

”Vänta och se versus låtsas inte förstå om du inte gör det!”

Om svensk sjukvårdspersonals erfarenheter av kommunikation med utländska läkare

Inledning

Det är knappt att de hörs, steg av fötter i vita fotriktiga inomhussandaler, mjuka och tassande. Ljusa korridorer, väggar med scheman, plastblommor vid fönster och fina neutrala ”institutionsgardiner.” Dämpade röster, deltagande leenden, automatiska dörrar, breda nog för en sjukhussäng. På akuten – en samling människor med väntande och uppgivna ansiktsuttryck.

Nuläget: Långa väntetider, tajta och utmattande scheman för personalen med ett ökat antal sjukskrivningar som följd. Ständiga påminnelser om anstående neddragningar och sjukvårdens brister som förstasidesnyheter.

Önskas: Tid och pengar, arbetskraft som orkar, kan och vill, som ser möjligheterna och inte problemen. Något som ökar vår återspeglning av det nya mångkulturella samhället i vården och som även passar in i våra personalvisioner och måldokument.

Rekryteringen av läkare och annan sjukvårdspersonal till svensk sjukvård pågår och utökas med nya och gamla länder och nationaliteter. Antalet ansökningar från EU: s nya medlemsstater ökar kontinuerligt. Läkare med olika kulturell bakgrund kommer till svensk sjukvård för att bidra med sin kompetens och arbetslivserfarenhet men också för att korta väntetiderna och därmed avlasta personalen. Utöver sina professionella kunskaper tar de med sig sina traditioner, värderingar och inte minst förväntningar.

Kulturen, traditionen och även värderingar må skilja sig åt i vissa fall, men med sjukvården som utgångspunkt är följande mål för samtliga inblandade troligen gemensamt. En god vård och omvårdnad på en arbetsplats där relationerna och kommunikationen med arbetskamraterna fungerar även på det sociala planet.

Majoriteten av dem som kommer till Sverige vill stanna i landet och skaffa sig en plattform och framtid. Strävandet efter att komma in i samhället, känna sig accepterad såväl som människa som inom sin profession genomsyrar tanken och beteendet. Att känna sig trygg och säker i sig själv och i sin roll hamnar ofta, efter det omtumlande och livsavgörande beslut som ett uppbrott innebär, i fokus. Naturligtvis beror det mycket på den enskilde personen men också omgivningens förutsättningar, i det här fallet övrig personals inställning, resurser och kunskaper kan spela en avgörande roll.

Som ny på en arbetsplats blir man givetvis granskad och synad i sömmarna, och utländska läkare inom svensk sjukvård är inget undantag. Trots detta kan skillnaden mellan utländska läkare och andra invandrargrupper vara väsentlig på vissa avgörande punkter. För det första, är läkaryrket på flera plan universellt och läkare som yrkeskår bemöts med respekt och har generellt sett en hög social status. För det andra, gör dagens situation inom den svenska sjukvården att läkarna är eftertraktade (och i många fall ”rekryterade”) vilket skiljer dem från

andra välutbildade invandrare, t.ex. ingenjörer och ekonomer som har det svårare att ens komma in på den svenska arbetsmarknaden.

Även om vägen till ett arbete som motsvarar utbildningen kan te sig lättare för utländska läkare, än för andra invandrade akademiker, stöter även denna grupp på problem. Hur ser exempelvis svensk sjukvårdspersonal på de nya utländska läkarna? Fungerar kommunikationen dem emellan? Det är ju trots allt denna relation som i första hand ska fungera. Om inte, vad kan en ny utländsk läkare göra för att bli en i gänget? Kanske fungerar inte ens de allra vanligast rutinerna. Sådant som för en svensk läkare sitter i ryggmärgen, just för att det är sån kunskap man inte hittar i en pärm, även om den innehåller det mesta. Den medicinska kunskapen är stor, men orden räcker kanske inte till för att förmedla budskapet vare sig till patienter eller kollegor. Den efterlängtnade hjälp och resurs som den nye läkaren skulle tillhandahålla kan ofrivilligt förvandlas till en börda.

Scenariot låter kanske pessimistiskt och verklighetsfrämmande men frustrationen såväl som ambitionen är ytterst verklig för många människor runtom i den svenska vården. Självklart är bilden som målas upp en av flera. Framförallt handlar det här om ett inledningsskede och inte om en situation som nödvändigtvis måste fortgå utan lämpliga åtgärder och insatser.

Vi har i projektet "Kommunikation och interaktion i den mångkulturella vården," ett samarbete mellan Institutionen för kirurgi, Sahlgrenska Akademin, Kollegium SSKKII, Institutionen för lingvistik, Göteborgs Universitet och Västra Götalandsregionen, genomfört studier främst riktade till utländska läkare och svensk sjukvårdspersonal. Utöver ett antal enkäter har projektet spelat in arbetsmöten, patientkonsultationer och intervjuer, som sedan transkriberats för att därefter analyseras ytterligare.

I den här rapporten fokuserar vi på resultaten ifrån den enkätundersökning som omfattade drygt 30 frågor och riktades till svensk sjukvårdspersonal. Enkätens syfte var att undersöka denna personals syn på sin kommunikation med utländska läkare.

Undersökningens struktur, deltagare

Sammanlagt 108 personer deltog i undersökningen, med totalt 28 olika inriktningar, främst inom yrkesgrupperna sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, läkare och annan sjukvårdspersonal. En övervägande del, ca 85% har fått sin utbildning i Sverige och har jobbat inom sjukvården alltifrån 4 mån och upp till 40 år. Noteras kan att majoriteten av respondenterna har arbetat hela sitt yrkesverksamma liv inom svensk sjukvård.

Resultatet

De flesta respondenterna (103 stycken (95%)) är nöjda med sin kommunikation med utländska läkare, d.v.s. på frågan "Hur uppfattar du din kommunikation med utländska läkare?" väljer de alternativen "tillfredställande", "kännetecknas av ömsesidig god behärskning av språk och kommunikation", "kännetecknas av ömsesidig kulturell förståelse" Alternativet "mindre tillfredställande" förekom i ca 7 % av samtliga svar. De grupper som verkar minst nöjda är annan sjukvårdspersonal och kvinnliga sjuksköterskor som hade 25 respektive 20% på "mindre tillfredställande". Trots de i övrigt positiva svaren tror samtliga svenska grupper att utländska läkares bristande språkkunskaper kan förväxlas med deras yrkeskunskaper.

När det gäller frågor angående synen på överordnade och underordnade, anser majoriteten av de tillfrågade sjuksköterskorna, undersköterskorna, såväl manliga som kvinnliga att det inte finns någon skillnad mellan svenska och utländska läkare. Däremot anser de tillfrågade svenska läkarna och sjukgymnasterna att utländska kollegors syn på hierarki är annorlunda, nämligen att avståndet mellan över och underordnade är större. Resultatet på en

efterföljande fråga visar att utländska läkare i större utsträckning än svenska läkare söker sig till andra svenska läkare vid patienternas problem, och inte till sjuksköterskor. De svenska läkarkollegorna anser även att utländska läkare tenderar att kontakta chefen i högre utsträckning än andra vid problem angående kollegor, samt att de utländska kollegorna annars själva tar reda på vad de behöver.

Finns det då någon skillnad i hur utländska kvinnliga och manliga läkare uppfattas av svensk sjukvårdspersonal? Svaret är ja. De manliga läkarna uppfattas ofta som mindre flexibla, mer auktoritära, mer aktiva och mindre konflikträdna jämfört med de utländska kvinnliga doktorerna.

På frågan vad som är viktigast på en svensk arbetsplats var svaret enhälligt bland samtliga grupper. Att fika ihop, vara rak och direkt, vara sig själv. Dessa svar motsäger dock i viss mån svar som pekar på att det är viktigt att inte utmärka sig och vara neutral för att smälta in och bli accepterad på arbetsplatsen.

Diskussion

Naturligtvis har enkätundersökningar sina brister, som abstraktion, låg svarsfrekvens och att det är omöjligt att kontrollera att respondenterna svarat realistiskt och inte beskrivit ett önskat beteende. Kanske vågar inte respondenterna vara kritiska även om de utlovats anonymitet?

Trots undersökningsmetodens svaga sidor, kan man se tendenser och även dra vissa övergripande slutsatser. Det är viktigt att påpeka att både kulturella aspekter, erfarenhet från tidigare arbeten och nuvarande arbetsmiljö påverkar såväl undersökningsgruppen, svensk sjukvårdspersonal, som den grupp sjukvårdspersonalen utfrågas om, utländska läkare. Om vi börjar med den svenska sjukvården och dess anställda, kan man säga att den som arbetsplats traditionellt sett är ganska homogen och att arbetstagarna ofta har få erfarenheter från övriga arbetslivet. Enligt vår tolkning av respondenternas svar tyder mycket på att även dagens sjukvårdsanställda har arbetat majoriteten av sitt yrkesverksamma liv inom samma yrkesområde, inom landets gränser, dvs. det är relativt få som har erfarenheter av att vara utlänning på en ny arbetsplats vilket kan påverka deras förståelse för sina nyanlända utländska kollegor.

För att få en mer komplett bild måste man även säga några ord om den svenska mentalitetens betydelse i sammanhanget. Å ena sidan, tänker vi främst på konfliktundvikande och neutralitet (Daun 1989, Ehn 1981, Phillips-Martinsson 1981), vilken kan påverka såväl undersökningens resultat som själva kommunikationen på arbetsplatsen. Å andra sidan, finns de drag inom svensk mentalitet som innebär att man besvarar en enkät på ett korrekt och sanningsenligt sätt, dvs. *"Viljan att inte ljuga står alltså i motsättning till viljan att nå samförstånd. Motsättningen löses genom tystnad och selektivt undvikande av känsliga ämnen. Det man säger är i sig sant, ärligt, men det behöver inte vara hela sanningen"* (Daun 1989).

Utöver den svenska mentalitetens generella betydelse måste även sjukvården som arbetsplats nämnas, främst då synen på sjukhushierarki, en kulturellrelaterad faktor som här spelar en väsentlig roll. I resultaten från Hofstedes undersökning (Hofstede 2001), har Sverige ganska låg maktdistans jämfört med de flesta andra länder. Detta framkommer i bl. a informalitet i relationer mellan chefen och anställda. Men även om hierarkin är mindre påtaglig i Sverige, så finns den och många organisationer inte minst inom sjukvården är endast skenbart platta. Man säger inte "herr doktor" men man vet att skillnader i utbildning och status är självklara för inblandade parter. Denna skenbart platta organisation kan vara förvirrande och ställa till problem för personer som är vana vid mer uttalad rangordning på arbetsplatsen. För en svensk även om man är ny och oerfaren, känns situationen och strukturen däremot igen från övriga samhället och tidigare arbetsplatser:

"I en kultur som den svenska, där kommunikationen mellan människor, på grund av den kulturella homogeniteten, inte ställer krav på stor flexibilitet och snabb anpassningsförmåga, binder människor sig lättare vid regelsystem."

(Daun 1989)

Hur påverkar då dessa faktorer, den svenska mentaliteten med konfliktundvikande och ärlighet samt en skenbart platt organisation kommunikationen och arbetet för i det här fallet utländska läkare? Den första faktorn, konfliktundvikande och rädslan att såra, även då det endast gäller nödvändiga och allmängiltiga tips för att lättare förstå det svenska samhället, språket och arbetsrutiner kan tyvärr få motsatta konsekvenser och istället resultera i en känsla av utanförskap och "osynlighet" eller att "de pratar bakom ryggen" hos de nya utländska läkarna. Den troligen välmentade svenska försiktigheten tolkas som oärlighet och slutenhet. Då den viktiga återkopplingen i form av konstruktiv kritik ofta saknas, kan detta i förlängningen, istället för att skydda, hämma läkarens professionella utveckling. Den andra faktorn, organisationens struktur, påverkar i allra högsta grad kommunikationen då den informella tonen mellan kollegor tas för givet av svensk personal, kan te sig förvirrande för utländska läkare. Formalitet och auktoritet förknippas ofta med en hög social status vilket läkaryrket ofta har. Den informella svenska stilen kan därför missuppfattas av de utländska läkarna och istället tolkas som brist på respekt och ett undergrävande av yrkeskompetensen. Enkätens resultat visar, att majoriteten av våra svenska respondenter tror att en utländsk läkares bristande språkkunskaper kan förväxlas med dennes yrkeskunskaper. Problem som beror på kombinationen av att vara ny på en arbetsplats, att vara i ett nytt land, känna osäkerhet i rutiner och att ha språkliga problem kan i många fall förstärkas av den artiga men påtagliga tystnaden.

En direkt följd av detta är den rollkonflikt som syns i enkäternas kommentarer, särskilt i relationen läkare- sjuksköterska. Två modeller av läkare-sköterska relation återkommer i forskningen, den hierarkiska vilken innebär läkardominans i beslutfattande, könssegregering och stereotypa yrkesroller, där mannen är läkare och kvinnan är sköterska (*Hojat 2003, egen översättning till svenska*), och den komplementära, som fokuserar mer på vikten av utbildning, gemensamma erfarenheter och ömsesidiga maktbefogenheter (*ibid.*). Det senare, sköterskans mer autonoma roll i den svenska sjukvården, är ett av de områden som enligt våra respondenter vållar mest bekymmer.

Även arbetsrutiner och arbetsuppgifter kan spela stor roll för olikheter i hur de olika grupperna svarar. Som vi sett visar sig sjuksköterskor vara minst nöjda med kommunikationen med utländska läkare. Vad kan det bero på? Utöver det ovan nämnda, kan svaret ligga i att det är just den gruppen som är mest beroende av bra kommunikation med läkare och som vid kommunikationsproblem vid t ex patientkontakt måste ta på sig en sorts "tolkarbete". Ytterligare en aspekt på kommunikationen är det enkätresultatet som visar att svensk personal anser att utländska läkare i mindre utsträckning vänder sig till sköterskor än svenska läkare gör. Samtidigt anser man att de utländska läkarna i högre utsträckning söker sig till chefen eller själva tar reda på vad de behöver. Båda sakerna kan ha sitt ursprung i den dokumenterade synen på hierarki men kan också bero på att läkarna undviker att be om hjälp av rädsla att uppfattas som att de inte "duger." Undersköterskor är mer positiva i sin syn på kommunikation med utländska läkare än sjuksköterskor. Detta kan bero på att undersköterskor, som jobbar mer med sjuksköterskor, är mindre beroende av läkaren. Detsamma gäller i stor utsträckning även sjukgymnaster. När deras arbetsuppgifter väl är definierade, och behandlingen bestämd, upphör i stort sett den direkta kommunikationen med läkaren.

Eftersom det är just de kvinnliga sjuksköterskorna som är mest missnöjda dyker ytterligare en fråga upp, "vad är kulturellt och vad är genusbetingat." En möjlig förklaring är det allmänna strävandet efter jämställdhet i det svenska samhället. Detta faktum stöds av

Hofstedes studie som på sin skala ger Sverige det lägsta maskulinitetsindexet i världen, d.v.s. Sverige är ett land med en låg nivå av differentiering och könsdiskriminering. Män och kvinnor behandlas lika inom alla samhällsområden (Hofstede 2001). Synen på jämställdhet som en självklarhet går hand i hand de ovan nämnda förväntningarna på en liten maktdistans (en annan av Hofstedes fyra dimensioner). Den kvinnliga sjuksköterskan uppfattar den manliga utländske läkarens ”mindre flexibla och mindre konflikträdsla” sätt som ett övertramp i jämställdhetsprocessen, medan läkaren kan tolka sjuksköterskans ovilja att ”ta order” som ett ifrågasättande av hans professionella kompetens. Detta torde göra att en utländsk kvinnlig läkare har ett svårare utgångsläge, då hennes yrke och kön gör att ifrågasättandet och acceptansen från en kvinnlig sjuksköterska är ännu svårare och mer laddad än för en manlig läkare. Det kan vara viktigt att påpeka att detta inte enbart gäller **utländska** kvinnliga läkare. Även svenska kvinnliga läkare känner av könssegregering inom sjukvården (Robertsson, s 37). *”Medan manliga läkare anser att det enbart är kompetens och duglighet som räknas för att man ska komma någonstans i yrkeslivet, anser kvinnliga läkare att det finns en struktur inom sjukvården som motarbetar dem och deras karriärmöjligheter.”* Den kvinnliga doktorn ses av den stora kvinnogrupp som utgör personalen som *”någon som inte nöjer sig med att vara en del av den stora kvinnogruppen inom sjukvårdspersonalen utan kliver upp till nästa nivå och sällar sig till männen och framtida ledarskap. Det innebär också ett utanförskap.”* (Lichtenstein, s 43).

Vi har satt ”Vänta och se versus låtsas inte förstå om du inte gör det” som namn på vår artikel. Vi har på detta sätt velat peka på en motsättning som finns för utländska läkare i den svenska sjukvården. Å ena sidan kan det ofta vara klokt att ligga lågt och inte fråga när man inte förstår. Det fortsatta samtalet eller den fortsatta händelseutvecklingen är ofta självförklarande så man slipper framstå som inkompetent genom att fråga. Å andra sidan är det en god idé att fråga, så att man inte hamnar i en position där man förutsätts förstå men inte gör det. Personalens kommentarer visar att det är bättre att be om hjälp, vara ödmjuk och fråga vid osäkerhet, en strategi som många utländska läkare inte kan unna sig till en början i rädsla för att verka okunniga och inkompetenta. Läkare är oavsett landstillhörighet och nationalitet vana vid respekt och en given plats i samhällets övre sociala skikt. När denna position inte längre är en självklarhet, är det inte svårt att förstå att kontrasten kan bli påtaglig, särskilt för äldre manliga läkare med lång arbetslivserfarenhet från hemlandet. Det gäller för läkaren att hitta ”ett lagom perspektiv” d.v.s. fråga tillräckligt för att kunna sköta sitt jobb, men att inte komma för nära och bli för personlig för tidigt. Om man inte håller en viss distans kan beteendet tolkas som påträngande och visa brist på självständighet en egenskap som har rötter i svensk kultur ”Den gode mannen reder sig själv, “ som kan förklaras av den svenska formen för individualism (Allwood 1982, Sjögren 1983).

Det är också viktigt att vara social på arbetsplatsen, och i Sverige betyder detta många gånger att ta en kopp kaffe. Kaffedrickandet tas ofta upp i personalens kommentarer som en av vägarna att bli accepterad.

Det finns givetvis ett flertal tänkbara åtgärder och insatser som skulle kunna förbättra situationen och underlätta för såväl utländska läkare som för deras svenska kollegor och arbetsgivare. Som alltid handlar det om pengar och resurser men kanske också om att våga omsätta vackra ord och visioner i handling. De flesta fördomar botas med kunskap, så även rädslan inför det okända som är ett allmänmänskligt drag. I det här fallet är det de utländska läkarna som står för det okända för den ena parten och den svenska sjukvården och dess komplexitet för den andra.

Ett väl fungerande och långsiktigt mentorskap av en kollega, gärna med erfarenhet av arbete i annat land och kultur är ett alternativ. Ett annat, som inte behöver utesluta det första utan snarare kan ses som ett komplement, är att öka kunskapen hos den svenska personalen om varifrån deras nya kollega kommer. Vilka erfarenheter grundar han eller hon sitt arbetssätt på vilka rutiner och omständigheter är naturligt i andra delar av världen där många gånger de

ekonomiska resurserna är betydligt mindre och patienternas krav annorlunda. En ökad kunskap hos båda parter kunde kanske lägga förväntningarna på snabb anpassning på en rimligare nivå och missförstånden och frustrationen kunde kanske minska vilket skulle gynna alla parter.

Tyvärr är nog steget långt från personalvisionernas vackra ord till att den utländska personalens erfarenheter verkligen kommer till konkret användning. Integrationen går därför ofta ut på anpassning till den befintliga organisationen, och mångfaldens positiva sidor försvinner i ambitionen ”att inte utmärka sig” och på så sätt bli accepterad i gänget. Vår undersökning indikerar att så är fallet.

Varför inte våga öppna sig och använda sig av den fantastiska resurs som utländska läkare innebär innan de börjar gå den redan upptrampade stigen?

Referenser

- Allwood, Jens, 1982. Finns det svenska kommunikationsmönster? (I: *Vad är svensk kultur, Papers in Anthropological Linguistics 9*, University of Göteborg)
- Daun, Åke, 1989. *Svensk mentalitet*. Simrishamn: Raben och Sjögren
- Hofstede, Geert, 2001. *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organisations across nations*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Ehn, Billy, 1981. *Arbetets flytande gränser*. Stockholm: Prisma.
- Hojat, Mohammadreza, 2002. Comparison of American, Israeli, Italian and Mexican Physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *International Journal of Nursing Studies 40 (2003)*
- Lichtenstein, Elisabeth, 1998. På grundutbildningen är vi alla lika? –En reflektion över kandidattiden ur ett könsperspektiv. I Hultcrantz o.a. (red). *Läkare Doktor kvinna*. Lund: Studentlitteratur.
- Phillips- Martinsson, Jean, 1984. *Svenskarna som andra ser dem*. Lund: Studentlitteratur.
- Robertsson, Hans, 2003. Maskulinitetskonstruktion, yrkesidentitet, könssegregering och jämställdhet. *Arbetslivsinstitutet 2003:13*.
- Sjögren, Annick, 1993. Här går gränsen: om integritet och kulturella mönster i Sverige och Medelhavsområdet. *Stockholm: Arena; Botkyrka: Mångkulturellt centrum, Sveriges invandrarinstitut och museum, Invandrarminnesarkivet. Serie A, 8*