

# SSKKII • RAPPORTER

2008.02 Svenska

Oktober 2008

---

## INTERKULTURELL KOMMUNIKATION I SVENSK SJUKVÅRD

Nataliya Berbyuk Lindström

---



Kollegium SSKKII  
GÖTEBORGS UNIVERSITET



## SSKKII • RAPPORTER

SSKKII • RAPPORTER täcker allmänna och teoretiska teman inom språk, semantik, kognition, kommunikation, information och interaktion. Serien innehåller uppsatser, rapporter och avhandlingar. Den utkommer oregelbundet i två delserier, en på engelska och en på svenska.

Jens Allwood  
Redaktör, SSKKII • RAPPORTER.

© 2008

Kollegium SSKKII, Göteborgs universitet.  
ISSN 1653-8196

# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Interkulturell kommunikation inom sjukvården.....</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Interkulturell kommunikation mellan svenska vårdgivare och utländska patienter ..</b>	<b>8</b>
3.1	Språk .....	8
3.1.1	Tolkhjälp vid interkulturella konsultationer.....	8
3.1.1.1	Anhöriga som tolk.....	8
3.1.1.2	Vårdpersonal med samma språkliga bakgrund som patienten som tolk .....	9
3.1.1.3	Auktoriserad tolk.....	9
3.1.1.4	Kroppskommunikation i patientkonsultationer.....	9
3.2	Kulturella seder och bruk.....	10
3.2.1	Familjens roll.....	10
3.2.2	Tid.....	10
3.3	Kommunikationsstilar.....	10
<b>4</b>	<b>Interkulturell kommunikation mellan utländska vårdgivare och svenska patienter</b>	<b>11</b>
4.1	Utvärdering av kommunikationen.....	11
4.2	Utländska läkares beskrivning av svenska patienter .....	12
4.3	Problem med vardagliga samtal och att förstå humor .....	13
4.4	Kommunikationsstilar.....	14
4.4.1	Maktdistans mellan läkare och patient.....	14
4.4.2	Hälsa och sjukdom.....	15
4.4.3	Könsroller .....	15
<b>5</b>	<b>Kommunikation mellan utländska vårdgivare och svensk sjukvårdspersonal.....</b>	<b>15</b>
5.1	Utvärdering av kommunikationen.....	15
5.2	Kommunikationsstilar.....	16
5.2.1	Mindre synlig svensk sjukvårdshierarki.....	16
5.2.2	Att be om hjälp – duger jag? .....	17
5.2.3	Jantelagen: prata inte, handla istället! .....	17
5.2.4	Ensam och kritiskt granskad.....	18
5.2.5	Positiva aspekter i kommunikationen med utländska läkare.....	18
<b>6</b>	<b>Slutsatser och rekommendationer .....</b>	<b>19</b>
6.1	Språk .....	19
6.2	Kommunikationsstilar.....	21
6.3	Kulturella koder och praxis och relationer mellan personalen.....	23
6.4	Diskriminering.....	24
<b>7</b>	<b>Allmänna slutsatser .....</b>	<b>25</b>
	<b>Referenser.....</b>	<b>27</b>

## 1 Inledning

Europeiska arbetsplatser genomgår stora förändringar. Ekonomiska och politiska förändringar i Europa har under de senaste decennierna lett till större kulturell mångfald bland dem som lever, arbetar och studerar inom Europas gränser. EU:s utvidgning i kombination med arbetsbrist i många delar av kontinenten har lett till ökad rörlighet både inom och utom EES-området. Trenden ser ut att fortsätta och öka, och arbetsplatserna präglas numera av ökad kulturell mångfald.

Kulturell mångfald har blivit normen inom många områden i Europa. Även för dem som inte är särskilt intresserade av "främmande" kulturer eller av att umgås med människor från andra kulturer innehåller vardagen interkulturella möten, antingen på arbetsplatsen, inom offentlig service eller i utbildningssammanhang. Den nya situationen medför nya roller och utmaningar för människor på alla nivåer på arbetsplatsen. Chefer, anställda och kunder måste kunna möta och samarbeta med människor från olika etniska grupper (både majoritets- och minoritetsgrupper), vilket de ofta inte är förberedda på. Det kräver ett nytt sätt att tänka, utöver det som man är van vid i sin egen kulturgrupp. Organisationerna behöver ofta tänka igenom och se över sin befintliga policy och sina rutiner för att bättre kunna möta behov som den kulturella mångfalden på arbetsplatsen medför. Frågor om jämlikhet, rasism, identitet och värderingar får både större betydelse och allvar, och interkulturell kommunikativ kompetens blir en viktig del inom alla områden.

Hur väl svarar då arbetsplatserna i Europa mot denna nya verklighet? Hur lika är utmaningarna och möjligheterna inom olika sektorer och länder? Vilka fallgropar bör undvikas och vilka exempel på god praxis kan man dela med sig av mellan EU-länderna? Vilka behov av interkulturell utbildning finns, och hur kan de uppfyllas? Det är några av de frågor som inspirerade utvecklingen av projektet *European Intercultural Workplace* (EIW) (2004-2007). Idén föddes på DCU (Dublin City University), Irland, för att sedan utvecklas och breddas inom ett nätverk av 10 europeiska samarbetspartners, och har genomförts tack vare medel från EUs Leonardo da Vinci program. En viktig del av projektet har bestått av rapporter över arbetspraktik i Europa i form av nationella situationsanalyser och fallstudier på olika arbetsplatser, samt transnationella jämförande rapporter och utvecklingen av ett europeiskt interkulturellt studiematerial.

Den här rapporten består av en uppdaterad version av en tidigare publicerad fallstudie som utförts inom hälso- och sjukvården i västra Sverige år 2006 inom ramen för EIW-projektet och i samarbete med det FAS-finansierade projektet "Kommunikation och interaktion i den mångkulturella vården". Fallstudien belyser den interkulturella kommunikationen mellan utländska läkare och svenska patienter och svensk personal.

Rapportens främsta syfte har varit att identifiera svårigheter, finna exempel på god praxis och ge rekommendationer som kan gagna politiskt ansvariga och praktiker för en positiv utveckling av interkulturella arbetsplatser. Rapporten kan också ge information till personer som vill flytta till Sverige, och till svenska arbetsgivare som behöver rekrytera utländsk arbetskraft.

Besök gärna projektets internationella hemsida [www.eiworkplace.net](http://www.eiworkplace.net) för mer projektinformation.

För en djupare inblick i kommunikationen mellan utländska läkare och svenska patienter och personal hänvisas läsaren till Nataliya Berbyuk Lindströms doktorsavhandling *Intercultural communication in health care – Non-Swedish physicians in Sweden* (2008).

För webbaserat språkträningmaterial och stöd för utländska läkare hänvisar vi till hemsidan för EU-projektet Medics on the Move [www.medicsonthemove.eu](http://www.medicsonthemove.eu)

*Jens Allwood*, projektledare, EIW, Sverige, Kommunikation och interaktion i den mångkulturella vården

*Randi Myhre*, projektassistent, EIW, Medics on the Move

*Nataliya Berbyuk Lindström*, forskare

## 2 Interkulturell kommunikation inom sjukvården

Sveriges snabba förändring från ett monokulturellt till ett interkulturellt samhälle avspeglas inom sjukvården. Enligt den officiella statistiken för 2006 är 15,4 procent av folkbokförda personer (16-70 år) i Sverige födda utanför Sverige (SCB). Den ökade invandringstakten väcker frågan om att kunna erbjuda kulturellt kompetent hälsovård till patienter med olika kulturell bakgrund. Att tillhandahålla sjukvård till patienter med olika kulturell bakgrund kräver att personalen besitter både språklig och kulturell kompetens. Förutom de vårdsökande, dvs. patienterna, finns även andra kulturer än den svenska representerade bland vårdpersonalen (se tabell nedan).

Tabell 1. Utrikes födda per yrkesgrupp 2004-2006. Andelar i procent

Yrkesgrupp	Andel utrikes födda		
	2004	2005	2006
Läkare	23,7	24,3	25,3
Sjuksköterska	8,7	8,8	9,1
Undersköterska	10,6	11,0	11,3
Skötare	13,9	14,2	14,9
Ambulanssjukvårdare	2,0	1,9	1,9
Psykolog	12,4	12,7	12,8
Kurator	6,3	6,4	6,5
Sjukgymnast	8,5	8,3	8,2
Arbetssterapeut	4,8	5,0	4,9
Tandläkare	19,2	20,7	22,8
Admin personal	6,2	6,3	6,5
Kontorspersonal	9,8	10,5	10,1
Läkarsekreterare	5,0	5,1	5,1
Ingenjörer & tekniker	8,0	8,3	8,7
Hantverkare	4,9	5,4	5,4
Lokalvårdspersonal	22,7	23,7	24,6
Vaktmästare	9,9	9,7	10,0
Övrig personal	9,7	10,0	10,4
Samtliga	10,8	11,1	11,4

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting

Svensk läkarlegitimation erhöles 2004 av fler läkare utbildade utanför Sverige än i Sverige (1109 av 1868, 59%). I 2007, utfärdades 2 048 svenska läkarlegitimationer, varav 1 273 (62%) gick till läkare med läkarexamen från andra länder. De flesta läkare kommer till Sverige från Tyskland, Grekland, Rumänien, Ungern och Polen (Fredriksson, 2008). Ökningen av antalet läkare utbildade inom EU ("övriga EU") som kom till Sverige kan förklaras av att läkarlegitimationer erhållna inom EU automatiskt accepteras i Sverige och att läkarna kan börja arbeta efter en kort språkkurs. År 2000 påbörjades i olika delar av Sverige särskilda rekryteringsprogram för läkare från Polen, Tyskland och Ungern.

Till skillnad från läkare från Europa, som tillåts börja arbeta i Sverige nästan omedelbart, måste läkare som utbildats utanför EU och Norden först låta validera sin läkarutbildning och vid behov komplettera utbildningen med vissa kurser. De måste också bli godkända på det så kallade "TULE-provet" i medicinsk kompetens (för icke-specialiserade läkare) och likaså klara ett språktest i svenska. Den här processen har visat sig vara ganska tidskrävande för många läkare och tar i allmänhet mellan 2 och 8 år. Det är inte förvånande att många av läkarna från länder utanför EU varit tvungna att börja arbeta utanför sitt yrkesområde, till exempel starta pizzerior eller små butiker. För att påskynda processen med att erhålla svensk läkarlegitimation initierades år 2000-2003 projekt som "Projekt utländska läkare", "Legitimation.nu", "Stockholmsprojektet för utländska läkare" och "Malmöprojektet" (för mer information se Ekström 2004). Detta kan möjligen återspeglas i ökningen av antalet läkare från länder utanför EU år 2002 (224) och 2003 (315).

Det vi nämnt ovan visar att interkulturell kommunikation är en högst relevant fråga inom den svenska sjukvården och den omfattar både kommunikation mellan vårdgivare (läkare, sjuksköterskor, undersköterskor osv.) och kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare (patienter).

I den här fallstudien kommer vi att fokusera på frågor som rör interkulturell kommunikation inom den svenska sjukvården, i synnerhet mellan vårdgivare och patienter och mellan olika vårdpersonalkategorier. Fallstudierapporten är indelad i tre huvuddelar: Den första delen behandlar **interkulturell kommunikation mellan svenska vårdgivare och utländska patienter**. Den andra delen tar upp **interkulturell kommunikation mellan utländska vårdgivare och svenska patienter** och den tredje delen **interkulturell kommunikation mellan utländska läkare och svensk sjukvårdspersonal**.

Data till fallstudien har samlats in på ett antal offentliga vårdinstitutioner inom Västra Götalandsregionen. Fyra stora sjukhus, varav tre i Göteborg och ett i Skövde har deltagit i studien. Dessutom har tre vårdcentraler i Göteborg deltagit. På sjukhusen har olika avdelningar valts ut, till exempel kirurgi, rehabilitering/geriatrik, ögon, mm. Samtliga har utländska läkare och annan vårdpersonal bland de anställda.

## **3 Interkulturell kommunikation mellan svenska vårdgivare och utländska patienter**

### **3.1 Språk**

Språkproblem rapporteras ofta som "huvudproblemen" i interaktionen. Det är inte förvånande med tanke på att dessa är lätta att lägga märke till, till skillnad från problem som beror på kulturella skillnader. Problem som rör uttal och patientens bristande förståelse av vad läkaren säger kan resultera i att viktig information förloras och kan skapa osäkerhet, oro och stress (se till exempel Roberts et al 2005). Nedan följer några råd som vi rekommenderar vårdpersonal att följa för att minimera risken för brist på förståelse/missförstånd på grund av språkproblem:

- *Tala långsamt och tydligt*
- *Undvik medicinsk terminologi och slanguttryck*
- *Lyssna! Avbryt inte*
- *Vänta på svaret*
- *Använd öppna frågor*
- *Fråga om du inte förstår*
- *Ge återkoppling*
- *Använd tolk vid behov*

För att övervinna språkproblem med en del patienter kan man behöva använda sig av tolk. Det gäller framför allt personer som är nya i Sverige och äldre invandrare. Det kan verka enkelt att använda tolk, men vårdgivaren behöver särskilda färdigheter. Nedan belyser vi några av dessa och ger också några exempel på problem som kan uppstå.

#### **3.1.1 Tolkhjälp vid interkulturella konsultationer**

Till att börja med bör vårdgivaren överväga valet av tolk noggrant. Följande personer kan fungera som tolkar: patientens anhöriga, t ex make/maka, barn, bror, osv; vårdpersonal med samma språkliga bakgrund som patienten eller en auktoriserad tolk. Samtliga alternativ har både fördelar och nackdelar, vilka presenteras kort nedan.

##### **3.1.1.1 Anhöriga som tolk**

Patientens anhöriga känner patienten och det är möjligt att anhöriga kan bidra med användbar information om patienten inte själv kan beskriva symptomen. Anhöriga eller vänners närvaro kan också bidra till att patienten känner sig trygg. Det är dock



möjligt att patientens anhöriga saknar tillräckliga språkkunskaper för att kunna tolka korrekt. Det kan också hända att de inte tolkar all information, utan uppfattar en del information som onödig. Det kan också hända att de har egna uttryckta motiv till att utelämna viss information.

### **3.1.1.2 Vårdpersonal med samma språkliga bakgrund som patienten som tolk**

En iransk läkare uttryckte missnöje över att alltid vara den person som får ta hand om alla utländska patienter, framför allt alla patienter från Iran. Han påpekade att det ofta förekommer dialektala skillnader och att han själv föredrog att använda svenska som lingua franca framför farsi (persiska) för att förstå patienten bättre. Genom att vara den läkare som alla utländska patienter hänvisades till bekräftades hans status som utlänning, tyckte han, vilket skiljde ut honom från de andra. Han upplevde också att patienterna som kom från samma land som han själv var mer krävande än svenska patienter med motiveringen 'vi kommer från samma land, du måste hjälpa mig!' Ofta kunde han dock inte göra något och de kände frustration över detta.

### **3.1.1.3 Auktoriserad tolk**

Att använda en auktoriserad tolk är oftast det bästa valet men det förutsätter likväl vissa färdigheter av vårdgivaren. Läkaren bör komma ihåg att tala direkt till patienten, inte till tolken (att undvika att lämna patienten och tala med tolken). Andra viktiga aspekter handlar om att undvika att avbryta tolken och att informera patienten om den rådande tystnadsplikten. Se Wretmark (1984) och Hanssen (2005) för användbara råd om kommunikation via tolk.

### **3.1.1.4 Kroppskommunikation i patientkonsultationer**

Det finns inte så mycket forskning om hur kulturella skillnader i kroppskommunikation påverkar patientkonsultationer. En vanlig kommentar från den svenska personalen är att en del utländska patienter ofta håller för kort avstånd och har för nära kroppskontakt, vilket vårdgivaren kan uppleva som obehagligt.

En annan aspekt rör könsskillnader vid kroppskontakt. I Sverige har läkaren full tillgång till patientens kropp, till skillnad från andra kulturer där det kan förekomma fler begränsningar. Till exempel kan en kvinnlig muslimsk patient föredra en kvinnlig

läkare. Trots att man inom islam tillåter att en manlig läkare tar hand om en kvinnlig patient om hennes liv är i fara följs inte detta alltid i praktiken (Samuelsson, 2001).

## **3.2 Kulturella seder och bruk**

### **3.2.1 Familjens roll**

Ett antal svenska informanter uttryckte sin oförståelse för familjens roll i patientbehandlingen. I många kulturer ses familjens involvering i patientens behandlingsprocess som viktig. Ofta förväntas läkaren tala med familjen snarare än patienten om behandlingen, diagnosen och möjliga komplikationer. Detta kommenterades av en ukrainsk läkare som påpekade att alla nyheter, men framför allt negativa nyheter, framförs till familjen, inte till patienten. En av anledningarna till detta är att det är familjens ansvar att stå för behandlingskostnaderna. I många länder, där det ofta råder brist på mediciner, måste släktingarna bekosta patientens mediciner. I Sverige däremot sätts patienten som individ i fokus, snarare än som integrerad i familjen. I vissa fall kan det vara problematiskt för svensk vårdpersonal att förstå familjens involvering, som ibland verkar överrösta patienten.

### **3.2.2 Tid**

Frågan om tid – att komma i tid, att vara punktlig i allmänhet, och i synnerhet till en konsultation – är viktig i Sverige. Man förväntas passa tiden. I interkulturell kommunikation diskuteras ofta frågan om informell tid i relation till att komma i tid och att vara försenad. Patienter som kommer för sent skapar irritation bland personalen. Att patienter kommer 20 minuter efter avtalad tid ses som extremt sent i Sverige, medan det vore en smärre försening i till exempel Saudiarabien. Det är inte förvånande att punktlighet kan skapa problem.

## **3.3 Kommunikationsstilar**

En mindre beskyddande stil, kortare maktdistans och svenska läkares informella ton kan ibland uppfattas som mindre professionellt av utländska patienter. I Sverige är det acceptabelt att en läkare slår i FASS<sup>1</sup> under en konsultation, vilket är ovanligt i andra länder, då det kan leda till att patienten tänker: "Den här doktorn är inte bra!"

---

<sup>1</sup> FASS är förkortningen för "Farmaceutiska Specialiteter i Sverige". FASS innehåller ett register med farmaceutiska fakta från läkemedelsindustrin för läkare och farmaceuter.

I Sverige är det viktigt att patienten involveras i beslutsfattandet. Läkaren ofta har en rådgivande roll. Detta kan skapa oro och brist på tillit hos patienter som är vana vid en annan kommunikationsstil, där läkaren är den som ger order och fattar beslut medan patienten förhåller sig ganska passiv. Denna skillnad i förväntningar på kommunikationsstilar kan leda till att konsultationen misslyckas.

## **4 Interkulturell kommunikation mellan utländska vårdgivare och svenska patienter**

### **4.1 Utvärdering av kommunikationen**

Till att börja med kan man ställa sig frågan om utländska läkare och deras patienter är nöjda med kommunikationen. Att patienterna och läkarna är nöjda med kommunikationen är ofta en betydelsefull faktor för vårdens kvalitet, planeringen av behandlingen och följaktligen patienternas välbefinnande. Enkätsvaren visar att både de utländska läkarna och de svenska patienterna i allmänhet är nöjda med kommunikationen.

Analysen av enkätsvaren visar också att fler kvinnliga patienter än manliga är missnöjda med kommunikationen med utländska läkare, med förklaringarna som de utländska läkarna har gett, och de kvinnliga patienterna rapporterar också fler fall av missförstånd jämfört med de manliga patienterna.

Att de kvinnliga patienterna tenderar att vara mindre nöjda med kommunikationen skulle möjligen kunna bero på att de upplever svårigheter att utveckla en relation under konsultationen på grund av skillnader i språk och kultur. Man bör dock hålla i minnet att kön bara är en av flera faktorer som påverkar interaktionen, såsom patientens utbildningsnivå, ålder, psykologisk status, det upplevda problemets natur osv.

Forskning om kön och kommunikation visar att kvinnor uppfattas som mer jämlika i interaktionen, bättre på att förstå icke-verbala signaler och mer villiga att använda icke-verbala signaler. De uppges till exempel le mer, nicka och ha ögonkontakt i större utsträckning, vara fysiskt mer expressiva och komma den andra närmare. De är också mer empatiska, visar mer av sig själva, är mer relationsinriktade, mer tillitsfulla, uppskattande och mer bekväma med känslomässig närhet (Hall och Roter,

1998). Mer specifikt visar forskning om kommunikation inom sjukvården att kvinnliga läkare är mer benägna att starta psykologiska diskussioner, positiva samtal och socialt småprat. De engagerar sig mer i samarbete och erbjuder patienterna större känslomässigt stöd och empati jämfört med manliga läkare. Detta leder ofta till att patientens delaktighet i interaktionen ökar (för en överblick över dessa studier se Bylund och Makoul, 2002). Forskningen visar också att kvinnliga patienter tenderar att vara mer känslomässigt expressiva, uppskatta affektiv kommunikation högre, vara mer benägna att utveckla interpersonella relationer med läkaren och vara angelägna om att helt enkelt få diskutera sina problem med läkaren snarare än att lösa dem. De rapporteras också som känsligare för kommunikationen och tenderar att byta läkare på grund av kommunikationsproblem oftare än manliga patienter (för en överblick över forskningen se Elderkin-Thompson och Waitzkin, 1999). En möjlig orsak till att kvinnliga läkare och patienter förefaller vara mer missnöjda med kommunikationen kan därför vara deras upplevda svårigheter att skapa relationer till varandra under konsultationen på grund av skillnader i språk och kultur.

#### **4.2 Utländska läkares beskrivning av svenska patienter**

De intervjuade utländska läkarna beskriver ofta svenska patienter som toleranta, tålmodiga och hjälpsamma vid språkproblem, dvs. att de, tillsammans med släktingar och vänner i de fall de är med under konsultationen, hjälper läkaren att finna rätt ord, repeterar, talar långsammare och tydligare och förklarar för läkaren.

Problem med att hitta rätt ord är vanligt förekommande vid interkulturella medicinska konsultationer mellan läkare och patienter och studiens data visar att båda parterna försöker lösa detta. Läkarna använder gester och försöker använda medicinsk terminologi. En polsk kvinnlig läkare påpekar dock att problem kan uppstå då patienterna inte förstår medicinsk terminologi:

*”Kanske i början var det mycket svårare på grund av språket. Den som är verkligen svårt är att känna till vanligt familjär språk som patienten använder hemma. Till exempel, vi brukar använda ordet ”kolon” istället av ”tjocktarm”, men inte alla patienter förstår. Så de vanliga vanliga ord som man bör använda med patienten. Vi förstår patienten bra, men patienten kan inte förstå oss.”*

Deltagare har också påpekat andra svårigheter, som telefonsamtal, personnummer, och liknande.

### **4.3 Problem med vardagliga samtal och att förstå humor**

Utländska läkare har också tagit upp problem med vardagliga samtal. Informella samtal kan vara svåra eftersom de kräver språklig och kulturell kompetens, vilket en iransk kvinnlig läkare påpekar:

*"I hemlandet kunde jag skämta med patienten lite grand, han blev lite glad och jag också, vi skrattade... kanske jag kan lite nu ... det är lite grand mildare stämning..."*

Exemplet nedan är ett utdrag från en interaktion mellan en manlig svensk patient och en kvinnlig läkare från Iran som illustrerar ovan nämnda problem:

Läkare: *jobbar du eller?*

Patient: *ja*

Läkare: *vad jobbar du med?*

Patient: *jag böjer plast (skrattar)*

Läkaren lutar sig framåt och verkar inte förstå vad patienten menar

Patient: *nej vi håller på och tillverkar mobiltelefonhållare och sånt*

När patienten inser att läkaren inte verkar förstå honom förklarar han omedelbart vad han menar.

Trots språkproblem och kulturella skillnader visar studiens data att de svenska patienterna i allmänhet har en positiv bild av de utländska läkarna, som uppfattas som noggranna, lyssnande och professionella. De utländska läkarnas noggrannhet betonas särskilt. Det kan möjligen förklaras av läkarnas medvetenhet om sin bristande språkliga kompetens och rädsla för att bli missförstådda, vilket leder till ökad uppmärksamhet. Det avspeglas i att de utländska läkarna ger patienterna mer återkoppling, som visar att de lyssnar och deltar, jämfört med svenska läkare. De utländska läkarna använder sig också i större utsträckning av upprepningar och omformuleringar för att kontrollera informationen de fått av patienterna. De svenska patienternas strategi att undvika konflikter avspeglas ofta i läkarnas kommentarer som "Man vet aldrig vad patienten tycker om en".

## 4.4 Kommunikationsstilar

### 4.4.1 Maktdistans mellan läkare och patient

När det gäller kulturskillnader understryker de utländska läkarna skillnaden i maktdistans mellan läkare och patient i Sverige och i deras respektive hemländer. Hofstede (2001) använder Power Distance Index (PDI) för att ange i vilken utsträckning mindre mäktiga samhällsmedlemmar accepterar och förväntar sig en ojämlig maktfördelning inom en kultur. Enligt Hofstede är PDI ganska lågt för Sverige (31) jämfört med de utländska läkarnas länder, till exempel Tyskland (35), Ungern (46), Iran (58), Polen (68), och Ryssland (90). De utländska läkarna upplever att konsultationen med svenska patienter är informell och att patienterna är delaktiga vid beslut. En del utländska läkare är positiva till detta, till exempel en iransk kvinnlig läkare:

*“Jag hade inte svårt med det. Jag tycker att man har rätt att fråga... Jag använde samma metod i Iran också, fast det var lite konstigt då. Jag tror på den här metoden, jag tror den är bra. Därför var det inte svårt så mycket för mig”*

Å andra sidan tolkar en tysk manlig läkare patienternas familjära tilltalssätt som bristande respekt:

*”Här (i Sverige NBL) är mannen (läkaren NBL) som mer serverande. Doktor... mmm... man måste serva dem (patienterna NBL). Det var otänkbart att någon kunde ringa mig på telefon och fråga... jag måste plocka i journalen... och säga honom vad hon har på röntgenbilden vad som helst. Det var otänkbart. Här de ringer, man måste titta i journalen, man måste förklara... prata med dem. Det var inte så. Här är man tjänare för dem, man måste serva...”*

Svenska patienter uppges oftast vara angelägna om att vilja delta i beslutsfattande, dvs. läkaren har inte "ensamrätten" utan förväntas ge patienten all nödvändig information. Vissa utländska läkare fann det svårt att skifta till det här sättet att kommunicera från ett mer förmyndaraktigt sätt där läkaren ensam fattar beslut om behandlingen.

#### **4.4.2 Hälsa och sjukdom**

Ett annat problem rör skillnader i synen på hälsa och sjukdom och sådana "svenska sjukdomar" som fibromyalgi, utbrändhet, elöverkänslighet (Beland 2003), som inte alltid ses som "sjukdomar" av utländska läkare. En läkare från Tyskland påpekade att svenska patienter tenderar att begära "att vara sjukskriven för mindre åkommor". Några läkare rapporterade också att patienterna inte uppvisar smärta på samma sätt som patienterna från deras hemländer, dvs. de gråter inte högt utan de är lugna och uttryckslösa, vilket kan göra det svårt att förstå hur allvarligt patientens hälsotillstånd är.

#### **4.4.3 Könroller**

Skillnader i synen på könroller bör tas upp i utbildningen av sjukvårdspersonal. En av de svenska patienterna pekade på en utländsk läkares oförståelse för hennes studier: "Hon tyckte inte att kvinnor skulle studera fysik som jag då gjorde." Det är inte förvånande att detta försämrade kontakten mellan läkaren och patienten. Det finns också skäl att anta att det även kan råda osäkerhet om i vilken utsträckning kroppskontakt är accepterat för utländska patienter. En läkare från ett muslimskt land kan ha svårt att avgöra hur ingående han kan undersöka en kvinnlig patient. Detta problem har beskrivits av Fiscella et al (1997).

### **5 Kommunikation mellan utländska vårdgivare och svensk sjukvårdspersonal**

Lyckad kommunikation mellan läkare och patienter är utan tvivel viktigt för vårdkvaliteten. Men det är inte mindre viktigt att vårdgivarna kan kommunicera med varandra. Hur fungerar det kommunikationen mellan utländska läkare och svensk vårdpersonal?

#### **5.1 Utvärdering av kommunikationen**

Projektresultaten visar att de utländska läkarna och de svenska patienterna i allmänhet är nöjda med kommunikationen. Resultaten visar också att de utländska läkarna är mindre nöjda med kommunikationen med personalen jämfört med kommunikationen med patienterna. Bara 66% av de utländska respondenterna rapporterar att de är nöjda med kommunikationen med den svenska personalen. När det gäller kön kan samma tendens observeras som i kommunikationen med patienterna, dvs. att de manliga utländska läkarna relativt sett är nöjdare med

kommunikationen med svensk sjukvårdspersonal jämfört med de kvinnliga utländska läkarna. Färre än 9% av de manliga respondenterna svarar "mindre tillfredsställande" jämfört med 13% av de kvinnliga respondenterna. De grupper som är minst nöjda bland den svenska sjukvårdspersonalen är kvinnliga sjuksköterskor (20%) och övrig personal (25%). Samma förklaring som ovan kan ges för att förklara kvinnornas relativt sett låga tillfredsställelsenivå jämfört med männen. Att sjuksköterskorna är mindre nöjda med kommunikationen med utländska läkare jämfört med andra yrkeskategorier kan också vara en följd av att dessa två grupper har större kontakt med varandra, beroende på deras arbetsansvar, jämfört med andra yrkeskategorier, som arbetar med läkarna i mindre utsträckning.

## **5.2 Kommunikationsstilar**

### **5.2.1 Mindre synlig svensk sjukvårdshierarki**

I de flesta länder som de utländska läkarna kommer från brukar inte en läkares ord ifrågasättas (likt Sverige för ca 50 år sedan). I Sverige däremot, där sjukvården är mindre hierarkisk, eller mindre synligt hierarkisk för att vara mer exakt, kan läkaren uppleva att han/hon måste motivera sina beslut för sjuksköterskan och den övriga personalen. Kommunikationen läkare-sjuksköterska anses i allmänhet vara komplex (Hojat 2002). Enligt studien kan kulturella skillnader försvåra relationen ytterligare. I många länder "servar" sjuksköterskan läkaren och sjuksköterskan har en betydligt lägre utbildning än i Sverige. De utländska läkarna påpekar ofta att sjuksköterskorna har stort informellt inflytande, eftersom de tillhör den dominerande yrkesgruppen inom vården, och om man således som läkare kommer väl överens i arbetet med dem anses man vara "en bra doktor".

En klinikchef påpekade att äldre manliga utländska läkare ofta har större problem med att ändra sin kommunikationsstil jämfört med yngre läkare. Man har också märkt att unga kvinnliga läkare möter mer motstånd från den kvinnliga personalen jämfört med manliga läkare, vilket förmodligen beror på att vården traditionellt sett är en kvinnodominerad arbetsplats, där sjuksköterskorna typiskt är kvinnor och läkarna män. Detta har även rapporterats i andra studier (Lichtenstein 1998, Robertsson 2003).



### 5.2.2 Att be om hjälp – duger jag?

Trots att läkarens arbete är underbetalt i en del länder, vilket ofta leder till utvandring, så är det prestigefyllt att vara läkare och de representerar en välutbildad och respekterad grupp i samhället. Man försöker naturligtvis lyckas på arbetsplatsen när man kommer till ett nytt land, ofta efter en lång "väntetid" då man lärt sig ett nytt språk och i vissa fall kompletterat sin medicinska utbildning, vilket är fallet för läkare från tredje land. Att be om hjälp ses ofta som ett tecken på brist på kunskap, och, enligt vad den svenska personalen berättar, försöker många utländska läkare lösa sina problem på egen hand och undviker att be om hjälp. De kanske inte heller vill visa sin brist på förståelse vid samtal, och en del kan därför nicka och säga "ja, ja" istället, som till exempel en kinesisk läkare, som därigenom undviker att förlora ansiktet och samtidigt också räddar samtalspartners ansikte. Det kan dock väcka oro för den medicinska säkerheten, eftersom brist på förståelse/missförstånd kan få allvarliga konsekvenser.

### 5.2.3 Jantelagen: prata inte, handla istället!

En annan aspekt värd att tas upp i sammanhanget är svenskarnas allmänt negativa attityd till personer som pratar och skryter istället för att omsätta ord i handling. En läkare som i ord försöker lyfta fram sina starka sidor för att övertyga personalen om sin duglighet kan upplevas negativt av jantelagens anhängare. Jantelagens regler säger:

- 1 *Du skall inte tro att du är något.*
- 2 *Du skall inte tro att **du** är lika god som vi.*
- 3 *Du skall inte tro att **du** är klokare än vi.*
- 4 *Du skall inte inbilla dig att **du** är bättre än vi.*
- 5 *Du skall inte tro att **du** vet mera än vi.*
- 6 *Du skall inte tro att **du** är förmer än vi.*
- 7 *Du skall inte tro att **du** duger till något.*
- 8 ***Du** skall inte skratta åt oss.*
- 9 *Du skall inte tro att någon bryr sig om **dig**.*
- 10 *Du skall inte tro att **du** kan lära oss något.*

Jantelagen beskrevs av den dansk-norske författaren Aksel Sandemose i romanen *En flykting korsar sitt spår*, (En flyktning krysser sitt spor) från 1933, och handlar

huvudsakligen om att man inte ska hävda att man är bättre än någon annan (Daun 1989). Det är viktigt att utländska läkare är medvetna om detta fenomen eftersom det ofta har en stark inverkan på hur kollegorna uppfattar sin nya utländska kollega.

Generellt föredras en låg profil på svenska arbetsplatser. Underdrift är ganska vanligt och tolkas ofta som ödmjukhet, vilket uppfattas som en positiv egenskap. Att lyfta fram sina kvaliteter kan alltså tvärtom uppfattas som skrytsamhet. Detta återspeglas i den första negativa raden i Jantelagen ovan.

#### **5.2.4 Ensam och kritiskt granskad**

Under intervjuerna med utländska läkare upplevde vi ofta en dold men ändå stark känsla av ensamhet. Det är ganska ovanligt att få vänner på jobbet i Sverige. Svenskar är kända för att dra en skarp gräns mellan privatlivet och arbetet. Detta fenomen har påpekats av flera författare och forskare, till exempel Phillips-Martinsson (1984) och Herlitz (2003), som också visar på andra svenska mentalitetsdrag. Detta kan kännas främmande för en läkare som är van vid andra attityder och det kan skapa en känsla av att vara utanför. Många utländska läkare lider psykiskt av att vara en "outsider" på jobbet, utpekade genom sitt uttal, beteende och utseende. De blir ofta kritiskt granskade i arbetet. Kommentarer som "Du har ju bara ungersk utbildning, inte svensk" skapar både oro och stress för läkarna. De saknar också kritisk feedback från kollegor på grund av det svenska konfliktundvikandet. Allt detta gör att det är en ganska tuff situation för en utländsk läkare som försöker göra karriär i Sverige.

#### **5.2.5 Positiva aspekter i kommunikationen med utländska läkare**

Större respekt för äldre patienter är en av kommentarerna som den svenska personalen nämner som positiva erfarenheter av kommunikationen med utländska läkare. I Sverige är åldersaspekten mindre betydelsefull jämfört med många andra länder. Andra aspekter som kompetens och viljan att arbeta och lära sig och vara delaktig på arbetsplatsen omnämns också.

## **6 Slutsatser och rekommendationer**

Som vi kan se är kompetens i interkulturell kommunikation för vårdpersonal och patienter viktig för vårdkvaliteten. I det här avsnittet ska vi försöka sammanfatta fallstudieresultatet och ge några rekommendationer som förhoppningsvis kan vara till nytta för personer som befinner sig i en liknande situation som informanterna i studien. Dessutom kan några av idéerna användas för kurser i interkulturell kommunikation.

### **6.1 Språk**

Språklig kompetens är en mycket viktig faktor och är ett av de vanligaste klagomålen från deltagarna. Det är inte förvånande eftersom problem med att uttrycka sig språkligt och förstå ofta är uppenbara. De utländska deltagarna, både läkare och patienter, rapporterar problem med att använda svenska som främmande språk, medan de svenska deltagarna betonar problem med att förstå utländska samtalspartners "brutna svenska". I båda fallen kan oro och stress uppstå.

En av de utländska läkarna påpekade i enkätundersökningen att "Bruten svenska betyder inte bruten tanke". Bristande språklig kompetens och en långsammare interaktion leder dock ofta till att förstaspråkstalare blir misstänksamma och kan tänka "Är han/hon en bra läkare? Om han/hon inte kan prata, och kommer från ett fattigt land i tredje världen, kan jag lita på att han/hon kan hjälpa mig?"

Ensamheten som en del utländska läkare nämner i studien har tyvärr ganska ofta sitt ursprung i personalens brist på tolerans och tålamod, som i ett fall då en 25-årig sjuksköterska blir otålig och visar att hon inte kan vänta ytterligare några sekunder på att låta den utländska läkaren med 20 års arbetserfarenhet hinna konstruera en mening på svenska. Det kan också ses som kulturellt relaterat – brist på respekt för äldre och den "platta" svenska hierarkin skulle delvis kunna förklara sköterskans beteende. Det kan vara en bidragande orsak till den lägre graden av tillfredsställelse med kommunikationen, som vi nämnt ovan, både bland den svenska personalen och de utländska läkarna jämfört med patienterna. Hur är det då med patienterna?

Patienterna får ofta vänta i flera veckor eller till och med månader på att få träffa en läkare i Sverige, på grund av läkarbristen inom vissa områden. När patienten väl får möjlighet att träffa en läkare, är denne naturligtvis glad över möjligheten att få tala med en professionell person. Det är givetvis inte ovanligt att patienten upplever misstänksamhet, oro och stress. Ibland kan läkaren inte hitta rätt ord, använder

gester, kan inte skämta eller förmår inte trösta patienten. Läkarens uttal kan vara främmande eller svårt att förstå. Patienten får kanske 10-20 minuters konsultationstid med en läkare som har problem med svenska språket, och som ofta bistås av en svensk sköterska vid språkförbistring. För sjuksköterskan kan det å andra sidan vara svårt att dagligen arbeta med en läkare som har språksvårigheter, och som kanske är helt ny för alla rutiner och traditioner inom svensk sjukvård.

### **Rekommendationer om språk**

Språkproblem bör inte ignoreras, och språkundervisning för utländsk sjukvårdspersonal bör omfatta vardagstermer som används i det dagliga arbetet inom vården. Vi föreslår att följande aspekter och tekniker för språkträning ska ingå i språkkurser:

- Medicinsk terminologi och deras motsvarigheter på svenska. Det är viktigt att kunna prata med patienten på "vanlig svenska" och inte med latinska eller engelska termer. Svenska slanguttryck och andra talspråksuttryck bör också ingå.
- Var medveten om kroppsspråket! När man inte kan uttrycka sig tar man ofta automatiskt till gester och andra kroppsrörelser för att finna en utväg. Ibland är det dock inte så lätt. Vi föreslår att deltagarna tränar denna förmåga.
- Tala långsamt och tydligt! För att öka möjligheten till förståelse i ett interkulturellt sammanhang är det viktigt att utländsk personal tänker på att hög tal hastighet i kombination med brytning kan vara svårt för lyssnaren att uppfatta och förstå. Deltagarna ska också vara medvetna om att äldre patienter dessutom kan ha nedsatt hörsel.
- Lyssna på vad patienterna/kollegorna säger! Undvik att avbryta, både för att du riskerar att förlora mycket information och för att det kan göra ett dåligt intryck på patienten/kollegan, eftersom det anses oartigt att avbryta.
- Tala om då du inte förstår! Be din samtalspartner att upprepa det han/hon just sagt. Visst kan det kännas känsligt att be om det, eftersom ingen gärna vill skylta med bristande språkkunskaper, men det är bättre att be om hjälp än att begå misstag på grund av bristande förståelse.
- Läs böcker och tidningar och titta på svensk TV. Dessa källor ger dig tillgång till språket och ger också information som du kan prata om på fikapausen på

jobbet. De flesta uppskattar när någon från ett annat land intresserar sig för deras kultur och vardagsliv.

- För kursanordnare: utländska läkare bör ges möjlighet att besöka den svenska arbetsplatsen UNDER språkkursens gång, både för att få träna sig på språket och för att upptäcka rutiner. Detta kommer att förbereda dem för deras framtida arbete. Vid arbetsplatsbesöken ska de få tillfälle att tala med både svenska läkare och sjuksköterskor.
- Andra värdefulla verktyg är rollspel och videoinspelningar, där utländska läkare kommunicerar med "patienter", följt av visning och analys. De kan användas för både språkträning och kulturell träning för läkare.
- De utländska läkarna bör få en mentor när de börjar arbeta. Mentorn bör vara en person som kan bistå vid både språkliga problem och andra svårigheter.

När det gäller utländska patienter och språkproblem är det viktigt att betona möjligheten att anlita en tolk. Det är viktigt att hålla den möjligheten i minnet och att anlita tolk vid behov.

För den svenska personalen vill vi än en gång understryka vikten av att ha tålmod, prata långsamt och försöka förstå vad som sägs som viktiga faktorer för framgång i interkulturella möten.

## **6.2 Kommunikationsstilar**

Som vi redan har påpekat kan den svenska indirekta kommunikationsstilen och konfliktundvikandet vara ganska förvirrande för den som ännu inte är van. Utländska patienter kan uppfatta en svensk läkare som "osäker" och även misstänka att hon/han är "en dålig läkare". Den svenska synen på aktiv patientmedverkan när det gäller att fatta beslut kan också få patienter att känna att läkaren har bristande erfarenhet. Utländska läkare rapporterar också ofta att de känner sig osäkra på vad deras kollegor och patienter egentligen "tycker och tänker" om dem. Konstruktiv kritik och öppen feedback saknas ofta, och många av de nya läkarna får på egen hand dra lärdom av de problem de stöter på. Det är också vanligt i Sverige att man inte löser problemet själv; man uttrycker inte känslor öppet, utan går istället till chefen på arbetsplatsen och klagar, till exempel på att den eller den läkaren från exempelvis Tyskland inte är bra. Det är inte förvånande att läkaren, ofta stressad av att lära sig

nya rutiner och ett nytt språk, blir överraskad över att personer som inte visat några synbara tecken på missnöje framfört klagomål till chefen. Det kan upplevas som "att man går bakom ryggen" och leder till frustration och stress, ökad osäkerhet och alienation.

Hur direkt eller indirekt man är beror på artighet. Den utländska läkaren kan upplevas som direkt på ett negativt sätt, dvs. som "osmidig" på grund av skillnader i kommunikationsstilar och bristande språkförmåga, dvs. problem med att formulera budskapet på ett mindre direkt sätt. På liknande sätt kan utländska patienter uppfattas som "oartiga" och till och med aggressiva av samma anledning.

En annan aspekt som vi vill ta upp handlar om hierarkier och sättet att tilltala andra. Som nämnts tidigare använder man sällan titlar i Sverige, vilket kan upplevas som förvirrande av en del läkare, på så sätt att de inte vet hur de ska uttrycka artighet och respekt för en överordnad. Läkare förväntar sig också ofta bli mer respektfullt bemötta av sjuksköterskor, framför allt i länder med hög maktdistans. I Sverige är maktdistansen låg, vilket också kan utgöra en källa till problem.

### **Rekommendationer om kommunikationsstilar**

Nedan följer några förslag på hur man kan övervinna och lösa problem som rör skillnader i kommunikationsstilar

- Till chefer: om personalen framför klagomål mot utländska läkare av typen: "Han är inte bra!" – fråga då alltid VAD som inte är bra. Låt den som klagar motivera sig. Försök också att finna en förklaring till varför problemet kan ha uppstått.
- Till utländska läkare: var medveten om skillnaderna i hierarki i Sverige och i hemlandet. Undvik att beordra underordnade och försök istället att be dem om hjälp.
- Till svensk personal: var medveten om möjliga skillnader i kommunikationsstilar. Ta det inte personligt.
- Till utländsk personal: var medveten om skillnader mellan den svenska kommunikationsstilen och kommunikationsstilen i ditt land.

### **6.3 Kulturella koder och praxis och relationer mellan personalen**

I det här avsnittet vill vi gärna nämna några aspekter som deltagare tagit upp och som handlar om skillnader i koder och praxis och frågor som rör relationer mellan medarbetare. Om vi börjar med tidsaspekten, så är det viktigt att vara punktlig i Sverige. Det gäller både patienter och personal. Andra frågor som tagits upp rör skillnader i klädstil, till exempel muslimska kvinnor som bär slöja. Det hänger samman med synen på kvinnans underordning och passivitet och män som "förtryckare", vilket inte alltid är fallet. De flesta samhällen är mer "maskulina" (enligt Hofstedes terminologi) än det svenska, och man bör vara medveten om det.

Deltagarna har också nämnt religiösa skillnader som källor till problem. Religion bör utan tvivel ingå i den svenska personalens utbildning. Det är betydelsefullt inte bara ur kommunikationshänseende utan också för den medicinska behandlingen.

Vi har redan berört skillnader i hierarki och kön. En annan fråga handlar om grupp- respektive individorientering i relationer. Sverige är på många sätt ett individualistiskt land där alla förutsätts ta hand om sig själva. Tyvärr leder det ofta till den ovan beskrivna känslan av ensamhet som utländska läkare erfar. Och att man är vänner på arbetsplatsen innebär inte att man är vänner utanför arbetet, vilket kan upplevas som frustrerande. Det kan dröja länge innan man blir inbjuden till ett svenskt hem.

En annan aspekt som är viktig att känna till handlar om "team-arbete". I Sverige är det vanligt att man arbetar i lag som ofta kännetecknas av en ganska demokratisk atmosfär. Man förväntas ofta ta eget initiativ och inte invänta detaljerade order från ledningen. Utländska anställda som är vana vid ett mindre demokratiskt arbetssätt kan uppleva det som avsaknad av planering och trygghet.

#### **Rekommendationer om kulturella koder och praxis och personalrelationer**

Nedan presenteras några rekommendationer som rör kulturella koder och praxis:

- Kom i tid!
- Var tolerant för kulturella skillnader.
- I många samhällen skiljer sig synen på mäns och kvinnors roller från den svenska "jämlika" synen. Den svenska personalen bör vara medveten om detta, både vid samtal med till exempel en muslimsk make som ibland kan tänkas föra fruns talan då hon är patient, och vid samtal med en manlig muslimsk läkare vars direkta kommunikationsstil med sköterskor kanske

snarare beror på skillnader i maktdistans än på uppfattningar om manlig-kvinnlig ojämlikhet.

- Många deltagare är intresserade av att lära sig mer om religion och dess inverkan på patientens önskemål om behandlingsmetoder. (Vi rekommenderar Hallingberg och Larsson (1997) samt Ekblad et al (1996) för vidare läsning).
- Tolkhjälp och hur man använder tolk på bästa sätt saknas i utbildningen.
- Både svensk och utländsk personal uttrycker intresse för att få mer information om svensk kultur för att kunna förstå sina egna beteenden, värderingar och uppfattningar (svensk personal) och kunna jämföra dem med hemlandets (utländsk personal).
- Det är viktigt att ge de utländska läkarna en detaljerad överblick över hur den svenska vården är uppbyggd och hur lagarbetet fungerar. I början bör man även utse en personalrepresentant, som kan hjälpa till med alla nya rutiner.
- En annan aspekt som vi lagt märke till när vi föreläst för sjukvårdspersonal är att fokus främst läggs på den medicinska utredningen och att det råder en allmänt utbredd omedvetenhet om KOMMUNIKATION i sig och brist på hänsyn till, och till och med okunskap om, själva kommunikationen. Det är därför viktigt att sjukvårdspersonalen medvetandegörs om betydelsen av lyckad kommunikation.

#### **6.4 Diskriminering**

Forskning om svenska arbetsplatser visar att få utländska personer i allmänhet, och läkare i synnerhet, finns i ledande positioner (Magnusson, K., Andréasson, U. 2005). Alla problem som tidigare nämnts - som språk, kulturskillnader, bristande kunskap om rutiner, osäkerhet - leder till problem i karriärutvecklingen för de utländska läkarna. Som vi ser det är det dessutom ännu svårare för kvinnor än för män att göra karriär. För en utländsk kvinna som både försöker göra karriär och samtidigt vill leva upp till de krav som ställs på kvinnor i hennes kultur, som att vara en god mor, hustru osv., kan bördan bli för tung och leda till både fysiska och psykiska problem.

I informella samtal har många utländska läkare påpekat hur svårt det varit att ens få komma på en intervju ("det räcker att du har ett namn som inte är svenskt"), och det förekommer att invandrare därför byter till svenska namn. Som vi tidigare nämnt kan språkproblem tolkas som bristande professionalism. Att man inte förstår kan också



leda till att man lätt blir lurad. Verbala kommentarer om en persons kultur har också rapporterats. Kommentarer som "Så här gör vi i Sverige" fälls ibland när en utländsk läkare presenterar sin syn på något som är vanligt i hemlandet. Frågor som "Har ni operationssalar i ditt hemland?" kan få en läkare att tänka att folk tror att han/hon kommer från ett fullkomligt ociviliserat land.

Exemplen är många, och det finns också många olika sätt att hantera diskriminering. Nedan presenteras några enstaka förslag.

### **Rekommendationer om diskriminering**

Den utländska personalen rekommenderar vi att inte ge upp utan att fortsätta sträva mot sina mål. Förvänta er inte att det ska vara lätt att komma till ett nytt land. Fortsätt vara öppen, tolerant och ha tålamod.

Till den svenska personalen skulle vi vilja återge Ranjana Srivastava och Declan J Greens ord i deras artikel om utländska läkare – de utländska läkarnas kollegor i Australien:

*Inom medicinen är vägen lång för oss alla men för utländska läkare är den oundvikligen ännu mer slingrande och svår. Det är vår skyldighet att inte överge våra kollegor på vägen utan att försöka underlätta deras resa genom små personliga gester och större administrativa åtgärder. Medan de vårdar de sjuka i samhället får vi inte förneka deras egna sår som ofta ligger just under ytan. Endast då kan vi fullt ut kalla oss läkare. (Srivastava och Green 2004, vår översättning från engelska)*

Majoriteten av de svenska deltagarna i studien har aldrig arbetat utanför Sverige, förutom i Norge och Danmark. Om man aldrig har upplevt känslan av att vara den som är ny och "annorlunda" på arbetsplatsen kan det vara svårt att känna behovet av att ge stöd och hjälp till nykomlingar. Det är bra om den aspekten också tas upp under vårdutbildningen.

## **7 Allmänna slutsatser**

Den nya heterogena arbetskraften skapar utmaningar som är relaterade till kulturella skillnader och som påverkar arbetslivet, till exempel konfliktlösning, olika syn på maktavstånd mellan överordnade och underordnade, attityder till arbete, arbetsvillkor,

förväntningar på lämpligt beteende, attityder, socialt accepterade normer och värderingar etc. Förutom till kulturella skillnader gör språksvårigheter situationen ännu mer komplex. Därför är det ganska uppenbart att man i framtida utbildningar för vårdpersonal har nytta av mer information om flera av de aspekter som diskuterats ovan.

## Referenser

- Beland, M. (2003). Kultursjukdomar med högt pris. Svensk konflikträdsla och fokusering på hälsa ger grogrund för "epidemier" av utbrändhet, fibromyalgi, elöverkänslighet. *Läkartidningen* 48(100), 3998-4001.
- Bylund, C. L., och Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Educ Couns*, 48(3), 207-16.
- Daun, Åke (1989) *Svensk mentalitet*. Simrishamn: Raben och Sjögren.
- EIW hemsida [www.eiworkplace.net](http://www.eiworkplace.net)
- Ekblad, S., Janson, S. and Svensson, P-G. (1996). *Möten i vården: Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Studiebok (1. uppl. ed.). Stockholm: Liber utbildning.
- Ekström, U., Oskarsson, Alexander Riquelme. (2004). Slutrapport Projekt Utländska Läkare. Främjande av etnisk mångfald i arbetslivet. 16.
- Elderkin-Thompson, V., och Waitzkin, H. (1999). Differences in clinical communication by gender. *J Gen Intern Med*, 14(2), 112-21.
- Fiscella, K., Roman-Diaz, M., Lue, B. H., Botelho, R., och Frankel, R. (1997). 'Being a foreigner, I may be punished if I make a small mistake': Assessing transcultural experiences in caring for patients. *Fam Pract*, 14(2), 112-116.
- Fredriksson, S. (2008). Rekordmånga nya läkare kom från andra länder i fjol. Retrieved 31.03.2008, from Dagens Medicin [Electronic version] <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/2008/01/16/rekordmanga-utlandska-laka/index.xml>.
- Hall, J. A., och Roter, D. L. (1998). Medical communication and gender: a summary of research. *J Gen Specif Med*, 1(2), 39-42.
- Hallingberg, K. and Larsson, I. (1997) (red). *Människor och tro: Svensk sjukvård möter världsreligionerna*. Älvsjö: IJL Multi-Faith rådgivning.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturellt samfunn* (3. udgave., 1. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Herlitz, G. (2003). *Svenskar: Hur vi är och varför*. Uppsala:Konsultförl./Uppsala Publ. House.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. Thousand Oaks, Sage.
- Hojat, M. (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, E.(1998). På grundutbildningen är vi alla lika? –En reflektion över kandidattiden ur ett könsperspektiv. I Hultcrantz o.a. (red). *Läkare, doktor kvinna*. Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson, K., Andréasson, U. (2005). Sist i kön farida. Invandrare på svensk arbetsmarknad (No. 3/5).
- Medics on the Move [www.medicmove.eu](http://www.medicmove.eu)
- Phillips-Martinsson, J. (1984). *Svenskarna som andra ser dem*. Lund: Studentlitteratur.
- Roberts, C., Moss, B., Wass, V., Sarangi, S., och Jones, R. (2005). Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Med Educ*, 39(5), 465-75.
- Robertsson, H. (2003). Maskulinitetskonstruktion, yrkesidentitet, könssegregering och jämställdhet. Arbetslivsinstitutet 2003:13.
- Samuelsson, J. (2001). *Islamisk medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Srivastava, R., och Green, D. J. (2004). What's in a name? *Med J Aust*, 181(11-12), 643-44.
- Sveriges Kommuner och Landsting (kontakt: Leif Lindberg)
- Wretmark, G. (1984). *Läkaren möter människan*. Bromma: Merck Sharp och Dohme (MSD).