsen viser også, at indvandrere/efterkommere i højere grad end danskere har præferencer med hensyn til sygehuspersonalets køn, mens der ikke er forskel på indvandrere/efterkommere og danskere i forhold til, om de har præferencer i forhold til sygehuspersonalets etnicitet. Blandt patienter med præferencer i forhold til sygehuspersonalets køn og etnicitet, foretrækker danskere i højere grad end indvandrere/efterkommere kvindeligt plejepersonalet, og at både plejepersonalet og sygehuslægen er danskere. Under indlæggelsen oplever indvandrere/efterkommere desuden i langt højere grad end danskere, at deres pårørende inddrages for meget.

Indvandrere/efterkommere oplever også problematikker i forløbet, der ikke gør sig gældende for danskere. Over en tredjedel af indvandrerne/efterkommerne oplever, at de ét eller flere steder i forløbet har haft behov for en tolk. Af disse er knap to tredjedele ét eller flere steder i forløbet blevet tilbudt en tolk. Der er ikke forskel på indvandreres og efterkommeres behov for tolk. Udover tolkeproblematikker oplever knap hver ottende indvandrer/efterkommer, at de ét eller flere steder i forløbet er blevet diskrimineret, fordi de har en anden etnisk baggrund end dansk.

4. Perspektiver

Denne undersøgelse har afdækket en række nye perspektiver på indvandreres/efterkommeres oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. I dette afsnit vil disse perspektiver blive diskuteret med henblik på at søge nogle forklaringer på, hvorfor indvandrerne/efterkommerne har udtrykt sig som de har, samt hvordan de praktiserende læger, og sygehuspersonalet, kan være med til at sikre indvandrere/efterkommere gode oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital.

4.1. Individuel forskellighed i fokus

Både de praktiserende læger og sygehuspersonalet har givet udtryk for, at det er vigtigt at kunne skelne mellem, hvad der er et kulturelt problem og hvad der er et socialt problem i kontakten med indvandrere/efterkommere. Denne skelnen er nødvendig for at kunne møde den enkelte patient med åbenhed og ikke på forhånd tilskrive eventuelle vanskeligheder i mødet med indvandrere/efterkommere som kulturelle problemer. Undersøgelsen har også peget på, at der er indvandrere/efterkommere, der oplever at blive mødt med fordomme om indvandrere/efterkommere og dermed føler sig diskriminerede. Dette kan tale for, at det er vigtigt at sætte den individuelle forskellighed i fokus, frem for at være fokuseret på kulturel forskellighed i mødet med indvandrere/efterkommere. At betragte indvandrere/efterkommere udfra stereotype forestillinger indebærer, at man først og fremmest betragter indvandrere/efterkommere som ens, og drager konklusioner fra erfaringerne med én indvandrer/efterkommer til at gælde alle. Når man forholder sig til indvandrere/efterkommere på baggrund af stereotyper, undgår man således at forholde sig til, hvordan indvandrere/efterkommere faktisk er som enkeltindivider, og der opstår derfor let myter, dvs. fortællinger om indvandrere/efterkommere, som ikke nødvendigvis har et reelt grundlag (Elverdam 2001:107).

Undersøgelsen viser også, at indvandrere/efterkommere oplever, at deres pårørende inddrages for meget under indlæggelsen både i forhold til de beslutninger, der skal tages i forbindelse med deres behandlingsforløb og generelt set. Imidlertid er det sygehuspersonalets oplevelse, at indvandrere/efterkommere i høj grad ønsker, at deres pårørende er medinddraget i deres patientforløb, og at medinddragelse af indvandreres/efterkommeres pårørende er en måde at vise særlig hensyn til indvandreres/efterkommeres kulturelle forskellighed. Da flere indvandrere/efterkommere i høj grad oplever, at deres pårørende inddrages for meget under indlæggelsen, kan det indikere at man skal være varsom med ikke at overdrive betydningen af kultur. At anerkende indvandrere/efterkommere som en patientgruppe, der kan have andre behov og forventninger i forbindelse med et indlæggelsesforløb, handler ikke nødvendigvis om at anerkende denne patientgruppes kulturelle forskellighed, men om at anerkende indvandrere/efterkommere som de individuelle personer de er.

Betragtes mødet med indvandrere/efterkommere først og fremmest som et kulturmøde, hvor det sundhedsfaglige personale primært er opmærksomme på det kulturelt forskellige hos patienten, og i mindre grad er opmærksomme på det almenmenneskelige og på patientens individualitet, kan det medvirke til at undergrave kvaliteten i de sundhedsydelser, som patienten har krav på. Først ved at betragte mødet med indvandrere/efterkommere som et møde med individuelle personer og ved at have den individuelle forskellighed i fokus, kan der skabes forudsætninger for at patienter og sundhedsfaglige kan lære hinanden at kende udenom stereotype forestillinger (Roland 2002:18). Sundhedsloven har bl.a. til formål at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse (Sundhedsloven § 2).

4.2. Opmærksomhed på kompleksitet

Undersøgelsen har peget på, at indvandrere/efterkommere kan fortie problemer med anvendelse af professionel tolk. Enheden for Brugerundersøgelser har tidligere belyst, at tendensen til at udtale sig positivt i interview er særlig udtalt blandt indvandrere/efterkommere. Anden forskning viser, at sundhedspersonalet betragter indvandrere/efterkommere som besværlige og ressourcekrævende patienter, og det komplicerer mødet mellem patient og sundhedspersonale (Michaelsen et al. 2004:289). Når indvandrere/efterkommere udtaler sig særlig positivt om mødet med sundhedsfaglige personer, kan det således betragtes som en aktiv handling. En handling der har til formål, at indvandrere/efterkommere positionerer sig på andre måder, hvor de ikke identificeres via kategoriske træk som besværlige og ressourcekrævende patienter (Enheden for Brugerundersøgelser 2007a:19). Ligeledes kan en fortielse af problemfyldte forhold i mødet med sundhedspersoner betragtes, som en måde hvorpå indvandrere/efterkommere vil undgå at fremstå som besværlige og ressourcekrævende, for i stedet af skabe et godt indtryk af sig selv. Som belyst kan indvandrere føle sig i en penibel situation og flove over, at der anvendes flere ressourcer på dem end på andre patienter, fx ved anvendelse af tolk. Når patienter afslår tilbud om professionel tolk, behøver det således ikke at være et udtryk for, at indvandrere/efterkommere foretrækker deres pårørende som tolke, eller at de ikke har tillid til tolkens tavshedspligt. Indvandrere/efterkommere kan også afslå, at der anvendes professionel tolk, fordi de ikke ønsker at være til besvær og tage flere ressourcer end danskere.

I alle sociale situationer foregår der et identitetsarbejde, hvor man bevidst eller ubevidst gennem forskellige indtryk forsøger at påvirke andre således, at den måde, som andre betragter én på, er i overensstemmelse med den måde, som man ser sig selv eller ønsker at blive set på. På den ene side kan indvandrere/efterkommere ønske at fremhæve sig selv som personer, der ikke er besværlig og ressourcekrævende. På den anden side er det i nogle tilfælde en realitet, at de fx kan have behov for tolk og at vanskeligheder ved brug af tolk, stiller patienten i en ringere position end andre patienter. Således kan situationer, hvor patienter indtræder i flere modstridende roller, være ambivalente for patienten. Selvom det er en velkendt problemstilling, at nogle indvandrere kan opleve det som stigmatiserende at tage imod støtte fra det offentlige (Austveg 1997:106), er dette imidlertid en problematik, som hverken de praktiserende læger eller sygehuspersonalet i denne undersøgelse har forholdt sig til. Det kan dog være vigtigt som sundhedsperson, at være opmærksom på den kompleksitet som indvandrere/efterkommere befinder sig i, såfremt man skal kunne give patienten optimal pleje og behandling.

5. Hovedtemaer

Undersøgelsens hovedtemaer belyser områder, hvor der er behov for at opnå mere viden om, hvorvidt indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser adskiller sig fra hinanden i forløbet, fra de henvender sig til deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. En del af temaerne er desuden højt prioriteret generelt set af patienterne på landsplan, eller der er områder, hvor der tidligere har vist sig at være grundlag for kvalitetsforbedringer (Enheden for Brugerundersøgelser 2007c). I dette afsnit redegøres der for undersøgelsens hovedtemaer:

- **Kommunikation**
- **Medinddragelse**
- **Frit sygehusvalg**
- **Ventetid på indlæggelse**
- **Kliniske ydelser**
- **Patientoplevede fejl**
- **Overgange mellem sektorer**
- **Oplevet diskrimination**

Temaerne går igen både i spørgeskema- og interviewdelen.

5.1. Kommunikation

Kommunikation er et centralt fokusområde i kvalitetsarbejdet. Det handler om at skabe gode mellemmenneskelige relationer mellem patienter og sundhedsfagligt personale (Amtsrådsforeningen 2003). Imidlertid oplever både indvandrere/efterkommere og sundhedsfaglige personer vanskeligheder ved kommunikation i mødet med hinanden. Enheden for Brugerundersøgelser har tidligere belyst, at indvandrere/efterkommere bl.a. oplever manglende lydhørhed i primærsektor som barriere i forhold til at opnå adgang til hospitalet (Enheden for Brugerundersøgelser 2007a:17). En undersøgelse blandt sygehuspersonale peger på, at det er en udbredt oplevelse blandt sygehuspersonale, at deres sidste kommunikation med en indvandrerpatient ikke er tilfredsstillende. Derudover oplever en betydelig del af sygehuspersonalet, at indvandrerpatienter ikke forstår råd og vejledning, og at indvandrerpatienter ikke får den fornødne behandling, pleje eller rådgivning (Michaelsen et al. 2004:291).

God kommunikation mellem sygehuspersonale og patient er af stor betydning for at sikre, at patienten følger personalets anvisninger af behandling. God kommunikation kan også medvirke til at give patienten realistiske forventninger til, hvilke ydelser sundhedsvæsenet kan levere. Sygehuspersonale skal dog være opmærksom på, at patienter har individuelle behov, og det er vigtigt at vurdere hvilken information der er nødvendig for den enkelte patient (Mainz et al. 2002; Nielsen & Pultz 2006). Sundhedsloven har til hensigt at sikre respekt for det enkelte menneske, dets værdighed, integritet og selvbestemmelsesret (Sundhedsloven § 2). I denne sammenhæng spiller god kommunikation også en væsentlig rolle.

Ifølge sundhedsloven må ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke[2]. Grundlaget for et gyldigt informeret samtykke er, at det bliver givet på grundlag af fyldestgørende information, og det er den for behandlingen ansvarlige sundhedsperson, der har ansvaret for, at det informerede samtykke foreligger (Sundhedsloven § 15 stk.1, stk.3; Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 § 17[3]). Fyldestgørende information er ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning betinget af god kommunikation mellem patient og sygehusper-

2 Dette er dog undtaget i situationer, hvor der er tale om et øjeblikkeligt behandlingsbehov. I dette tilfælde kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en patients behandling uden patientens informerede samtykke (Sundhedsloven §19).

3 Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 er udstedt i henhold til loven om patienters retsstilling, og er fortsat gældende, selvom loven er ophævet og senest afløst af lovbekendtgørelse nr. 95 af 1. februar 2008 Sundhedsloven.

sonale (Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 stk. 3.1, 3.6).

Patienten har desuden også ret til information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne. Denne information skal gives løbende og give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger fx med hensyn til, alder, modenhed, erfaring m.v. (Sundhedsloven §16 stk.1, stk.3). Desuden skal informationen gives mundtligt og på et tidspunkt, så der er tid til, at patienten kan stille spørgsmål (Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 § 5 stk. 1, stk.2).

Anvendelse af tolk

Ifølge sundhedsloven skal der anvendes tolkebistand til personer, som har behov for tolk i forbindelse med behandling hos alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger eller på hospital (Sundhedsloven § 50). Sundhedsstyrelsen vejleder desuden, at det sprog, der anvendes i såvel den mundtlige som den skriftlige information, skal være forståeligt for patienten og uden fagudtryk, samt at der som udgangspunkt anvendes professionel tolk (Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 stk. 3.1, 3.6, 3.7.). Som sundhedsperson har man ikke pligt til at følge en vejledning, omend en vejledning ofte er en god indikator på, hvordan man bør handle.

Anvendelse af professionel tolk kan medvirke til at undgå, at der opstår kommunikationsproblemer mellem indvandrere/efterkommere og sundhedsfaglige personer og sikre, at patienten forstår nødvendig information (Dyhr & Hamerik 2006:47). I mødet mellem indvandrere/efterkommere og sundhedspersonale kan der opstå særlige kommunikationsproblemer, hvis der er tale om patienter, der ikke taler og forstår dansk, idet væsentlig information kan gå tabt, og der kan opstå misforståelser. Kommunikationsproblemer relateret til sprogproblemer kan fx føre til et informationstab, der i værste fald kan være årsag til utilsigtede hændelser. I den Danske Patientsikkerhedsdatabase blev der i 2006 identificeret 29 hændelser, der var relateret til sprogproblemer (Sundhedsstyrelsen 2007a). En del af de utilsigtede hændelser skyldtes, at der ikke blev anvendt professionel tolk, og patienten ikke forstod afgørende information om medicinering, eller det ikke var muligt at opnå informeret samtykke. Korrekt information er derfor afgørende for fx patientsikkerheden. Information kan for eksempel give sikkerhed for, at man behandler den rigtige patient, og at patienten forstår og følger sundhedspersonalets anvisninger (Sundhedsstyrelsen 2007a:3).

Sundhedsstyrelsen anbefaler også, at det i hvert enkelt tilfælde vurderes, om det er forsvarligt at anvende patientens familiemedlemmer som tolk. Anvendelse af børn som tolke bør kun ske ved uproblematiske og lettere tilfælde, og mindre børn bør aldrig anvendes som tolk. Hvis patientens pårørende anvendes som tolke, skal patienten også give samtykke til, at de pårørende får adgang til oplysninger om patienten (Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 stk. 3.7.). Anvendelse af patientens pårørende som tolke kræver særlige overvejelser fx med hensyn til fortrolighed samt sikkerhed for korrekt tolkning (Dyhr & Hamerik 2006:49-50).

Selvom anvendelse af professionel tolk er vigtig for at skabe god kommunikation mellem indvandrere/efterkommere med sprogbarrierer og sundhedspersonale, mangler der viden om indvandreres/efterkommeres behov for tolk i forbindelse med et indlæggelsesforløb (Dyhr & Hamerik 2006:45), samt i hvilken udstrækning dette behov bliver opfyldt. Derfor spørger Enheden for Brugerundersøgelser i spørgeskemaet til, i hvilken grad indvandrere/efterkommere oplever, at de i forbindelse med deres indlæggelsesforløb har behov for tolk, og om de er blevet tilbudt tolk (fx hos deres praktiserende læge, en speciallæge, vagtlægen, skadestuen eller på den hospitalsafdeling hvor de var indlagt). Spørgsmålet om anvendelse af tolk er desuden et centralt aspekt i undersøgelsens interviewdel, og belyses uddybende fra både patienternes side, og fra de praktiserende lægers og sygehuspersonalets side.

Anvendelse af kulturel kompetence

Undersøgelser peger på, at sundhedspersonale oplever indvandrere/efterkommere som en patientgruppe, der som følge af deres kultur udfor-

drer gældende praksis i sundhedsvæsenet. Disse kulturelt betingede udfordringer handler ifølge sundhedspersonalet om anderledes sundheds- og sygdomsopfattelser, kropsforhold, måder at udtrykke smerte på, forståelser af sundhedsrisici og sociale normer og forventninger til sundhedsvæsenet (Jacobsen et al. 2004:11, Michaelsen et al. 2004:289-90; Nielsen 2002:2-8; Sundhedsstyrelsen 2006c:32).

For at sundhedspersonale kan blive bedre til at håndtere udfordringerne med indvandrere/efterkommere, har det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab, der i dag er en integreret del af Region Hovedstaden, anset, at en styrkelse af kulturel kompetence blandt sundhedspersonalet er relevant (H:S Direksionen 2001:7). Der er ikke nogen klar definition af, hvad kulturel kompetence er. I det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab blev kulturel kompetence defineret som viden og indsigt i andre kulturer og religioner og evnen til at anvende denne viden i det daglige arbejde. Et vigtigt aspekt af den kulturelle kompetence er kommunikation, og evnen til at være åben og tolerant og skabe en dialog uanset patientens etniske baggrund (H:S Direktionen 2001:7-8).

Siden starten af 1990'erne har man i udlandet under forskellige betegnelser introduceret kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet med det formål bl.a. at forbedre kommunikationen mellem indvandrere/efterkommere og behandlere i det kliniske møde (Sundhedsstyrelsen 2006b:8). Fra de udenlandske erfaringer med kulturelle mediatorer er der stor forskel på mediatorens rolle, og i hvilken grad mediatoreren skal fungere som tolk, kulturformidler, konfliktmægler, eller socialarbejder m.m. (Sundhedsstyrelsen 2006b:12, 22). I Danmark har man på nærværende tidspunkt endnu ikke nogen egentlig erfaring med brugen af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet[4]. I 2007 igangsatte Sundhedsstyrelsen dog et modelprojekt for at afprøve kulturelle mediatorer som metode i Danmark. Projektet afsluttes i 2009 og har til formål at forbedre kommunikationen mellem indvandrere/efterkommere og sundhedspersonale i deres møde på hospitalet. Derudover har projektet til formål at opsamle erfaringer med brug af kulturelle mediatorer, der kan anvendes i en eventuel national implementering (Sundhedsstyrelsen 2007b).

Viden om indvandreres/efterkommeres egne erfaringer med samt ønsker og behov for sundhedsfaglige personer med kulturel kompetence er meget spinkelt[5]. Derfor bliver indvandrere/efterkommere i interviewene spurgt ind til deres ønsker og behov for sundhedsfagligt personale med kulturel kompetence. De praktiserende læger og sygehuspersonalet spørges også i interviewene ind til deres vurdering af, hvordan en eventuel brug af kulturel kompetence kan medvirke til at skabe en god dialog med indvandrere/efterkommere.

5.2. Medinddragelse

Medinddragelse omhandler ikke kun beslutningstagen omkring fx valg af behandlingsform, men også om at have indflydelse på den daglige pleje og planlægningen af det videre forløb. Medinddragelse af patienter er vigtigt for at sikre, at patientens individualitet respekteres, og at patienten har en oplevelse af at have indflydelse og kan mestre sin egen livssituation (Amtsrådsforeningen 2003:55).

Generelt set har patienter forskellige ønsker og behov for medinddragelse og indflydelse på behandling, hvorfor der bør tages hensyn til patienters individuelle ønsker og behov (Gallagher et al. 2003; Rankin et al. 2000). Forskning viser, at behovet for medinddragelse varierer i forhold til patienters sygdom, køn, alder og uddannelse (Benbasset et al. 1998). For at belyse om der er variation i behovet for medinddragelse i for-

4 Islamisk Kristent Studiecenter har dog siden 2003 udbudt et etnisk ressourceteam (ERT), der arbejder med brobygning mellem patienter med en anden etnisk baggrund end dansk og sygehuspersonale i Københavnsområdet. Det etniske ressourceteam består af både mænd og kvinder i forskellige aldre og med forskellige etniske og religiøse baggrunde. Personerne tilknyttet det etniske ressourceteam kan fungere som både tolk, sjælesørger og konfliktmægler.

5 Sundhedsstyrelsen har fået foretaget en undersøgelse af udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sygehusvæsenet, som bl.a. indeholder en spørgeskemaundersøgelse blandt indvandrere/efterkommere i England, Belgien og Italien omhandlende deres erfaringer med brugen af kulturelle mediatorer. Spørgeskemaundersøgelsen er foretaget blandt 78 ambulante og indlagte indvandrere/efterkommere (Sundhedsstyrelsen 2006b:10).

hold til patienters etnicitet, spørges patienterne i spørgeskemaet om, hvor vigtigt det er for dem at blive inddraget i beslutningerne om deres behandlingsforløb hos deres praktiserende læge.

Det er en udbredt opfattelse blandt sundhedspersonale i hospitalsvæsenet, at indvandrere/efterkommere har for mange pårørende på besøg under et indlæggelsesforløb (Jahn 2002), og at indvandreres pårørende er mere krævende end pårørende til danskere (Michaelsen et al. 2004:290). På trods af at sundhedspersonalet oplever pårørende til indvandrere/efterkommere som vanskelige, eksisterer der ikke meget viden om indvandreres/efterkommeres behov og ønsker for medinddragelse af deres pårørende. Indvandreres/efterkommeres behov og ønsker for medinddragelse af deres pårørende, såvel hos praktiserende læge som på hospitalet, er således områder, hvor der er behov for viden. Derfor spørges i spørgeskemaet om, hvor vigtigt det er for patienterne, at deres pårørende bliver inddraget i beslutningerne om deres behandling under indlæggelsen, samt om i hvilket omfang deres pårørende er blevet inddraget. I interviewene spørges indvandrerne/efterkommerne endvidere uddybende ind til deres behov og ønsker for medinddragelse af deres pårørende generelt set i deres patientforløb. Medinddragelse af pårørende er desuden et aspekt, som også både de praktiserende læger og sygehuspersonalet er blevet spurgt ind til i interviewene.

5.3. Frit sygehusvalg

Ifølge sundhedsloven har patienter ret til selv at vælge, hvilket hospital de vil indlægges på (Sundhedsloven § 86-87). Temaet frit sygehusvalg indgår i Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser siden 2000. Formålet med dette har været at opnå viden om, i hvilken udstrækning patienter, som skal indlægges på hospital, har kendskab til muligheden for frit sygehusvalg, samt i hvilket omfang patienterne benytter sig af muligheden. For at opnå viden om indvandreres/efterkommeres kendskab til det frie sygehusvalg, og i hvilket omfang de benytter sig af muligheden, samt om indvandreres/efterkommeres kendskab til og benyttelse af det frie sygehusvalg er forskellig i forhold til danskeres, spørges patienterne i spørgeskemaet om deres erfaringer med det frie sygehusvalg.

5.4. Ventetid på indlæggelse

Under dette tema spørges patienterne om ventetiden på indlæggelse på hospitalet. De tidligere landsdækkende undersøgelser af patienters oplevelser viser, at relativt mange patienter oplever for lange ventetider både før og under indlæggelsen (Enheden for Brugerundersøgelser 2001; 2003; 2005, 2007c). I 2006 angav 35 % af patienterne på landsplan, at ventetiden fra henvisning til indlæggelsen på hospitalet var for lang (Enheden for Brugerundersøgelser 2007c). For at opnå viden om hvorvidt der er forskelle på indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser af ventetiden på indlæggelse, spørges patienterne i spørgeskemaet til deres vurdering af ventetidens længde, fra de blev henvist af deres praktiserende læge, til de blev indlagt på hospitalet. Hvad patienterne foretog sig i ventetiden, og hvordan de i øvrigt oplevede den, er patienterne spurgt om i interviewene.

5.5. Kliniske ydelser

Sundhedsvæsenets kliniske ydelser omfatter den behandling og pleje, som patienten modtager i forbindelse med et sygdomsforløb. I forhold til hovedtemaet kliniske ydelser er patienterne spurgt ind til forskellige aspekter af deres oplevelser i forbindelse med forventninger til medicinering, tillid til lægers faglige dygtighed og præferencer i forhold til køn og etnicitet blandt det sygehuspersonale, der skal pleje og behandle dem under indlæggelsen.

Forventninger til medicinering

Enheden for Brugerundersøgelser har tidligere belyst, at indvandrere/efterkommere oplever, at sundhedspersonale i primærsektor har fordomme om, at indvandrere/efterkommere i højere grad end danskere har forventninger om medicinering, hvilket udgør en barriere i forhold til at får videre adgang til hospitalet. Fordomme om indvandreres/efterkommeres forventninger til medicinering, resulterer ifølge de interviewede indvandrere/efterkommere i undersøgelsen i for hurtig ordination af medicinsk behandling samt

manglende undersøgelsesinitiativ og lydhørhed fra lægernes side i primærsektor (Enheden for Brugerundersøgelser 2007a:16-18).

Anden forskning underbygger, at det er en udbredt opfattelse blandt sundhedspersonale, at indvandrere har uforholdsmæssige forventninger til medicinering (Michaelsen et al. 2004:291), og at indvandrere/efterkommere oftere end danskere ønsker medicinering ved fx almindelige virussygdomme (Kristiansen & Nielsen 2004:59). Trods dette har indvandrere/efterkommere i Danmark imidlertid et lavere receptpligtigt medicinforbrug end danskere inden for visse medicintyper (Sundhedsstyrelsen 2006a:4). På baggrund af en manglende viden om hvorvidt indvandreres/efterkommeres forventninger til medicinering adskiller sig fra danskeres, bliver patienterne i spørgeskemaet spurgt om, i hvilken grad de oplever, at deres praktiserende læge medicinerer dem tilstrækkeligt, mens de venter på at blive indlagt på hospitalet.

Tillid til lægers faglige dygtighed

I Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser spørges til patientens grad af tillid til henholdsvis lægernes og plejepersonalets faglige dygtighed (Enheden for Brugerundersøgelser 2007c). For at opnå viden om, hvorvidt tillid til lægers faglige dygtighed varierer i forhold til patienternes etnicitet, spørges patienterne i spørgeskemaet om, i hvilken grad de har tillid til såvel deres praktiserende læges som hospitallægernes faglige dygtighed.

Præferencer i forhold til sygehuspersonales køn og etnicitet

Blandt sundhedspersonale kan der være en opfattelse, at især indvandrere kun vil undersøges af sundhedspersonale af et bestemt køn. Ofte er det opfattelsen af, at en kvindelig indvandrerpatient kun vil lade sig undersøge af en kvindelig læge, der gør sig gældende. Opfattelsen har imidlertid ikke noget dokumenteret grundlag, hvorfor opfattelsen kan betragtes som én af de myter, der er omkring indvandrere/efterkommere, uden at denne myte nødvendigvis har et reelt grundlag (Elverdam 2001:107). Når det kan karakteriseres som en myte, at især kvindelige indvandrerpatienter kun vil lade sig undersøge af en kvindelig læge, hænger det sammen med, at der ikke tidligere er nogen, som har undersøgt om patienter faktisk har præferencer med hensyn til sygehuspersonales køn, og hvordan disse eventuelle præferencer adskiller sig i forhold til patienternes etnicitet. Derfor spørges patienterne i nærværende undersøgelse ind til deres præferencer med hensyn til sygehuspersonalets køn.

Enheden for Brugerundersøgelser har tidligere belyst, at der blandt indvandrere/efterkommere er en oplevelse af, at udenlandske læger opleves at være hurtigere til at diagnosticere patienter end danske læger (Enheden for Brugerundersøgelser 2007a). En nylig undersøgelse[6] viser, at hovedparten af patienter generelt set oplever udenlandske lægers (EU-læger, non-EU-læger) faglige kunnen som værende på samme niveau eller højere niveau end danske læger. Henholdsvis 86 % af patienterne udtrykker tillid til, at de har fået den rette behandling af udenlandske læger, mens 96 % udtrykker tillid til, at de har fået rette behandling af danske læger.

På trods at den generelle tillid til udenlandske lægers faglige dygtighed blandt patienter generelt set, vil 39 % af patienterne imidlertid foretrække at blive behandlet af en dansk læge (Mitchell et al. 2008:1836). Det er blandt andet på denne baggrund, at patienterne i spørgeskemaet spørges til deres præferencer med hensyn til hospitalslægens etnicitet. Når patienterne i spørgeskemaet bliver spurgt ind til deres præferencer med hensyn til både sygehuslægens og plejepersonalets etnicitet, skal det imidlertid også ses i lyset af en manglende viden om, indvandrere/efterkommere foretrækker sygehuspersonale med en etnisk baggrund ligesom dem selv.

6 Undersøgelsen er gennemført i samarbejde mellem Anæstesiologisk Afdeling på Herlev Hospital og Enheden for Brugerundersøgelser og omhandler forudsætninger for udenlandske lægers kliniske arbejde. Undersøgelsen er gennemført som en spørgeskemaundersøgelse på Gentofte Hospital, Glostrup Hospital og Herlev Hospital blandt i alt 1539 udenlandske læger fra EU- og non-EU-lande, danske læger og sygeplejersker på skadestuer og sengeafdelinger, samt indlagte og ambulante patienter (Mitchell et al. 2008:1834).

5.6. Patientoplevede fejl

Patientsikkerhed udgør et væsentligt aspekt i sundhedsloven, der forpligter sundhedspersonale til at indrapportere fejl og utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerheds-Database. Loven forpligter sygehusejerne og Sundhedsstyrelsen til at handle på disse indrapporteringer. (Sundhedsloven § 195-196). Patienternes oplevelser af patientsikkerheden udgør også et væsentligt aspekt, når patientsikkerheden på hospitalerne skal vurderes (Enheden for Brugerundersøgelser 2006:27).

Patientoplevede fejl er ikke nødvendigvis det samme som kliniske fejl. En undersøgelse har vist, at der er uoverensstemmelse mellem patienternes oplevelser af fejl og de kliniske fejl, som lægerne angiver i journalerne (Enheden for Brugerundersøgelser 2006).

Enheden for Brugerundersøgelser har tidligere belyst, at indvandrere/efterkommere oplever manglende undersøgelsesinitiativ og lydhørhed fra lægerne i primærsektor, hvilket ifølge disse patienter indebærer, at de for hurtigt får udleveret medicin og oplever, at der bliver stillet en forkert diagnose (Enheden for Brugerundersøgelser 2007a:16-18). For at opnå viden om, hvorvidt der er forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser af fejl hos deres praktiserende læge, spørges patienterne i spørgeskemaet til, om de hos deres praktiserende læge har oplevet, at der blev begået en eller flere fejl (fx om der blev stillet en forkert diagnose, ordineret forkert medicin, om der skete en administrativ fejl eller en anden fejltype). Derudover spørges patienterne i interviewene ind til om de har oplevet fejl andre steder i deres indlæggelsesforløb.

5.7. Overgange mellem sektorer

Overgange mellem sundhedsvæsenets sektorer er et af de områder, hvor patienter i særlig grad oplever kvalitetsbrist. Generelt set oplever patienter for lidt kontinuitet, utilstrækkelig udveksling af informationer og mangel på samarbejde i overgangene mellem primær- og sekundærsektor[7]. Derfor er der en stigende interesse i at opfylde patienternes behov for et sammenhængende patientforløb (Gut & Freil 2008:69-71), og sundhedsloven har bl.a. til formål at opfylde dette behov (Sundhedsloven § 2). For at undersøge om der er forskel på indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i overgangen fra primær- til sekundærsektor, er de i spørgeskemaet spurgt til, om de vidste, hvor de skulle henvende sig, hvis der opstod ændringer i deres tilstand, mens de ventede på at blive indlagt. Derudover er patienterne i spørgeskemaet spurgt ind til, om de inden indlæggelsen var i kontakt med andre læger end deres praktiserende læge (en praktiserende speciallæge, en vagtlæge, en læge på skadestuen eller en anden læge). Yderligere er patienterne i interviewene spurgt mere uddybende ind til deres oplevelser i overgangen mellem sektorerne.

5.8. Oplevet diskrimination

Enheden for Brugerundersøgelser har tidligere belyst, at indvandrere/efterkommere hos lægerne i primærsektor (fx praktiserende læge, vagtlæge) oplever, at blive mødt med stereotype forestillinger om deres etnicitet, som de mener skaber barrierer i forhold til deres adgang til hospitalet (Enheden for Brugerundersøgelser 2007a:16-18). En undersøgelse viser, at frustration og afmagt blandt sundhedspersonale i forhold til indvandrere/efterkommere fører til, at fordomme om indvandrere/efterkommere kommer til at stå foran fagligheden. Således konkluderes, at indvandrere/efterkommere i sygehusvæsenet forskelsbehandles med de konsekvenser, at de under indlæggelse ikke får lige så meget tid, behandling, pleje og omsorg som danskere, og at de forlader afdelingen med mindre information end danskere. Dette som følge af at personalet udøver

7 Sundhedsvæsenets primærsektor beskæftiger sig med ikke-indlæggelseskrævende tilstande, og omfatter bl.a. alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger, hjemmesygeplejersker. Primærsektor sørger for at visitere brugerne videre til det øvrige sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenets sekundærsektor udgøres af hospitalernes aktiviteter (Vallgårda & Krasnik 2004:33-34).

forskelsbehandling på en indirekte måde og lægger deres ressourcer hos den patient som ligner dem selv mest (Jahn 2002).

Når sundhedspersonale tilbyder ulige behandling til patienter fra forskellige sociale grupper, selvom disse har lige behov, er der tale om forskelsbehandling. I denne sammenhæng er det vigtigt at pointere, at alt socialt liv indebærer forskelsbehandling. Eksempelvis behandles syge personer anderledes end raske personer, ældre personer behandles anderledes end yngre personer. Når forskelsbehandling imidlertid sker udfra illegitime kriterier, er der tale om diskrimination. Kriterier som race, hudfarve, afstamning eller national eller etnisk oprindelse er illegitime kriterier. Sker en forskelsbehandling udfra sådanne kriterier, er der således tale om en ulovlig handling. Der er tale om diskrimination både i de tilfælde, hvor forskelsbehandlingen er tilsigtet, bevidst og direkte, og i de tilfælde, hvor diskriminationen er tilfældig, utilsigtet og indirekte. Det afgørende er ikke hensigten, men virkningen (Togeby & Møller 1999:10-12).

Oplevet diskrimination vedrører den subjektive oplevelse af at blive diskrimineret og adskiller sig fra såkaldt objektiv eller faktisk diskrimination, som er hændelser, hvor der set udfra et juridisk synspunkt er tale om en illegitim og ulovlig forskelsbehandling. Af flere grunde er der sjældent fuld overensstemmelse mellem den objektive og den subjektive diskrimination. Der kan være situationer, hvor der objektivt er tale om en ulovlig forskelsbehandling, men som ikke opleves sådan blandt dem, som udsættes for den, fordi de måske selv oplever forskelsbehandlingen som legitim. Omvendt kan der også være situationer, der subjektivt opleves som situationer, hvor der foregår diskrimination, selvom der objektivt og udfra et juridisk synspunkt ikke er tale om diskrimination. Om man oplever en hændelse som diskriminerende, vil afhænge af, hvor opmærksom man er på muligheden for diskrimination, og på hvor politisk mobiliseret man er. Nogle vil tolke enhver ubehagelig oplevelse som diskrimination, mens andre altid vil finde den forskelsbehandling, som de på baggrund af illegitime kriterier faktisk udsættes for, som berettiget (Togeby & Møller 1999:12-13).

Denne undersøgelse søger at bidrage til at belyse spørgsmålet om diskrimination af indvandrere/efterkommere i sundhedsvæsenet, dens omfang og dens former. I spørgeskemaet spørges indvandrere/efterkommere til, om de i forbindelse med deres indlæggelsesforløb oplever, at de er blevet diskrimineret, fordi de har en anden etnisk baggrund end dansk (fx hos deres praktiserende læge, speciallæge, vagtlæge, skadestue eller på den hospitalsafdeling hvor de var indlagt). Desuden spørges de indvandrere/efterkommere, der oplever diskrimination, til deres vurdering af, i hvilken grad denne diskrimination har haft indflydelse på den pleje og behandling, som de blev tilbudt i forbindelse med indlæggelsesforløbet. Oplevet diskrimination er også et tema i interviewene med indvandrere/efterkommere.

6. Metoder og materialer

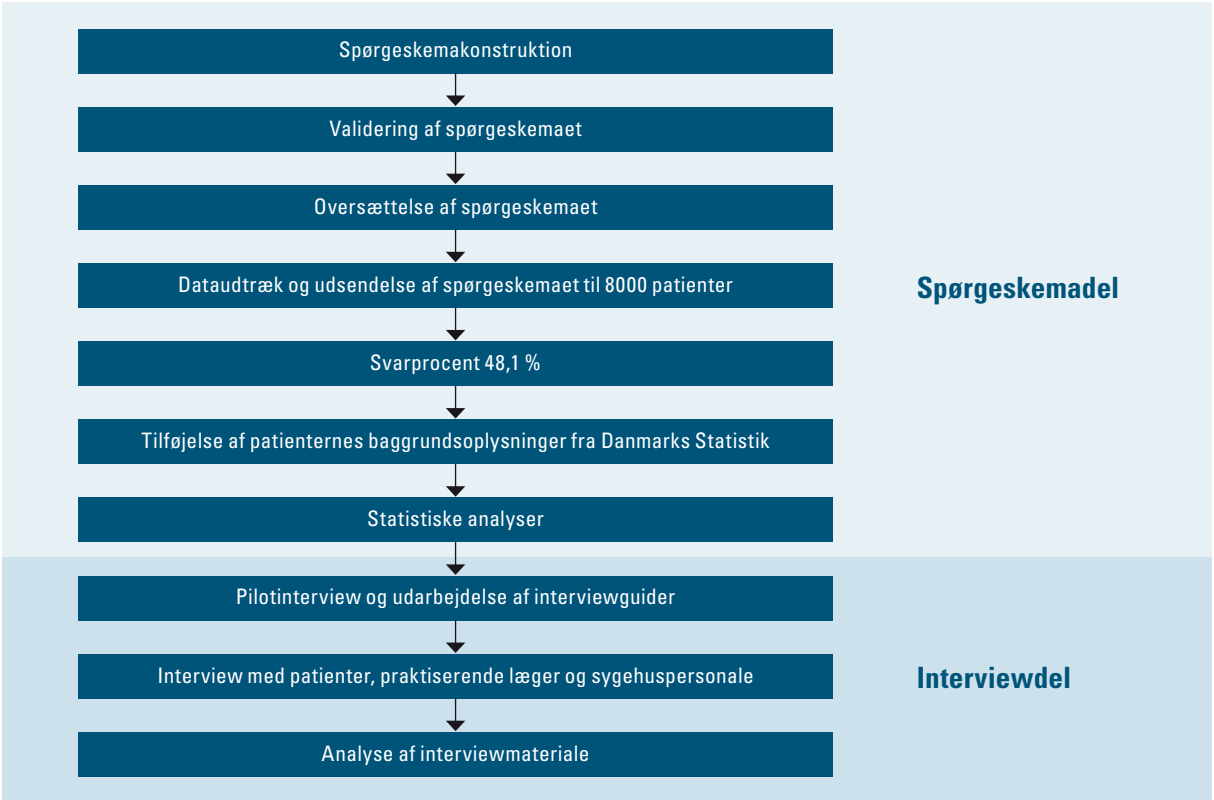
Undersøgelsen er gennemført som en spørgeskema- og interviewundersøgelse, der belyser etniske forskelle i patienters oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. Mens spørgeskemadelen kan anvendes til at måle etniske forskelle i patienternes oplevelser i forløbet, bidrager den efterfølgende interviewdel til en dybtgående forståelse af patienternes oplevelser i forløbet. Yderligere er der foretaget interview med praktiserende læger og sygehuspersonale, med det formål at perspektivere patienternes oplevelser i forhold til, hvordan praktiserende læger og sygehuspersonale oplever kontakten til henholdsvis indvandrere/efterkommere og danskere, og hvordan denne kontakt kan adskille sig fra hinanden.

6.1. Spørgeskemakonstruktion

Spørgeskemaet er udarbejdet på baggrund af erfaringerne fra Enheden for Brugerundersøgelsers tidligere undersøgelse af indvandreres/efterkommeres oplevelser i mødet med det danske hospital, den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), og undersøgelsen af Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær- og Sekundærsektor (POPS) (Enheden for Brugerundersøgelser 2007a, 2007b, 2007c).

Ofte er der en lavere svarprocent og et større bortfald i spørgeskemaundersøgelser blandt indvandrere/efterkommere end danskere. Dette kræver specielle tiltag for at lave spørgeskemaundersøgelser af god kvalitet blandt denne gruppe (Statens Institut for Folkesundhed 2005:97-98; Socialforskningsinstituttet 2006:3). Med hen-

Figur 6.1. Undersøgelsesdesign



blik på at tilstræbe en høj besvarelsesprocent blandt indvandrere/efterkommere, er spørgeskemaet enkelt og kort, så det er nemt at besvare. Spørgeskemaet indeholder i alt 22 spørgsmål, relateret til forløbet fra patienter henvender sig hos praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. Konkret ligger spørgsmålene inden for undersøgelsens hovedtemaer kommunikation, medinddragelse, frit sygehusvalg, ventetid på indlæggelse, kliniske ydelser, patientoplevede fejl, overgange mellem sektorer samt oplevet diskrimination. Spørgeskemaet indeholder desuden et felt, hvor patienterne kan angive deres navn og kontaktoplysninger, såfremt de ønsker at blive kontaktet med henblik på et uddybende interview om deres indlæggelsesforløb på et senere tidspunkt. Spørgeskemaet er tilføjet et løbenummer der i de efterfølgende analyser, gør det muligt at knytte oplysninger om patienternes baggrundsoplysninger via Danmarks Statistiks Forskerservice. Se spørgeskemaet i bilag 1.

Validering af spørgeskema

Spørgeskemaet er inden udsendelse blevet valideret gennem interview med indlagte patienter, der har prøvet at udfylde spørgeskemaet. Valideringen er foretaget med henblik på at sikre, at patienternes forståelse af spørgsmålene er i overensstemmelse med undersøgelsens formål, samt at spørgsmålene er forståelige og meningsfyldte for patienten. For at undgå bortfald på de enkelte spørgsmål samt ikke-respondenter (patienter der ikke besvarer spørgeskemaet), er det vigtigt, at sproget er enkelt og spørgsmålene konkrete og entydige. Således er udvalgte patienter inden udsendelsen af spørgeskemaet spurgt ind til deres egen forståelse af de enkelte spørgsmål og ord, der indgik i spørgeskemaet, anvendeligheden af svarkategorierne, samt til de overvejelser de gjorde sig, da de skulle besvare spørgsmålene. Derudover blev patienterne spurgt om en række generelle formmæssige spørgsmål vedrørende spørgeskemaets længde, udseende m.m., og om der var væsentlige spørgsmål, som de syntes manglede. Spørgeguiden, der blev anvendt til valideringen, er udarbejdet på baggrund af den spørgeguide, der anvendes i den Landsdækkende Undersøgelse af Patienters Oplevelser (LUP).

Valideringen af spørgeskemaet er foretaget blandt både indvandrere/efterkommere og danskere, dog udelukkende på dansk. Valideringen er gennemført blandt indlagte patienter på Hvidovre Hospital, Glostrup Hospital, Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital (Skejby Sygehus) af flere omgange. Spørgeskemaet er løbende blevet justeret i forhold til de fundne vanskeligheder. Resultaterne fra valideringen viser bl.a., at patienterne forstår skelnen mellem at være henholdsvis etnisk dansker og af anden etnisk baggrund end dansk.

Oversættelse af spørgeskema

For at tilstræbe en høj besvarelsesprocent blandt indvandrere/efterkommere, er spørgeskemaet oversat til en række fremmedsprog. Med en oversættelse af spørgeskemaet kan man også undgå eventuel bias i patienternes besvarelser, som fx kan opstå ved, at indvandrere/efterkommere vil svare anderledes, hvis de skal have hjælp fra pårørende til at oversætte spørgsmålene, eller at pårørende ikke oversætter spørgsmålene korrekt (Socialforskningsinstituttet 2006:3).

Spørgeskemaet er oversat til tyrkisk, arabisk, somali, urdu, og farsi. Udvalget af netop disse fremmedsprog er foretaget på baggrund af, at det er disse sprog, som det er forventeligt, at indvandrere/efterkommere med den hyppigste hospitalskontakt[8] taler, samt at det samtidig er disse sprog, som det kan forventes, at flest indvandrere/efterkommere taler i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark[9]. Da oplysninger om patienternes etnicitet først er beriget datasættet, efter patientbesvarelserne er kommet retur, har det med et sådant undersøgelsesdesign ikke være muligt, at vide noget om patienternes oprindelsesland og muligt modersmålssprog inden udsendelsen af spørgeskemaet. Spørgeskemaet er yderligere oversat til engelsk

8 Inden for gruppen af indvandrere/efterkommere er sygehuskontakten særlig hyppig for somaliere, libanesere, irakere, pakistanere, marokkanere og tyrkere (Sundhedsstyrelsen 2006a).

9 1. januar 2006 var de største indvandrere/efterkommeregrupper i Københavns, Glostrup, Hvidovre, Odense og Århus Kommune registreret med et oprindelsesland i Eksjugoslavien, Marokko, Somalia, Irak, Iran, Libanon og Pakistan (Danmarks Statistik 2007c).

for at tilstræbe, at personer, der hverken taler dansk eller et af de øvrige fremmedsprog, som spørgeskemaet er oversat til, alligevel har en mulighed for at besvare spørgeskemaet.

For at opnå en optimal oversættelse af spørgeskemaet, der lever op til de standarder, der er for oversættelse af spørgeskemaer til videnskabeligt formål (Statens Institut for Folkesundhed 2005:99-100), er der foretaget både oversættelse og tilbageoversættelse af spørgeskemaet. For hvert sprog spørgeskemaet er oversat til, har en oversætter først oversat spørgeskemaet fra dansk til et fremmedsprog, hvorefter en anden oversætter har tilbageoversat spørgeskemaet fra et fremmedsprog til dansk.

6.2. Dataudtræk

Enheden for Brugerundersøgelser har udtrukket patienter til undersøgelsen gennem CSC Scandihealth. Der er udtrukket 2000 patienter, der har været indlagt i perioden 1. oktober til 21. december 2007, fra hvert af følgende hospitaler: Hvidovre Hospital, Glostrup Hospital, Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital (Skejby Sygehus). Dette er hospitaler der på landsplan havde flest udskrevne indvandrere/efterkommere i 2006. I udtrækket er der udelukkende heldøgnsindlagte, somatiske patienter (indlæggelses- og udskrivelsesdato skal være forskellig). Patienter med diagnoserne DO00-DO08 (svangerskab, der ender med abort), DZ34 (svangerkontrol ved normal graviditet) og DZ38 (levendefødte børn) er blevet frasorteret stikprøven. Patienterne indgår kun én gang i stikprøven, med deres seneste udskrivelse i inklusionsperioden.

Danmarks Statistiks Forskningsservice må ikke berige et udefrakommende datasæt (eksempelvis udtrækket fra CSC Scandihealth), og dernæst udlevere disse personfølsomme data til brug i udvælgelsen af respondenter. Når et udefrakommende datasæt er blevet beriget med oplysninger fra Danmarks Statistiks Forskningsservice, er det kun tilladt at lave analyser på gruppeniveau. Endvidere må et adresserings- og kuverteringsbureau ifølge persondataloven ikke behandle [10] personfølsomme oplysninger (Datatilsynet 2000:19). I praksis betyder dette, at man ikke må orientere et kuverteringsbureau, om hvilke patienter, der ved udsendelse af spørgeskema, skal have tilsendt et spørgeskema på et bestemt sprog udfra oplysninger om patienternes etnicitet.

For at sikre at persondataloven overholdes, består dataudtrækket, som Enheden for Brugerundersøgelser har foretaget, af 8000 tilfældigt udvalgte patienter. Med et tilfældigt udvalg af patienter, er det som udgangspunkt ikke muligt at skelne mellem patienternes etnicitet. Først efter patientbesvarelserne er kommet retur, er data i analysefasen sammenført med data fra Danmarks Statistiks Forskerservice. Dette er sket ved hjælp af de løbenumre, som er påført spørgeskemaerne, samt brug af en CPR-nøglefil. På denne måde er der opnået viden om patienternes baggrundsoplysninger; etnicitet (indvandrere/efterkommere fra ikke-vestlige lande og danskere), indlæggelsesform (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning, og uddannelsesniveau. I denne undersøgelse er der således mulighed for at belyse sammenhæng med socioøkonomiske forhold. En mulighed som ellers mangler i langt størstedelen af de undersøgelser, der sætter fokus på indvandrere/efterkommere (Statens Institut for Folkesundhed 2007:34). Efter datasættet er beriget med baggrundsoplysninger, er datasættet blevet fuldstændigt anonymiseret.

6.3. Dataindsamling

Spørgeskemaet blev udsendt den 6. februar 2008. Patienterne havde mulighed for at besvare spørgeskemaet på ét af syv sprog (dansk, engelsk, tyrkisk, arabisk, farsi, urdu og somali), hvis de besvarede spørgeskemaet i papirform. Valgte patienterne at besvare spørgeskemaet på en angiven hjemmeside på Internettet, havde de kun mulighed for at besvare spørgeskemaet på dansk eller

10 Behandling dækker over enhver form for håndtering af oplysninger, fx indsamling, registrering, systematisering, opbevaring, ændring, søgning, videregivelse, samkøring, tilintetgørelse m.m. (Datatilsynet 2000:4).

engelsk. 14 dage efter udsendelse af spørgeskemaet blev der udsendt et påmindelsesbrev til patienterne. Spørgeskemaets løbenummer muliggjorde at påmindelsesbrevet kun blev sendt til de patienter, hvis besvarelse endnu ikke var blevet registreret.

I planlægningen af dataindsamlingen er der taget højde for, at der sideløbende med undersøgelsen ikke gennemføres andre lignende undersøgelser i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark. Dataindsamlingsperiode er afpasset i forhold til, at opnå et antal af patienter per hospital, der gør det muligt at gennemføre de statistiske analyser med en acceptabel statistisk sikkerhed (2000 patienter pr. hospital). Inden udsendelsen af spørgeskemaet er stikprøven sammenkørt med CPR-registret for at sikre at eventuelle døde patienter er blevet frasorteret stikprøven.

6.4. Svarprocent

Stikprøven på 8000 patienter bestod af personer registreret med oprindelsesland i 90 forskellige lande, inklusiv Danmark. Af de 8000 udsendte spørgeskemaer kunne 255 spørgeskemaer ikke leveres til patienten, da patienten efter CPR-opdateringen enten var død eller ikke fandtes på adressen. Den endelige stikprøve består dermed af 7745 patienter. 3729 personer besvarede spørgeskemaet. Svarprocenten på 48,1 % ligger lidt lavere end niveauet for andre målinger af patientoplevet kvalitet, der typisk har en svarprocent på mellem 50 % og 55 %. Med denne undersøgelses metodiske udfordringer taget i betragtning, fx i forbindelse med udsendelse af spørgeskemaet på flere sprog til samtlige patienter, vurderer Enheden for Brugerundersøgelser svarprocenten for værende tilfredsstillende.

343 har besvaret spørgeskemaet på Internettet, svarende til 9,2 % af besvarelserne. Samtlige besvarelser fra internettet er besvaret på dansk. Ligeledes er langt størstedelen af besvarelserne i papirform også besvaret på dansk. 2,8 % af besvarelserne er på et fremmedsprog, svarende til i alt 105 besvarelser. Erfaringerne viser, at selvom nogle patienter i spørgeskemaet vurderer, at de i høj grad eller i nogen grad i forbindelse med indlæggelsesforløbet har haft behov for en tolk, har de alligevel besvaret spørgeskemaet på dansk. Dette kan tyde på, at disse patienter har fået hjælp af fx pårørende til at udfylde spørgeskemaet.

Det er ikke muligt at knytte oplysninger om patienternes dansker-, indvandrer-, eller efterkommerstatus for 59 patienter i stikprøven, hvorfor disse er udeladt af undersøgelsens analyser. Ligeledes indgår indvandrere og efterkommere fra vestlige lande ikke i analyserne. Det endelige datamateriale, der anvendes i de statistiske analyser, udgøres derfor af i alt 3591 patientbesvarelser.

Svarprocenten i nærværende undersøgelse er signifikant lavere for indvandrere/efterkommere end for danskere. Svarprocenten er for danskere 49,7 %, mens den er 35,6 % for indvandrere/efterkommere[11].

Stikprøvegrundlaget for analyserne baserer sig på 89 % danskere (6641), og 11 % indvandrere/efterkommere (811). Blandt indvandrerne/efterkommerne i stikprøvegrundlaget er 579 indvandrere og 232 efterkommere.

6.5. Repræsentativitet (bortfaldsanalyse)

Der er udarbejdet en bortfaldsanalyse med henblik på at vurdere, om de besvarede spørgeskemaer giver et repræsentativt billede af stikprøven. Bortfaldsanalysen belyser således, om de patienter, der har besvaret spørgeskemaet, adskiller sig væsentligt fra de patienter, der ikke har besvaret spørgeskemaet, i forhold til en række faktorer. De faktorer, der inddrages i bortfaldsanalysen, er baggrundsvariablene: køn, alder, etnicitet (indvandrere fra ikke-vestlige lande/efterkommere eller dansker), indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning[12] og uddannelsesniveau (se tabel 6.2 - 6.7).

11 Svarprocenten for indvandrer og efterkommere fra vestlige lande på 49,6 % er derimod på niveau med svarprocenten for danskere.

12 Erhvervstilknytningen henviser til Danmarks Statistiks socioøkonomiske klassifikation af personer. Den socioøkonomiske klassifikation dannes af Danmarks Statistik udfra oplysninger om væsentligste indkomstkilde for personen. Udfra indkomstkilden fastlægges om personen er selvstændig erhvervsdrivende, medarbejdende ægtefælle, lønmodtager, arbejdsløs eller om personen er uden for arbejdsstyrken, henunder pensionist, kontakthjælpsmodtager eller uddannelsessøgende (Danmarks Statistik 2008).

Tabel 6.1. Svarprocent

	Stikprøve	Svar	Svarprocent
Danskere	6641	3302	49,7 %
Indvandrere/efterkommere	811	289	35,6 %

Forskellen mellem indvandrere/efterkommere og danskere er signifikant ved ordinal logistisk regressionsanalyse, hvor køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau er inkluderet i modellen (p<0,05).

Tabel 6.2. Svarprocenter fordelt på køn

	Samlet svarprocent	Kvinder	Mænd
Danskere	49,7	0,0	+0,1
Indvandrere/efterkommere	35,6	-0,1	+1,2

Bemærk at der ikke er signifikant forskel mellem svarprocenterne i forhold til de ovenstående kategorier (p=0,05).

Tabel 6.3. Svarprocenter fordelt på alder

	Samlet svarprocent	0-19 år	20-39 år	40-59 år	60-79 år	80+ år
Danskere *	49,7	-8,7	-8,7	+2,2	+10,6	-12,5
Indvandrere/efterkommere *	35,6	-3,4	-8,9	+5,8	+7,7	+2,9

* Der er signifikant forskel mellem svarprocenterne i forhold til ovenstående kategorier (p<0,05).

Tabel 6.4. Svarprocenter fordelt på indlæggelsesform

	Samlet svarprocent	Akut indlagte	Planlagte indlagte
Danskere*	49,7	-4,0	+10,8
Indvandrere/efterkommere*	35,6	-2,4	+10,2

*Der er signifikant forskel mellem svarprocenterne i forhold til ovenstående kategorier (p<0,05).

Tabel 6.5. Svarprocenter fordelt på bruttoindkomst (i 1.000kr)

	Samlet svarprocent	< 100 kr.	100-200 kr.	200-300 kr.	300-400 kr.	> 400 kr.
Danskere*	49,7	-6,0	-3,0	+6,6	+8,9	+7,0
Indvandrere/efterkommere	35,6	-1,5	-0,4	+0,5	+8,4	+35,8

*Der er signifikant forskel mellem svarprocenterne i forhold til ovenstående kategorier (p<0,05).

Tabel 6.6. Svarprocenter fordelt på højest erhvervede uddannelse

	Samlet svarprocent	Grund-skoleniveau	Gymnasial uddannelse	Erhvervsfaglig uddannelse	Videregående uddannelser		
					Kort	Mellem-lang	Lang
Danskere	49,7	-3,3	+1,7	+5,3	+7,6	+10,2	+6,6
Indvandrere/efterkommere*	35,6	-6,2	+3,6	+3,2	+20,0	+14,4	+35,8

Der er signifikant forskel mellem svarprocenterne i forhold til ovenstående kategorier (p<0,05).

Tabel 6.7. Svarprocenter fordelt på erhvervstilknytning

	Samlet svarprocent	Børn/andre	Pension og efterløn	Uddannelses-søgende	Overførelses-indkomst	I arbejde
Danskere*	49,7	-8,8	-0,1	-12,1	-8,1	+5,9
Indvandrere/efterkommere	35,6	+0,2	+0,1	-2,3	-1,5	+3,0

*Der er signifikant forskel mellem svarprocenterne i forhold til ovenstående kategorier (p<0,05).

Tabel 6.8. Patienternes køn

	Indvandrere/efterkommere		Danskere	
Køn	**Antal**	**Procent**	**Antal**	**Procent**
Kvinde	142	49,1	1754	53,1
Mand	147	50,9	1548	46,9
I alt	289	100,0	3302	100,0

Tabel 6.9. Patienternes alder

	Indvandrere/efterkommere		Danskere	
Alder	**Antal**	**Procent**	**Antal**	**Procent**
0-19 år	75	26,0	446	13,5
20-39 år	50	17,3	361	10,9
40-59 år	101	35,0	837	25,4
60-79 år	58	20,1	1358	41,1
80+ år	5	1,7	300	9,1
I alt	289	100,0	3302	100,0

Tabel 6.10. Patienternes indlæggelsesform

	Indvandrere/efterkommere		Danskere	
Indlæggelsesform	**Antal**	**Procent**	**Antal**	**Procent**
Akut indlagt	218	75,4	2199	66,6
Planlagt indlagt	71	24,6	1103	33,4
I alt	289	100,0	3302	100,0

Tabel 6.11. Patienternes bruttoindkomst

	Indvandrere/efterkommere		Danskere	
Bruttoindkomst	**Antal**	**Procent**	**Antal**	**Procent**
< 100.000 kr.	142	49,1	743	22,5
100.000-200.000 kr.	95	32,9	1164	35,3
200.000-300.000 kr.	31	10,7	708	21,4
300.000-400.000 kr.	11	3,8	417	12,6
> 400.000 kr.	10	3,5	270	8,2
I alt	289	100,0	3302	100,0

I bortfaldsanalysen er der fundet forskelle med hensyn til alder, indlæggelsesform, højest erhvervede uddannelse for både indvandrere/efterkommere og danskere. For begge patientgrupper er der en overrepræsentation af planlagt indlagte patienter, samt en underrepræsentation af patienter, hvis højest erhvervede uddannelse er svarende til grundskoleniveau. For danskerene er der en underrepræsentation af helt unge i alderen 0-19 år, de 20-39 årige og de ældre over 80 år. For indvandrere/efterkommere er personer over 40 år overrepræsenteret, mens patienterne i de øvrige alderskategorier er underrepræsenteret. Derudover er der blandt danskere fundet signifikant variation i forhold til deres bruttoindkomst samt erhvervstilknytning. Blandt danskere er personer med en bruttoindkomst under 200.000 kr., samt uddannelsessøgende, personer der modtager overførelsesindkomster (fx kontakthjælpsmodtagere, arbejdsløse, modtagere af sygedagpenge, orlov m.m.), børn og andre personer underrepræsenteret.

Tabel 6.12. Patienternes højest erhvervede uddannelse*

	Indvandrere/efterkommere		Danskere	
Uddannelse	**Antal**	**Procent**	**Antal**	**Procent**
Grundskoleniveau	72	40,9	1024	36,6
Gymnasial uddannelse	20	11,4	110	3,9
Erhvervsfaglig uddannelse	41	23,3	1050	37,5
Kort videregående uddannelse	15	8,5	102	3,6
Mellemlang videregående uddannelse	13	7,4	365	13,0
Lang videregående uddannelse	15	8,5	151	5,4
I alt	176	100,0	2802	100,0

* For i alt 613 indvandrere/efterkommere og danskere fandtes der hos Danmarks Statistik ikke oplysninger om deres uddannelsesniveau.

Tabel 6.13. Patienternes erhvervstilknytning*

	Indvandrere/efterkommere		Danskere	
	Antal	**Procent**	**Antal**	**Procent**
Børn og andre	34	14,5	169	5,6
Pensionister og efterlønsmodtagere	75	32,1	1446	48,0
Uddannelsessøgende	10	4,3	67	2,2
Modtager af overførselsindkomst	46	19,7	122	4,1
I arbejde	69	29,5	1208	40,1
I alt	234	100,0	3012	100,0

* For i alt 345 indvandrere/efterkommere og danskere fandtes der hos Danmarks Statistik ikke oplysninger om deres erhvervstilknytning inden for kategorierne pensions- og efterlønsmodtagere, uddannelsessøgende, modtagere af overførselsindkomster, personer i arbejde eller børn/andre.

I samtlige analyser, der belyser eventuelle forskelle i indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser, er der ved ordinal logistisk regressionsanalyse justeret for baggrundsvariablene.

6.6. Patienternes baggrundsoplysninger

De 3591 patienter, der indgår i undersøgelsen, er ikke bare forskellige med hensyn til deres etnicitet. Patienterne er også forskellige med hensyn til de øvrige baggrundsvariable: køn, alder, indlæggelsesmåde (akut/planlagt), bruttoindkomst, erhvervstilknytning og uddannelsesniveau (se tabel 6.8-6.13). Internt i de to patientgrupper er patienterne også socialt forskellige. Af de 289 indvandrere/efterkommere der indgår i undersøgelsen, er 221 indvandrere og 68 efterkommere af en indvandrer. Indvandrerne/efterkommerne der indgår i undersøgelser har oprindelsesland i 47 forskellige ikke-vestlige lande.

6.7. Statistiske analysemetoder

Da undersøgelsens primære formål er at sammenligne indvandreres/efterkommeres og danskeres patientoplevelser, er det væsentligt, at analyserne kan gennemføres på et sammenligneligt grundlag. Til analyserne af forskelle i indvandreres/efterkommeres og danskeres patientoplevelser, anvendes primært ordinale logistiske regressionsanalyser, hvor modellen indeholder patienternes baggrundsoplysninger. Således tages der højde for de forskelle, der er fundet i bortfaldsanalysen. De viste signifikanssandsynligheder (p-værdier) i fordelingerne, der er illustreret i rapporten, stammer fra Chi^2-testen.

6.8. Udarbejdelse af interviewguide

Med henblik på at interviewe patienter, praktiserende læger og sygehuspersonale har Enheden for Brugerundersøgelser udarbejdet tre forskel-

Tabel 6.14. Interviewede patienter

Køn	Alder	Etnicitet	Diagnose
Mand	33 år	Pakistansk efterkommer	Astma
Kvinde	37 år	Serbisk indvandrer (16 år i Danmark)	Muskelsmerter i arm
Mand	52 år	Kurdisk indvandrer (21 år i Danmark)	Nethindeløsning i øje
Mand	36 år	Sierraleonsk indvandrer (15 år i Danmark)	Diskusprolaps
Mand	69 år	Kuwaitisk indvandrer (14 år i Danmark)	Forsnævrede kar i hjertet
Mand	55 år	Irakisk indvandrer (1 ½ år i Danmark)	Forsnævrede kar i hjertet
Kvinde	29 år	Marokkansk efterkommer	Diagnose ukendt
Kvinde	53 år	Dansker	Sklerose
Kvinde	63 år	Dansker	Tarmprolaps
Kvinde	55 år	Dansker	Udposning på tarm
Kvinde	87 år	Dansker	Smerter i ryg
Kvinde	22 år	Dansker	Lammelse af stemmebånd
Mand	34 år	Dansker	Grå stær
Mand	30 år	Dansker	Lyskebrok

lige interviewguider (se bilag 2-4). Der er foretaget ét pilotinterview med en pakistansk indvandrer, for at afprøve interviewguiden til patienterne. Interviewspørgsmålene er udformet således, at de tematisk forholder sig til undersøgelsens hovedtemaer, og dynamisk kan fremme en god interaktion mellem interviewer, og de som interviewes. Interviewguiderne er anvendt til at bevare interviewets fokus. Der er dog også drøftet andre emner under interviewene, der ikke indgår i interviewguiderne.

6.9. Kontakt til patienter, sygehuspersonale og praktiserende læger

I spørgeskemaet er patienterne blevet spurgt, om Enheden for Brugerundersøgelser må kontakte dem igen, med henblik på en uddybende samtale om deres oplevelser i forløbet, fra de henvender sig hos deres praktiserende læge, til den første tid de er indlagt på hospital. I alt 1921 patienter svarede ja til dette spørgsmål og angav deres kontaktoplysninger. Både personer, der har besvaret spørgeskemaet på dansk og på et fremmedsprog, har udvist interesse for at blive kontaktet. I udvælgelsen af patienter til interview er der både udvalgt patienter, der har besvaret spørgeskemaet på dansk og på et fremmedsprog.

Patienterne, der er udvalgt til at deltage i et interview, er kontaktet enten telefonisk eller via brev. De patienter, der har besvaret spørgeskemaet på et fremmedsprog, og som Enheden for Brugerundersøgelser har ønsket at kontakte, er blevet ringet op af en tolk på enhedens vegne. De praktiserende læger, som er interviewet, er kontaktet gennem praksiskoordinatorer, der har formidlet kontakt til praktiserende læger i optageområderne omkring Hvidovre Hospital, Glostrup Hospital, Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital (Skejby Sygehus). Kontakten til det sygehuspersonale, der indgår i undersøgelsen, er formidlet gennem bl.a. overlæger på afdelinger på de fire sygehuse, der indgår i undersøgelsen.

6.10. Interviewpersonerne

Syv indvandrere/efterkommere har deltaget i et interview. Blandt de interviewede indvandrere/efterkommere er der både mænd og kvinder i alderen 29-69 år. Fem er indvandrere, og to er efterkommere. Der er også interviewet syv danskere, der er tilsvarende både mænd og kvinder i alderen 22-87 år. Både blandt indvandrerne/efterkommerne og danskerne er der forskel på uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Nogle er højtuddannede, andre er lavtuddannede. Nogle er i arbejde, andre er sygemeldt, under uddannelse eller pensioneret. Der er også både blandt indvandrere/efterkommere og danskere

stor forskel på, hvad patienterne har været indlagt for. I tabel 6.14. ses en oversigt over de interviewede patienters køn, alder, etnicitet og diagnose. Diagnoserne, der er angivet, er patienternes egne beskrivelser af deres diagnoser.

I undersøgelsen indgår fire interview med praktiserende læger. De praktiserende læger har praksis i optageområderne omkring Hvidovre Hospital, Glostrup Hospital, Odense Universitetshospital og Århus Universitetshospital (Skejby Sygehus). Fælles for de praktiserende læger er, at de har flere års erfaring med indvandrere/efterkommere i deres praksis. De praktiserende læger skønner, at 20-30 % af patienterne i deres praksis er indvandrere/efterkommere. De praktiserende læger er 40-60 år, og af forskelligt køn.

Der er foretaget syv interview med medarbejdere blandt sygehuspersonalet på de fire hospitaler, der indgår i undersøgelsen. Sygehuspersonalet er ansat på børneafdelinger, medicinske afdelinger og gynækologisk/obstetrisk afdelinger. Blandt det interviewede sygehuspersonale er der både læger, én jordemoder, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Sygehuspersonalet er i alderen 30-55 år og af forskelligt køn. Størstedelen af sygehuspersonalet er ansat på sengeafsnit, mens enkelte i deres arbejde har erfaringer med indvandrere/efterkommere fra både sengeafsnit og ambulatorier.

6.11. Interviewsituationer

Interviewene med både patienter, praktiserende læger og sygehuspersonale er gennemført henover forår/sommer 2008. Interviewene med patienterne blev afholdt enten i patienternes eget hjem eller i Enheden for Brugerundersøgelsers lokaler. De praktiserende læger er interviewet i deres egen praksis, mens sygehuspersonalet er interviewet på de sygehuse, hvor de arbejder, eller i andre lokaler tilknyttet hospitalet. I to af interviewene med indvandrere er der anvendt arabisk tolk.

Udenlandske erfaringer viser, at interviewerens egen etnicitet kan være afgørende for svarene som interviewpersonen giver. I en dansk kontekst mangler der forskning på dette område, om end man kan forestille sig, at samspillet mellem interviewerens og interviewpersonens etnicitet kan påvirke besvarelserne inden for følsomme temaer (Socialforskningsinstituttet 2006:16). Metodeerfaringer viser, at det kan være en fordel, hvis intervieweren i en interviewsituation med indvandrere/efterkommere er en person, der ikke selv er indvandrer/efterkommer, idet indvandrere/efterkommere erfaringsmæssigt kan udvise modvilje mod at besvare personlige spørgsmål eller at tale om ømtålelige emner, hvis intervieweren selv er indvandrer/efterkommer (Statens Institut for Folkesundhed 2005:98). I samtlige interview med indvandrere/efterkommere har intervieweren været dansk.

6.12. Analysemetoder til interview

Det transskriberede interviewmateriale er udskrevet ordret efter de indspillede lydfiler. Sproglige udtryk, som betoner samtalens stemningsudsving og emotionelle tone m.m., og på den måde har været med til at understrege og tydeliggøre de interviewedes synspunkter, er medtaget. I analyserne af det transskriberede interviewmateriale er der anvendt en temacentreret tilgang og en efterfølgende meningskondenserende analysemetode (Thagaard 2002:153ff; Kvale 2004:192ff). Udfra en indgående gennemlæsning af interviewmaterialet er der foretaget en tematiseringen af interviewmaterialet ved at fokusere på de emner, der i særlig grad optog de interviewede. Herudfra er der udarbejdet en række analytiske temaer, som siden er blevet meningskondenseret.

At nogle patienter, praktiserende læger eller medarbejdere blandt sygehuspersonalet er citeret oftere i resultatafsnittet betyder ikke, at de interviewede personer ikke indgår ligeligt i undersøgelsens analyser, men blot at nogle mennesker udtrykker sig mere klart, og undersøgelsesresultaterne ønskes fremført i et klart sprog. De danske patienter er dog kun citeret dér, hvor analyserne af interviewene har vist, at de danske patienters oplevelser adskiller sig fra indvandreres/efterkommeres oplevelser.

7. Litteratur

Amtsrådsforeningen m.fl (2003)
Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellemmenneskelige relationer, anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. Århus: Amtsrådsforeningen m.fl., http//dev.patient-relationer.dk/site/1/files/File/rapporter/rap352.pdf.

Austveg, Berit (1998)
Sundhedssektoren og indvandrere. København: Hans Reitzels Forlag.

Benbasset J et al.
Patients' Preferences for Participation in Clinical Decision Making: A review of published Surveys. *Behavioral medicine*, 1998, vol. 24: 81-88.

Danmarks Statistik (2007a)
Varedeklaration: Indvandrere og efterkommere, http://www.dst.dk/Vejviser/dokumentation/Varedeklarationer/emnegruppe/emne.aspx?sysrid=86571

Danmarks Statistik (2007b)
Vestlige/Ikke-vestlige lande, http://www.dst.dk/Vejviser/Portal/Befolkning/Definitioner/IELANDG3.aspx

Danmarks Statistik (2007c)
Folketal 1. januar efter tid, område, oprindelsesland og herkomst, http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1280

Danmarks Statistik (2008)
Højkvalitetsdokumentation – SOCIO02 – Variabelbeskrivelse, http://www.dst.dk/tilsalg/forskningsservice/hkt4forsker/hkt4_variabel_liste_forsker/hkt4_variabel.aspx?fk=10077

Datatilsynet (2000)
Persondataloven. Herlev: Datatilsynet.

Dyhr, Lise & Hamerik, Nina (2006)
"Tolkeanvendelse i arbejdet med flygtninge og indvandrerpatienter". I: Dyhr, Lise et al. (red.) (2006): Indvandrermedicin. Særtryk fra Månedsskrift for praktisk lægegerning.

Elverdam, Beth (2001)
"Sundheds- og sygdomsbegreber – i et kulturelt perspektiv". I: Andersen, Jens Hjort & Jensen, Anne Dorthe Roland (red.) (2001): Etniske minoriteter. Kulturmøder i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard.

Enheden for Brugerundersøgelser (2007a)
Etniske minoriteters oplevelser i mødet med det danske sygehus. En kvalitativ undersøgelse af forældres oplevelser under deres barns indlæggelse på en børneafdeling. København. Enheden for Brugerundersøgelser.

Enheden for Brugerundersøgelser (2007b)
Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor POPS. Forsknings- og udviklingsrapport om tværsektorielt samarbejde. København: Enheden for Brugerundersøgelser.

Enheden for Brugerundersøgelser (2007c)
Patienters oplevelser på landets sygehuse 2006. Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.045 indlagte patienter. København: Enheden for Brugerundersøgelser.

Enheden for Brugerundersøgelser (2006)
To sider. Samme sag. Undersøgelse af patienters oplevelser af fejl og patientjournalers oplysninger om utilsigtede hændelser. København: Enheden for Brugerundersøgelser.

Enheden for Brugerundersøgelser (2005)
Patienters oplevelser på landets sygehuse 2004. Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.300 indlagte patienter. København: Enheden for Brugerundersøgelser.

Enheden for Brugerundersøgelser (2003)
Patienters vurderinger af landets sygehuse 2002. Spørgeskemaundersøgelse bland 32.000 patienter. København. Enheden for Brugerundersøgelser.

Enheden for Brugerundersøgelser (2001)
Patienters vurderinger af landets sygehuse. Spørgeskemaundersøgelse blandt 34.000 patienter. København: Enheden for Brugerundersøgelser.

Gallagher TH et al. (2003)
Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA*, 2003, vol. 26, no. 8: 1001-7.

Gut, Rikke & Freil, Morten (2008)
Patientperspektivet som grundlag for forbedring af det tværsektorielle samarbejde. *Månedsskrift for praktisk lægegerning,* januar 2008, 86.årgang.

H:S Direktionen (2001)
"Se forskelle som en udfordring – om patienter og medarbejdere i H:S med anden etnisk baggrund". I: H:S Direktionen (2002): *Handlingsplan for etnisk ligestilling i H:S og baggrundsnotatet "Se forskelle som en udfordring – om patienter og medarbejdere i H:S med anden etnisk baggrund end dansk"*. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab.

H:S Direktionen (2002)
"Handlingsplan for etnisk ligestilling i H:S". I: H:S Direktionen (2002): *Handlingsplan for etnisk ligestilling i H:S og baggrundsnotatet "Se forskelle som en udfordring – om patienter og medarbejdere i H:S med anden etnisk baggrund end dansk"*. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Jacobsen E, Karise S, Dyhr, L (2004)
Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder og det danske sundhedsvæsen. Rapport fra et pilotprojekt. DSI Institut for Sundhedsvæsen. DSI rapport 2004.04.

Jahn, Anette Wilhjelm (2002)
Usynlig forskelsbehandling. De taknemmelige får bedst pleje. *Sygeplejersken* 2002; 102 (16), pp.:36-43.

Kristiansen, Maria & Nielsen, Anna Mygind (2004)
Komplekse møder. Hospitalspersonalets oplevelser af mødet med etniske minoritetspatienter på en børneafdeling. Speciale. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Kvale, Steinar (2004)
Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København, Hans Reitzels Forlag.

Lov om behandling af personoplysninger.
Lov nr. 429 af 31. maj 2000, https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=828

Mainz J, Rosenberg R, Jørgensen P (2002)
Psykiatri: Forskning, teknologivurdering og kvalitetsudvikling. København: Munksgaard Danmark.

Michaelsen JJ, Krasnik A, Nielsen AS, Nørredam M, Torres AM (2004)
Health professionals' knowledge, attitudes and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish hospital. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004;32(4):287-295.

Mitchell AU, Tabaei FH, Østergaard D, Freil M (2008)
Forudsætninger for udenlandske lægers kliniske arbejde – vurderet af dansk sundhedspersonale, patienter og udenlandske læger. *Ugeskrift for læger,* 170/21, s. 1833-1838.

Nielsen, Annika & Pultz, Gitte (2006)
Patienttilfredshed: Indsigt i hvilken betydning faktorerne medinddragelse, konnunikation og kontinuitet har for patienters oplevelser af sammenhæng under indlæggelsesforløbet. Sygeplejeuddannelsen 2006.

Nielsen, Anne (2002)
Sundhedsvæsenet og de etniske minoriteter. AMID working paper series 28/2002.

Rankin N et al. (2000)
Consumer participation in the development of psychosocial clinical practice guidelines: opinions of woman with breast cancer. European Journal of Cancer Care, 2000, 9: 97-104.

Roland, Anne-Dorthe (2002)
Kulturmøder I sundhedsvæsenet – tværkulturel kommunikation. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning* 2/2002.

Socialforskningsinstitutet (2006)
En pilotundersøgelse blandt indvandrere fra Tyrkiet. Arbejdspapir 16:2006. København: Socialforskningsinstituttet.

Statens Institut for Folkesundhed (2007)
Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed.

Statens Institut for Folkesundhed (2005)
Sundhedsforhold blandt etniske minoriteter – en litteraturgennemgang. Statens Institut for Folkesundhed. Arbejdsnotat, december 2005.

Sundhedsloven
Lov nr. 546 af 24. juni 2005, http://www.im.dk/artikler_im_dk/Files/Fil1/3857.pdf

Sundhedsstyrelsen (2007a)
Temarapport 2007. Sprogproblemer mellem sundhedspersonale og fremmedsprogede patienter, http://www.dpsd.dk/opload/tema_sprog.pdf København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2007b)
Mulighed for at blive modelhospital i Sundhedsstyrelsens modelprojekt om kulturelle mediatorer i sygehusvæsenet, http://www.sst.dk/upload/nyheder/brev_kontaktperson_nfs07.pdf

Sundhedsstyrelsen (2006a)
Etniske minoriteter – sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Et registerstudie. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2006b)
Udenlandske erfaringer med anvendelse af kulturelle mediatorer i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2006c)
Etniske minoriteters opfattelse af sundhedsrisici – betydningen af etnicitet og migration. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998
https://retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21075

Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998
https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21076

Togeby, Lise & Møller, Birgit (1999)
Oplevet diskrimination. En undersøgelse blandt etniske minoriteter. København: Nævnet for etnisk ligestilling.

Thagaard, Tove (2002)
Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.

Vallgårda, Signild & Krasnik, Allan (2004)
Sundhedstjeneste og sundhedspolitik. En introduktion. København: Munksgaard.

BILAG

Bilag 1: Spørgeskemaet

Dansk

SPØRGESKEMA OM PATIENTERS OPLEVELSER I OVERGANGEN FRA DERES PRAKTISERENDE LÆGE TIL SYGEHUSET

Spørgeskemaet besvares udfra dine oplevelser i forbindelse med det indlæggelsesforløb der er angivet i følgebrevet. Spørgsmålene i skemaet besvares ved at sætte et kryds der, hvor du synes, svaret passer bedst. Vær venlig at udfylde skemaet tydeligt, da besvarelsen bliver aflæst af en maskine. Hvis du ikke selv kan udfylde skemaet, foreslår vi, at du beder en pårørende om hjælp til at besvare skemaet på dine vegne.

Spørgsmål 1-11 handler om forløbet hos din praktiserende læge inden indlæggelsen.

1. I hvilken grad oplevede du, at din praktiserende læge lyttede til din egen beskrivelse af dine symptomer?

I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Jeg beskrev ikke mine symptomer
☐	☐	☐	☐	☐

2. Hvor vigtigt var det for dig, at din praktiserende læge inddrog dig i beslutningerne om dit behandlingsforløb?

Meget vigtigt	Vigtigt	Mindre vigtigt	Slet ikke vigtigt
☐	☐	☐	☐

3. I hvilket omfang synes du, at din praktiserende læge inddrog dig i de beslutninger, som blev truffet om dit behandlingsforløb?

Alt for meget	For meget	Passende	For lidt	Alt for lidt
☐	☐	☐	☐	☐

4. Informerede din praktiserende læge dig om, at du selv kunne vælge hvilket sygehus, du kunne indlægges på?

Ja, og jeg valgte selv sygehuset	**Ja**, men jeg valgte ikke selv sygehuset	**Nej**, men jeg valgte selv sygehuset	**Nej**, og jeg valgte ikke selv sygehuset	Jeg var akut indlagt
☐	☐	☐	☐	☐

5. I hvilken grad har du tillid til din praktiserende læges faglige dygtighed?

I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
☐	☐	☐	☐

6. I hvilken grad vurderer du, at de undersøgelser, som din praktiserende læge foretog inden indlæggelsen, var relevante?

I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Der blev ikke foretaget nogle undersøgelser
☐	☐	☐	☐	☐

7. Oplevede du, at der hos din praktiserende læge blev begået fejl?
(Sæt gerne flere krydser)

- **Nej** ☐
- **Ja**, der blev stillet en forkert diagnose ☐
- **Ja**, der blev ordineret forkert medicin ☐
- **Ja**, der skete en administrativ fejl (fx forkert undersøgelsessvar, fejlregistrering m.v.) ☐
- **Ja**, der blev begået en anden fejl ☐

8. Hvordan vurderer du ventetiden, fra du blev henvist af din praktiserende læge, til du blev indlagt?

Alt for lang	For lang	Passende	For kort	Alt for kort	Jeg var akut indlagt
☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. I hvilken grad oplevede du, at din praktiserende læge gav dig tilstrækkelig medicinsk behandling, mens du ventede på at blive indlagt?

I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Jeg havde ikke behov for medicinsk behandling	Jeg var akut indlagt
☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Vidste du, hvor du skulle henvende dig, hvis der opstod ændringer i din tilstand, mens du ventede på at blive indlagt?

Ja, og der opstod ændringer	**Ja**, men der opstod ikke ændringer	**Nej**, men der opstod ændringer	**Nej**, og der opstod ikke ændringer	Jeg var akut indlagt
☐	☐	☐	☐	☐

11. Var du inden indlæggelsen i kontakt med andre læger end din praktiserende læge?
(Sæt gerne flere krydser)

- **Nej** ☐
- **Ja**, en speciallæge ☐
- **Ja**, en vagtlæge ☐
- **Ja**, en læge på skadestuen ☐
- **Ja**, en anden læge ☐

Spørgsmål 12-17 handler om indlæggelsen på sygehuset.

12. Hvordan vurderer du, at sygehusafdelingen var informeret om din situation, da du blev indlagt?

Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt	Det kan jeg ikke vurdere
☐	☐	☐	☐	☐

13. I hvilken grad har du tillid til sygehuslægernes faglige dygtighed?

I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
☐	☐	☐	☐

14. Hvor vigtigt var det for dig, at dine pårørende blev inddraget i beslutningerne om din behandling?

Meget vigtigt	Vigtigt	Mindre vigtigt	Slet ikke vigtigt	Ikke aktuelt for mig
☐	☐	☐	☐	☐

15. I hvilket omfang synes du, at dine pårørende blev inddraget i de beslutninger, som blev truffet om din behandling?

Alt for meget	For meget	Passende	For lidt	Alt for lidt	Ikke aktuelt for mig
☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. Foretrækker du at:

	Mand	kvinde	Det er uden betydning
a) sygehuslægen, der undersøger og behandler dig er:	☐	☐	☐
b) plejepersonalet, der plejer dig er:	☐	☐	☐

17. Foretrækker du at:

	Etnisk dansker	Af anden etnisk baggrund end dansk	Det er uden betydning
a) sygehuslægen, der undersøger og behandler dig er:	☐	☐	☐
b) plejepersonalet, der plejer dig er:	☐	☐	☐

Spørgsmål 18-21 besvares kun, hvis du har en anden etnisk baggrund end dansk.

18. I hvilken grad oplevede du, at du i forbindelse med indlæggelsesforløbet havde behov for en tolk?

I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
☐	☐	☐	☐ (Gå videre til spørgsmål 20)

19. Blev du i forbindelse med indlæggelsesforløbet tilbudt en tolk?
(Sæt gerne flere krydser)

- **Nej** ☐
- **Ja**, hos min praktiserende læge ☐
- **Ja**, hos speciallægen ☐
- **Ja**, hos vagtlægen ☐
- **Ja**, på skadestuen ☐
- **Ja**, på sygehusafdelingen hvor jeg var indlagt ☐

20. Oplevede du i forbindelse med indlæggelsesforløbet, at du blev diskrimineret, fordi du har en anden etnisk baggrund end dansk? (Sæt gerne flere krydser)

- ☐ **Nej** (Gå videre til spørgsmål 22)
- ☐ **Ja**, hos min praktiserende læge
- ☐ **Ja**, hos speciallægen
- ☐ **Ja**, hos vagtlægen
- ☐ **Ja**, på skadestuen
- ☐ **Ja**, på sygehusafdelingen hvor jeg var indlagt

21. I hvilken grad oplever du, at diskriminationen havde indflydelse på den pleje og behandling, som du blev tilbudt i forbindelse med indlæggelsesforløbet?

I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Det kan jeg ikke vurdere
☐	☐	☐	☐	☐

Spørgsmål 22 handler om dit samlede indtryk af dine oplevelser i overgangen fra din praktiserende læge, til du blev indlagt på sygehuset.

22. Hvad er dit samlede indtryk af forløbet fra du kontaktede din praktiserende læge, til du blev modtaget på sygehuset?

Virkelig godt	Godt	Dårligt	Virkelig dårligt
☐	☐	☐	☐

23. Må Enheden for Brugerundersøgelser kontakte dig med henblik på en uddybende samtale om dine oplevelser i overgangen fra din praktiserende læge til sygehuset?

- ☐ Nej tak
- ☐ Ja tak, og mine kontaktoplysninger er:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____

Telefon: _____

Returnér venligst skemaet i vedlagte svarkuvert. Portoen er betalt.
Tak for din medvirken!

Bilag 2: Interviewguide til patienter

TEMA	INTERVIEWSPØRGSMÅL
Baggrund	
	Kan du prøve først at fortælle lidt om dig selv? • Alder • Dansker/Indvandrer/efterkommer status • Uddannelse • Arbejdssituation • Familiesituation • Sygdom • Akut/Planlagt indlagt?
	Eventuelt: • Oprindelsesland? • Tilknytning til Danmark/oprindelsesland
Forløb i primærsektor	
Medinddragelse og kommunikation/ Kliniske ydelser	Hvilke læger var du i kontakt med inden indlæggelse på Sygehuset? Praktiserende læge/vagtlæge/skadestue/speciallæge m.m.?
	Kan du prøve at beskrive dit møde med denne/disse læge(r)?
	Fik du foretaget nogen undersøgelser eller fik du nogen behandling hos din egen læge?
	Hvordan oplevede du kontakten til din egen læge? • Forventninger til egen læge • Oplevelse af/tillid til egen læges faglige dygtighed • Egen læges lydhørhed • Medinddragelse i beslutninger om behandling • Pårørende medinddraget i beslutninger om behandling • Forventninger til medinddragelse i beslutninger om behandling • Forventninger til/tilfredshed med undersøgelser/behandling
	Oplevede du nogen sproglige barrierer hos din egen læge? • Tilbudt tolk? • Skriftligt materiale på fremmedsprog?
	Foretrækker du en praktiserende læge af et bestemt køn eller med en bestemt etnisk baggrund?
Oplevet diskrimination	Har du oplevet at blive diskrimineret af din praktiserende læge fordi du har en anden etnisk baggrund end dansk? • Beskrivelse af forskelsbehandlingen • Eventuelle konsekvenser af forskelsbehandlingen
Patientoplevede fejl	Oplevede du, at der opstod fejl hos din egen læge? • Beskrivelse af fejlen
Overgang	
Overgang mellem sektorer	Hvordan oplever du perioden (fra du var henvist til sygehuset) til du blev indlagt?
	Hvad synes du om ventetiden fra du blev henvist til sygehuset til du blev indlagt? • Forventninger til ventetid
	Skete der noget uventet inden indlæggelsen? • Viden om henvendelsesmuligheder • Forventninger til henvendelsesmuligheder (fx vagtlæge, skadestue m.m.).
	Kan du prøve at beskrive hvad der (eventuelt) kunne have været gjort anderledes, for at forløbet inden indlæggelsen havde været bedre?
	Valgte du selv det hospital som du var indlagt på?

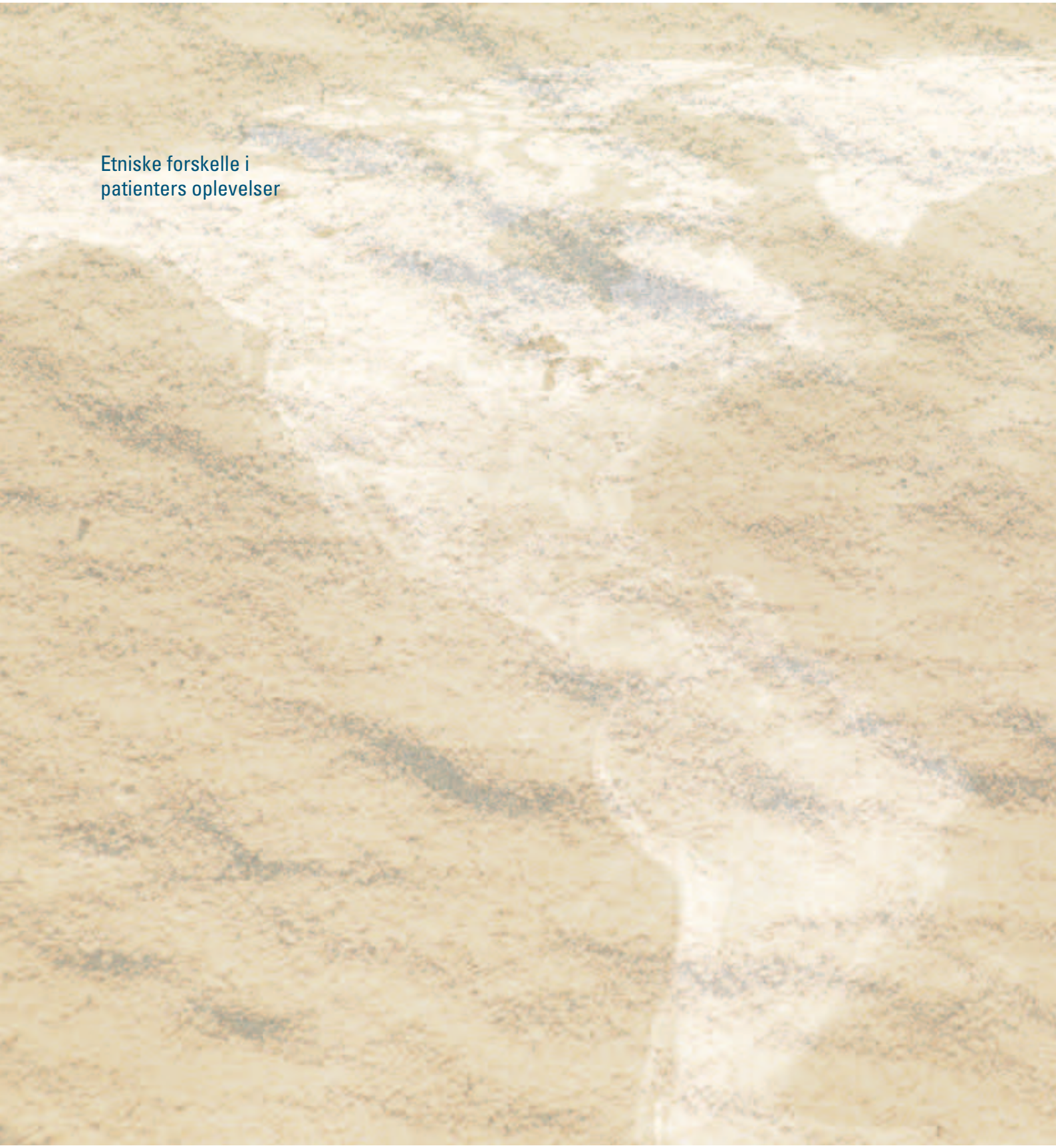
TEMA	INTERVIEWSPØRGSMÅL
Første tid på hospitalet	
Overgange mellem sektorer	Kan du prøve at beskrive hvordan du har oplevet at afdelingen var informeret om din situation ved indlæggelsen? • Forventninger til personalets kendskab til patientens situation • Hvilken viden oplever patienten at personalet mangler?
Medinddragelse og kommunikation/ kliniske ydelser	Kan du beskrive hvordan du har oplevet kontakten til plejepersonalet/lægerne på afdelingen hvor du var indlagt? • Plejepersonalets/lægernes lydhørhed • Forventninger til plejepersonalet/lægerne • Oplevelse af/tillid til plejepersonalets/lægernes faglige dygtighed • Medinddragelse i beslutninger om pleje/behandling • Medinddragelse af pårørende i beslutninger om pleje/behandling • Forventninger til patientens og pårørendes medinddragelse
	Hvordan synes du plejepersonalet/lægerne tog hånd om dig under indlæggelsen? • Individuelle hensyn? (fx kost, vaner, religiøsitet m.m.) • Forventninger til plejen • Præferencer mht. plejepersonalet køn og etnicitet • Tilbudt tolk?
Oplevet diskrimination	Har du oplevet at blive diskrimineret af plejepersonalet/lægerne, fordi du har en anden etnisk baggrund end dansk? • Beskrivelse af forskelsbehandlingen • Eventuelle konsekvenser af forskelsbehandlingen
Patientoplevede fejl	Oplevede du nogen fejl under indlæggelsen på sygehuset? • Beskrivelse af fejlen

Bilag 3: Interviewguide til praktiserende læger

TEMA	INTERVIEWSPØRGSMÅL
Baggrund	
	Kan du prøve først at fortælle lidt om dig selv? • Alder • Stilling • Arbejdsplads
	Kan du prøve at beskrive hvad du forstår ved en patient som har en anden etnisk baggrund end dansk?
	Kan du prøve at fortælle lidt om hvordan du oplever kontakten til danske patienter og patienter med en anden etnisk baggrund end dansk?
Modtagelse	
Overgang mellem sektorer	Hvilke tanker gør du dig når du modtager patienter med en anden etnisk baggrund end dansk? • Afkodning af sproglige, kulturelle eller andre barrierer?
	Oplever du at der er forskel på den tilstand som danske patienter er i, når du modtager dem, i forhold til patienterne med en anden etnisk baggrund end dansk? • Sygdomsforløbets fremskredenhed?
	Oplever du at der er forskel på de problemer som danske patienter og patienterne med en anden etnisk baggrund henvender sig med?
Pleje/behandling	
Medinddragelse og kommunikation/ Kliniske ydelser	På hvilke punkter synes du (eventuelt) at dit møde med etnisk danske patienter adskiller sig fra dit møde med etniske minoritetspatienter? • Patienternes forventninger til pleje/behandling? • Patienters forventninger til praktiserende læge? • Patienternes forventninger til at være medinddraget? • Patienternes forventninger til medinddragelse af pårørende?
	Hvordan indvirker disse (eventuelle) forskelle på danske patienter og patienterne med en anden etnisk baggrund end dansk på dit daglige arbejde?
	Er der nogen punkter hvor du synes kontakten med patienter med en anden etnisk baggrund end dansk er særlig vanskelig eller særlig god?
	Oplever du i dit daglige arbejde sproglige vanskeligheder i kommunikationen med etniske minoritetspatienter? • Prøvet at bestille og bruge tolk? • Pårørende som tolk?
	Oplever du at mangle nogen særlig viden om patienter med en anden etnisk baggrund i dit arbejde med denne patientgruppe? • Kulturel kompetence?
	Prøver du at imødekomme patienternes individuelle behov eller særlige ønsker? Hvordan?
Overgang	
	Er der noget som du er særlig opmærksom på, når du henviser patienter med en anden etnisk baggrund videre til undersøgelse/behandling?

Bilag 4: Interviewguide til sygehuspersonale

TEMA	INTERVIEWSPØRGSMÅL
Baggrund	
	Kan du prøve først at fortælle lidt om dig selv? • Alder • Stilling • Arbejdsplads
	Kan du prøve at beskrive hvad du forstår ved en patient som har en anden etnisk baggrund end dansk?
	Kan du prøve at fortælle lidt om hvordan du oplever kontakten til danske patienter og patienter med en anden etnisk baggrund end dansk?
Modtagelse	
Overgang mellem sektorer	Hvilke tanker gør du dig når I på afdelingen modtager patienter med en anden etnisk baggrund end dansk? • Afkodning af sproglige, kulturelle eller andre barrierer?
	Hvordan oplever du patienter med en anden etnisk baggrund ved ankomsten til jeres afdeling?
	Oplever du at der er forskel på den tilstand som danske patienter er i, når I modtager dem på afdelingen, i forhold til patienterne med en anden etnisk baggrund end dansk? • Sygdomsforløbets fremskredenhed? • Får patienten rettidig behandling?
	Er der nogle typer af viden du synes du mangler ved modtagelsen af patienter med en anden etnisk baggrund end dansk? • Viden om patientens behov for tolk m.m.?
	Oplever du at der er forskel på den viden som du har om patienternes forudgående forløb i primærsektor inden modtagelsen på afdelingen, alt efter om patienterne er danske patienter eller patienter med en anden etnisk baggrund? • Hvilke former for viden mangler?
Pleje/behandling	
Medinddragelse og kommunikation/ Kliniske ydelser	På hvilke punkter synes du (eventuelt) at dit møde med etnisk danske patienter adskiller sig fra dit møde med etniske minoritetspatienter? • Patienternes forventninger til pleje/behandling? • Patienters forventninger til kontakt med sundhedspersonale? • Patienternes forventninger til at være medinddraget? • Patienternes forventninger til medinddragelse af pårørende?
	Hvordan indvirker disse (eventuelle) forskelle på danske patienter og patienterne med en anden etnisk baggrund end dansk på dit daglige arbejde?
	Er der nogen punkter hvor du synes kontakten med patienter med en anden etnisk baggrund end dansk er særlig vanskelig eller særlig god?
	Oplever du i dit daglige arbejde sproglige vanskeligheder i kommunikationen med etniske minoritetspatienter? • Prøvet at bestille og bruge tolk? • Pårørende som tolk?
	Oplever du at mangle nogen særlig viden om patienter med en anden etnisk baggrund i dit arbejder med denne patientgruppe? • Kulturel kompetence?
	Hvordan prøver du at imødekomme patienternes individuelle behov eller særlige ønsker under et indlæggelsesforløb? • Sygehusvæsenets ramme for at indfri dette i det daglige arbejde
Oplevet diskrimination	Oplever du at patienterne med en anden etnisk baggrund end dansk på afdelingen får samme behandling/pleje som danskerne? • Barrierer?

Enheden for
Brugerundersøgelser

Etniske forskelle i patienters oplevelser