

Europeiska interkulturella arbetsplatser



HÄLSO- & SJUKVÅRD

En jämförande undersökning om arbetsplatspraxis i
hälso- och sjukvårdssektorn i tio europeiska länder



Education and Culture

Leonardo da Vinci

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

TACK	iii
FÖRORD	iv
1. Inledning	1
2. Bakgrund – nationell kontext	2
3. Lagstiftning	5
3.1 Internationell lagstiftning	5
3.2 Erkännande av kvalifikationer	6
4. Utmaningar på den interkulturella arbetsplatsen	9
4.1 Språk	9
4.2 Kommunikationsstil	12
4.3 Kulturella värderingar och vanor	14
4.4 Rasism, diskriminering, fördomar	17
5. God praxis	20
5.1 Att lösa språkproblem	20
5.2 Romska hälsokommunikatörer	21
5.3 Mentorskap och organiserat stöd från arbetskamrater	22
5.4 Erkännande av kvalifikationer	23
5.5 Kulturell mångfaldstjänsteman	23
5.6 Nationellt interkulturellt hälso- och sjukvårdsprojekt på Irland	24
6. Slutsatser och rekommendationer	25

Tack

Den här sjukvårdsrapporten är ett resultat av samarbetet inom partnerskapet i projektet European Intercultural Workplace (EIW) där följande organisationer medverkat: Dublin City University, Irland; European Centre for Education and Training (ECET), Bulgarien; Institut für Projektbegleitung und Kompetenzentwicklung - Pro-Kompetenz, Tyskland; Hellenic Regional Development Center (HRDC) Grekland; Västra Nylands folkhögskola, Finland; CONFORM - Consorzio Formazione Manageriale, Italien; Mangfold i Arbejdslivet – MiA, Norge; Academy of Humanities and Economics i Lodz, Polen; Göteborgs universitet, Sverige; samt University of Westminster, Storbritannien.

EIW:s partnerskap är tacksam för projektfinansieringen från Europeiska Unionen inom ramen för Leonardo da Vinci II-programmet.

Innehållet i den här sjukvårdsrapporten bygger främst på de nationella EIW-rapporter som de enskilda partnerinstitutionerna framställt. Dessa har kompletterats med hjälp av ytterligare forskning och andra källor där så funnits lämpligt. En arbetsgrupp med medlemmar från fyra av partnerinstitutionerna har framställt den transnationella analysen, designen och sammanställningen av de sektorspecifika rapporterna. Arbetsgruppen har bestått av Aileen Pearson-Evans och Frieda McGovern (DCU), Boian Satchev (ECET), Radu Szekeley (Västra Nylands folkhögskola) samt Brunella Maio och Andrea Marelo (Conform). Vi vill tacka alla de personer och institutioner som har bidragit till partnerskapets arbete, däribland de forskare och samarbetspartners som bistått i fallstudierna och den efterföljande utvärderingen samt spridningen av forskningsresultaten.

Den här sjukvårdsrapporten har utförts, sammanställts, skrivits och redigerats av Radu Szekeley vid Västra Nylands folkhögskola, Finland. Redaktören önskar särskilt tacka Nataliya Berbyuk Lindström vid Göteborgs universitet, vars fallstudie om sjukvården i Sverige i stor utsträckning påverkat strukturen och formuleringarna i föreliggande skrift.

Upphovsrätt © 2007 Projektpartnerskapet European Intercultural Workplace (EIW). Alla rättigheter förbehållna. Kopiering och spridning av hela eller delar av denna publikation är endast tillåten i icke-kommersiellt syfte och under förutsättning att EIW-projektet anges som källa.

Projektet har genomförts med stöd från Europeiska Unionen. Innehållet i projektet avspeglar dock inte nödvändigtvis Europeiska Unionens inställning och medför heller inget ansvar från Europeiska Unionen.

Förord

Europeiska arbetsplatser genomgår stora förändringar. Ekonomiska och politiska förändringar i Europa har under de senaste decennierna lett till en starkt ökad 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 hålla i sig och kommer sannolikt att fortsätta och öka.

Hur lika är utmaningarna och möjligheterna på interkulturella arbetsplatser inom olika sektorer och i olika medlemsländer? 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 dessa behov bäst mötas? Detta är några av huvudfrågorna som inspirerat utvecklingen av projektet European Intercultural Workplace (EIW) (2004-2007). Projektidén föddes på Dublin City University, Irland, och har genomförts med hjälp av medel från EU:s Leonardo da Vinci-program. EIW-projektet har utvecklats och breddats inom ett nätverk bestående av 10 europeiska samarbetspartners, från norr till söder och från väster till öster, från de tidigaste till de senaste tillkomna EU-medlemsstaterna, från länder med lång erfarenhet av att integrera utländska personer i arbetskraften till länder för vilka interkulturalism är ett helt nytt fenomen.

En viktig målsättning för projektet, och huvudsyftet med denna utbildningsrapport, har varit att få en överblick över sektorspecifika arbetspraktiker tvärs över Europa utifrån nationella situationsanalyser och arbetsplatsfallstudier. Inom varje partnerland har därför en rad olika arbetsplatser studerats inom den privata och offentliga sektorn, inklusive utbildningsområdet. Perspektivet från ledning, anställda och kunder från både majoritetsbefolkning och minoriteter har undersökts och jämförts. Därefter har resultaten från de tio ländernas nationella EIW-rapporter sammanställts i tre transnationella jämförande rapporter inom följande områden: Företag och ekonomi (små och medelstora företag), Social service (sjukvård) samt Utbildning (med fokus på formell utbildning inom grundskola, gymnasium och högskola).

Den här sjukvårdsrapporten har till syfte att informera och bistå beslutsfattare och praktiker att identifiera interkulturella utbildningsbehov och ge exempel på olika lösningar inom Europa. Den syftar även till att bidra till framställningen av effektiva interkulturella utbildningsmaterial med en gemensam europeisk standard. För detta ändamål har EIW-projektet utvecklat utbildningsmaterial (DVD och studiehandledning), som bygger på de sammanställda resultaten i de sektorspecifika rapporterna och de tio enskilda nationella EIW-rapporterna, för att bistå ledning och anställda i utvecklingen av en effektivare integrationsprocess och ökad interkulturell samverkan på arbetsplatsen.

Den här rapporten är på intet sätt uttömmande; den oundvikliga urvalsprocessen har medfört att vi har fått utelämnat material som kanske hade kunnat vara användbart. Mer detaljerad information och mer information om vårt utbildningsmaterial finns på hemsidan för European Intercultural Workplace (www.eiworkplace.net).

1. Inledning

Etnisk mångfald är i allmänhet inte något nytt inom sjukvården och i Europa har många politiska satsningar gjorts för att erkänna och stödja mångfald inom det här området. I fråga om kulturell mångfald och invandring är sjukvårdens roll inte bara att erbjuda medicinsk vård utan även att utjämna alla sorters skillnader och täcka specifika vårdbehov för vissa grupper, bland dem etniska minoritetsgrupper. Förbättrad folkhälsa prioriteras i alla länder, och tillgång till sjukvård bör fortsätta att vara i centrum för åtgärder på EU-nivå.

Tillgång till sjukvård är särskilt viktigt eftersom många av de etniska minoritetsgrupper som har etablerat sig i Europas länder under senare delen av 1900-talet blir allt äldre, och de kommer troligen att ha ökat behov av sjukvård under de 20 nästkommande åren. Tyvärr kan etnicitet fortfarande utgöra en nyckelfaktor för ojämlikheter inom vården, och *'den inverterade lagen om tillgång till vård'* – där de grupper som har störst behov av sjukvård har minst möjlighet att få tillgång till den – är fortfarande vanlig i Europa. Den här frågan har troligen lite att göra med den faktiska tillgången på sjukvård, som i princip ska vara lika tillgänglig för alla; ofta är tillgången begränsad på grund av kulturella föreställningar, vilket vi kommer att få se nedan, och på grund av detta måste andra medel tas till för att olika etniska grupper eller invandrargrupper ska kunna nås. Dessutom utsätts troligen fortfarande vissa invandrargrupper och etniska minoritetsgrupper för diskriminering från sjukvårdspersonalen. Ibland verkar det finnas en generell brist på kulturell medvetenhet hos sjukvårdspersonal, vilket kan leda till diskriminering och fördomar.

Kulturell mångfald förekommer inte bara bland patienterna, utan på Europas sjukhus finns ett ökande antal sjukvårdsanställda med utländskt ursprung. Det här betyder ofta att gamla etablerade hierarkier ifrågasätts och ersätts av nya. Kulturella skillnader i den nya heterogena arbetskraften skapar utmaningar som påverkar arbetslivet, till exempel konfliktlösning, skillnader i hur man ser på maktavståndet mellan överordnade och underordnade, inställning till arbete, förväntningar på uppförande och socialt accepterade normer och värderingar.

Den här rapporten granskar särskilt situationen i sjukvården i de tio länder som har deltagit i studien och generellt några juridiska aspekter relaterade till sjukvård i Europa. Det är inte vårt mål att ge någon uttömmande bild av Europas sjukvård, utan målet är att jämföra deltagarländernas erfarenheter av interkulturella arbetsplatser genom att fokusera på likheter och skillnader, och att belysa aspekter som kan hjälpa arbetsgivare å ena sidan och anställda med invandrarbakgrund och deras infödda kolleger å andra sidan. Vi tar ett praktiskt grepp om vad som sker på jobbet och försöker ge rekommendationer för hur man kan handskas med de dagliga praktiska problem som dyker upp på arbetet i sjukvården.

Metoden har varit att analysera och jämföra fallstudierna i de nationella rapporterna från de länder som deltar i EIW-projektet (European Intercultural Workplace). Resultaten bör därför ses som ett resultat av en andranivå-analys av materialet som visar på gemensamma teman i de olika länderna. Rapporten innehåller även allmän information om lagar och regler som underlättar rörlighet för människor inom vården, och även referenser till åtgärder som behöver vidtas på olika nivåer – från beslutsfattare till enskilda arbetsplatser – för att säkerställa att ökningen av den interkulturella arbetskraften fungerar väl.

2. Bakgrund – nationell kontext

Hur stor den kulturella mångfalden är inom vården varierar starkt mellan de tio länder som har ingått i analysen. För det första finns det en skillnad mellan länder i västra Europa, som har tagit emot invandrare under modern tid (till exempel Storbritannien och Tyskland), och länderna i östra Europa där utvandring har varit vanligast under modern tid (t.ex. Bulgarien, Grekland). För det andra har vissa av länderna traditionellt varit etniskt heterogena av historiska skäl (t.ex. Finland, Bulgarien, Polen) medan andra av tradition har en mer homogen befolkning (t.ex. Irland, Norge). För det tredje har den kulturella mångfalden i vissa länder ökat kontinuerligt på grund av invandring under relativt sett längre perioder (t.ex. Sverige, Italien), medan andra har bevittnat en kraftig invandringsökning under en kort period som inträffat nyligen (t.ex. Finland, Irland).

I enlighet med den här utvecklingen varierar den totala procentandelen invandrare i sjukvården, bland både patienter och personal, märkbart länderna emellan. Andelen personal från etniska minoritetsgrupper varierar också jämfört med andelen invandrare i ländernas totala arbetskraft. I vissa länder reflekterar sammansättningen av arbetskraften/personalen inom sjukvården den kulturella mångfalden, särskilt i länder med lång tradition av invandring; medan i andra länder, vanligen med en kortare historia av invandring eller med lägre andel invandrare, är detta ännu inte fallet. I Storbritannien och Irland reflekterar andelen invandrare bland sjukvårdspersonal ganska väl den övergripande andelen invandrare i länderna. I Sverige är den högre efter att ha stigit kraftigt under det senaste decenniet. I Finland, Tyskland och Italien är den lägre men ökar stadigt. I Bulgarien, Grekland och Polen är den fortfarande markant lägre.

Anledningen till en lägre representation av etniska minoriteter bland personalen inom sjukvårdssektorn varierar också, och många av dem är relaterade till de dagliga utmaningar som beskrivs senare i rapporten (Se även kapitel 4). Ibland finns det dock mer generella orsaker, till exempel lagstiftningen i ett visst land eller dess sociala struktur.

Den **grekiska** konstitutionen föreskriver att endast grekiska medborgare har rätt att arbeta i den offentliga sektorn¹. Det framväxande multikulturella samhället kräver att nya värden etableras som kan guida de sjukvårdsanställdas arbete. Och trots att invandrarnas nuvarande behov av offentlig service, till exempel sjukvård, inte är överdrivet stort, kan detta komma att förändras avsevärt under den närmaste framtiden på grund av legalisering av illegala invandrare och återförening av familjer (mer detaljerad information finns i den nationella rapporten "European Intercultural Workplace: Greece" på www.eiworkplace.net).

Bulgarien, Italien och Polen representerar också intressanta fall eftersom det i princip inte finns någon utländsk arbetskraft i den offentliga sektorn i alla tre länderna – förutom inom sjukvården. Bulgarien och Polen befinner sig själva i början av en helt ny situation där utländsk personal snart kommer att behöva rekryteras för att ersätta infödd medicinsk personal – särskild högt kvalificerade läkare – som lämnar länderna för att söka bättre betalt arbete i något annat EU-land. Både Bulgarien och Polen har också ganska stor romsk minoritet, vars tillgång till sjukvård fortsätter att vara en utmaning (ett exempel på en bra lösning från Bulgarien finns i kapitel 5 nedan). I Italien har å andra sidan antalet icke-italienska sjuksköterskor och "vårdgivare" ökat markant (en fullständig beskrivning av detta yrke finns i rapporten "European Intercultural Workplace: Italy" på www.eiworkplace.net). År 2002 fanns det 2 600 utländska sjuksköterskor i Italien från mer än 50 länder i hela världen, och de utgör 1 % av den totala arbetsstyrkan inom sjukvården. År 2006 är den här siffran tredubblad. Orsaken till detta är framför allt brist på sjuksköterskor, men även ökade möjligheter att få tillstånd för att arbeta som sjuksköterska: för den här yrkeskategorin finns det inte längre någon årlig kvot för utländsk arbetskraft, det finns ingen övre gräns. Inom den andra yrkeskategorin "vårdgivare" uppskattar man antalet till ca 1,5 miljoner i Italien, varav 85 % inte är EU-medborgare. 40 % av dessa

¹ N.B. Det här verkar motsäga "acquis communautaire", vilket garanterar samma tillgänglighet till arbete för EU-medborgare.

kommer från Sydamerika, El Salvador, Peru, Ecuador, 30 % kommer från Filippinerna, 10 % från den indiska subkontinenten (särskilt Sri Lanka) medan resten kommer från östra Europa (forna Jugoslavien).

Arbetsmiljön inom sjukvården på **Irland** har också förändrats avsevärt under de senaste åren, å ena sidan på grund av en stor och snabb ökning av den kulturella mångfalden i samhället, vilket har resulterat i kulturell mångfald bland patienterna, och å andra sidan bristen på irländsk sjukvårdspersonal vilket har gjort att personal från många olika länder aktivt har rekryterats. Även om det inte finns någon allmän statistik över antalet anställda från olika kulturer inom sjukvården kan St. James's Hospital (ett stort akademiskt universitetssjukhus i Dublin) tjäna som typexempel. Bland totalt 4 000 anställda finns det 1 200 sjuksköterskor (Staff Registered Nurse, SRN), varav 518 kommer från 16 länder utanför EU, och 45 från andra EU-länder. Utländska sjuksköterskor (SRN) utgör alltså idag ca hälften av det totala antalet. Utländska underläkare utgör också ca 50 % av det totala antalet läkare. Majoriteten kommer från Filippinerna, därefter Indien och Sydafrika, och ett litet antal kommer från många andra länder, inklusive USA, länder inom brittiska samväldet och EU. Antalet icke-irländska undersköterskor (health care assistants, HCA) har också stigit kraftigt under de senaste åren.

Som svar på den här utvecklingen arbetar den nationella styrkommittén för social integration (National Social Inclusion Steering Committee, NSISC) inom den irländska hälso- och sjukvårdsmyndigheten (Irish Health Service Executive) med att implementera ett nationellt interkulturellt hälsovårdsprojekt (National Intercultural Healthcare Project). Projektet syftar till att skapa en kultur där vård ges på kulturellt adekvat sätt inom sjukvårdssektorn. Främst skapas ett utbildningsprogram för att utveckla chefernas kunskaper i att arbeta interkulturellt samt åtgärder för att utveckla sjukvårdsmiljön på ett kulturellt korrekt sätt (projektets övergripande innehåll beskrivs i kapitel 5.6 nedan).

Den irländska satsningen *Nationell strategi för interkulturell hälsa 2007-2012* (Irish National Intercultural Health Strategy 2007-2012), som startar i slutet av 2007 består av ett omfattande ramdokument för att stödja personal och vårdtagare att tillsammans utforma och utvärdera sjukvård till etniska minoritetsgrupper. I enlighet internationella modeller om god praxis, rapporter som har beställts av hälso- och sjukvårdsmyndigheten, och rekommendationer från den nationella rådgivande kommittén om rasism och interkulturalism (National Consultative Committee on Racism and Interculturalism), har åtgärdsplanen i strategisatsningen som målsättning att inkludera, kulturellt känsliga strategier ska kunna användas i organisationerna inom tre nyckelområden: Etik inom organisationen, arbetsmiljö och komponenter för att stödja interkulturell utbildning.

Sjukvården i **Tyskland**, i synnerhet i regionen Mecklenburg-Vorpommern, karakteriseras också av ökande kulturell mångfald. Detta gäller dels patienterna, vilket är en naturlig konsekvens av ökad mångfald, men även allt mer bland ledning och personal på olika sjukvårdsinrättningar. Ökningen inom personalen beror på allmän personalbrist på nationell nivå, vilket måste åtgärdas genom att man lyckas attrahera och behålla utländsk personal. Kvalificerad personal söks med ljus och lykta från sjukhus i alla fem nyformade tyska delstater och inom poliklinisk vård är bristen ännu större. Det fattades 600 kirurger i Tyskland i slutet av 2004, och tyska myndigheter har startat kampanjer för att locka utländsk personal och även kvalificerade invandrare som redan finns i landet men som inte har kunnat få arbete på grund av otillräckliga formella kvalifikationer (en fullständig beskrivning av hur kvalifikationer erkänns formellt finns i kapitel 3.2 nedan): I slutet av 2004 hade ca 400 licenser och tillstånd att praktisera utfärdats till invandrare av den delstatliga legitimeringsmyndigheten. Men förutom dessa finns det fortfarande många kvalificerade yrkesmänniskor, särskilt bland de tiotusentals invandrarna från länderna bakom den forna järnridån, som via påskyndad validering skulle kunna få sina kvalifikationer erkända och bli yrkesmässigt integrerade i den offentliga vården. I en situation med ett konkret behov ser delstatsmyndigheter *"en grupp med särskilt goda chanser och potential för integration i yrkeslivet. (...) Acceptansen inom befolkningen av dessa män och kvinnor är*

stor.² En rapport beställd av socialdepartementet i delstaten Mecklenburg-Vorpommern visar att det finns 145 arbetslösa invandrare med kvalifikationer inom medicin och vård inom delstaten, däribland 37 doktorer och 76 sjuksköterskor. Majoriteten av dessa är yngre än 50 år och kan praktisera sitt yrke när deras medicinska kvalifikationer och sjuksköterskekvalifikationer har kompletterats enligt tyska krav.

De tre nordiska länder som deltog i forskningen – **Finland, Norge och Sverige** – visar vissa likheter vad gäller den kulturella mångfalden inom sjukvården, men det finns även vissa viktiga skillnader. Förändringar inom de tre länderna i etnisk sammansättning reflekteras i sjukvårdssystemet, som traditionellt har varit en relativt monokulturell arbetsplats. På grund av invandringen blir frågan om att erbjuda kulturellt kompetent sjukvård till patienter med olika kulturell bakgrund viktig. Enligt officiell statistik från 2006 är 12,2 procent av Sveriges invånare födda utanför Sverige. Om vi tar med dem som bor i Sverige och vars båda föräldrar är födda utanför Sverige är den totala andelen 15,8 % (SCB). Dessa siffror är lägre i Norge (8,3 %) och Finland (2 %), men även här kommer sjukvårdspersonal i ökande grad behöva ytterligare språklig och kulturell kompetens för att kunna erbjuda service till patienter med olika kulturell bakgrund. Strategisk planering på regeringsnivå är på gång. Det senaste exemplet finns i Norge, där ett beslut från 2006 ger klara riktlinjer om hur politiken inom hälso- och sjukvård ska svara på framtida utmaningar med etniska minoriteter, och ägnar sig särskilt åt tre områden: 1) information, språk och kommunikation, 2) tydliggörande av förväntningar och anpassning av vården samt 3) utbildning, samarbete och vägledning för personalen.

Dessutom är de olika invandrargrupperna inte bara representerade i patientgruppen utan i ökande grad även bland personalen – i högre grad i Sverige och Norge än i Finland. Idag finns invandrargrupperna inte bara representerade bland undersköterskor och städpersonal – lågstatusjobb som traditionellt sett har varit inkörsport till den nordiska arbetsmarknaden – utan även bland läkare och sjuksköterskor. Under 2004 utfärdades till exempel i Sverige fler läkarlegitimationer till läkare utbildade utanför Sverige än till läkare utbildade i Sverige (1 109 av 1 858, 59 %), se även rapporten "European Intercultural Workplace: Sverige" på www.eiworkplace.net). Å andra sidan har Finland en låg andel kvalificerad utländsk personal, dels på grund av att väldigt få invandrare har utbildats till läkare i Finland och dels på grund av att de som är utbildade utomlands vanligtvis inte har tillstånd att arbeta i Finland.

Men för att kunna svara på det ökade behovet av läkare och sjukvårdspersonal i de nordiska länderna har satsningar gjorts för att rekrytera utländsk personal eller läkare som redan bor i Sverige men som inte har formellt erkänd legitimation och att hjälpa dem att få sina kvalifikationer erkända. Särskilda rekryteringssatsningar har till exempel påbörjats i olika delar av Sverige från och med år 2000 för att locka läkare från Polen, Tyskland och Ungern. I Finland har en specialsatsning inletts för att locka kvalificerade tandläkare från länder utanför EU där formella procedurer för erkännande av kvalifikationer kringgås genom att tandläkarna genomgår en snabb utbildning därefter erhåller legitimation och behörighet att utöva sitt yrke.

Invandrarnas tillgång till ledande positioner inom sjukvård är fortfarande mycket låg inom de tre nordiska länderna; alla studerade länder uppvisar en liknande situation, med undantag för Storbritannien.

I **Storbritannien** har hälsovårdsministern (Minister of State for Health) gett alla organisationer inom den nationella hälsovårdsmyndigheten (National Health Service, NHS) i uppdrag att sätta upp lokala mål för att öka andelen personal från etniska minoriteter i områden med underrepresentation. Den här och andra åtgärder för att öka möjligheten att rekrytera, behålla och utveckla personal med ursprung i etniska minoriteter offentliggjordes efter ett möte med berörda parter. Man vill specifikt:

- ⇒ Öka antalet asiatiska sjuksköterskor, vilket är lågt jämfört med arbetskraften som helhet;

² Dr Marianne Linke, socialminister i M-V i ett tal till delstatsparlamentet i M-V, den 10 mars 2005.

- ⇒ Öka andelen personal från etniska minoritetsgrupper inom särskilda yrkesgrupper i NHS där de för närvarande är underrepresenterade;
- ⇒ Öka antalet personer från etniska minoritetsgrupper i ledningspositioner inom NHS.

Alla mål håller på att nås, men särskild uppmärksamhet förtjänar målet att minst 7 % av personer som utnämns till ledamöter i NHS-styrelser och institutioner knutna till hälsovårdsdepartementet (Department of Health Non-Departmental Public Bodies, NDPB) bör ha etnisk minoritetsbakgrund. Departementet har överträffat målet för båda grupperna: siffran för NHS-styrelseledamöter är nu 12,3 % och antalet NDPB-ledamöter har ökat till 10,9 %. Detta är ett lovvärt exempel på en myndighets engagemang för att uppnå högre representation i offentliga organisationer genom positiv diskriminering, ett exempel som lätt kan överföras till andra länder.

3. Lagstiftning

3.1 Internationell lagstiftning

Garanterar rätten till hälsa

Varje diskussion om hälso- och sjukvårdslagstiftning startar med förståelse om "hälsa som en mänsklig rättighet", stater specifika juridiska skyldigheter på området och om internationell lagstiftning. Enligt Europas hälsovårdslag har alla människor rätt till sjukvård inom det nationella sjukvårdssystemet. I praktiken får alltså inget sjukhus avvisa någon som har drabbats av olycka eller sjukdom, vem den personen än är och vare sig personen har någon nationell sjukvårdsförsäkring eller inte. Dock är endast viss behandling tillgänglig om man inte är medborgare eller har uppehållstillstånd i ett EU-land, och detta har organisationer för mänskliga rättigheter vid flera tillfällen protesterat mot som ett brott mot internationella överenskommelser. Dessa överenskommelser består primärt av två dokument:

- Avtalet om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, en av två konventioner antagna under den allmänna deklarationen om de mänskliga rättigheterna som erbjuder "allas rätt till högsta möjliga nivå av fysisk och mental hälsa" och
- Den europeiska konventionen om mänskliga rättigheter.

Inget av dokumenten innehåller någon uttalad rätt till medicinsk behandling, men det kan finnas omständigheter, om en behandling eller service inte når patienten, som skulle kunna innebära brott mot rätten till liv (artikel 2) och/eller förbudet mot inhuman och nedsättande behandling (artikel 3) i europakonventionen. Hälso- och sjukvårdsmyndigheter, särskilda hälso- och sjukvårdsmyndigheter, reglerande myndigheter och lokala myndigheter har alla som offentliga institutioner ett ansvar att uppfylla konventionens innehåll.

EU-lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagstiftning avser att skapa en miljö där främjande av hälsa går hand i hand med skydd av individuella rättigheter, tillsammans med allmänna principer om jämlikhet och rättvisa. Genom åren har vikten av lagstiftning på folkhälsoområdet vuxit, både på nationell och europeisk nivå. Eftersom rätten till hälsa är nära sammanlänkad med mänskliga rättigheter är det viktigt att hälso- och sjukvårdslagstiftningen integreras med ansvariga sjukvårdspolitikers beslut. Hälso- och sjukvårdslagstiftningens inflytande på politiska strategier på området förväntas öka, särskilt inom EU, som resultat av utveckling på flera områden: internationalisering av lagstiftning och beslut inom hälso- och sjukvård, konsumentskyddsfrågor samt EU-lagstiftning om tillgång till hälso- och sjukvårdsservice. EU har blivit allt mer aktivt på sjukvårdsområdet under senare år. Den här involveringen förväntas öka i och med att EU-länderna godkänner nya medel för detta. Detta kräver en strategi för att bygga upp en givande relation mellan hälso- och sjukvårdspolitik och -lagstiftning.

EU:s officiella hälso- och sjukvårdspolicy har byggt på något av en paradox. EU-ledare har i många år velat att EU ska ägna sig åt vissa frågor, till exempel hälso- och sjukvårdsfrågor, som är viktiga för

unionens medborgare. Men sjukvården står så högt på nationella politiska agendor att de flesta regeringar har varit tveksamma till att låta EU blanda sig i lagstiftningen. En dellösning nåddes i Maastricht-avtalet 1992, då EU skulle "uppmuntra samarbete mellan medlemsländer" och "om nödvändigt erbjuda stöd för åtgärder" på folkhälsoområdet (artikel 129(1)). EU gavs makten att spendera pengar på hälso- och sjukvårdsprojekt på europeisk nivå, men förbjöds i praktiken att stifta lagar för att harmonisera folkhälsoåtgärder inom medlemsstater (artikel 129(4)).

När EU:s inflytande över hälso- och sjukvårdspolitiken reviderades i Amsterdam-fördraget 1997 stärktes mandatet avsevärt. EU skulle nu säkerställa "en hög nivå av mänsklig hälso- och sjukvård" gällande "definition och införande av hälso- och sjukvård för alla (unions-)policier och aktiviteter" och att arbeta tillsammans med medlemsstaterna för att förbättra folkhälsa, förebyggande vård och "eliminera orsaker till fara för människors hälsa" (artikel 152(1)). Med två små undantag var harmonisering av medlemsstaternas folkhälsovetenskap fortfarande förbjudet, och EU skulle "fullständigt respektera" alla medlemsstaters ansvar för "att organisera och leverera hälsovård och medicinsk vård" (artikel 152(4,5)).

Effekt av EU-lagstiftning på tillgång till hälso- och sjukvård

Trots att EU inte får påverka medlemsstaternas rätt att sköta sina egna sjukvårdssystem, påverkas ändå sjukvården och sjukvårdspersonalen av effekter av EU-lagstiftning inom andra områden. Det finns många exempel på hur EU-lagstiftning kan påverka beslutsfattande på folkhälsoområdet, från alla EU-medborgares rätt till medicinsk vård i en annan medlemsstat i enlighet med nationell lagstiftning, till det gemensamma nätverket för epidemiologisk övervakning och kontroll över smittsamma sjukdomar. Två särskilt nämnda exempel på EU-lagstiftning som har inneburit stora förändringar i vården gäller arbetsplatsen i stort: "*läkardirektivet*" (*doctors' directive*) och "*arbetstidsdirektivet*" (*working time directive*). Inget av dessa skapades som en hälsopolicy. Om det senare har som mål att harmonisera den maximala arbetsbelastningen inom olika yrken – och dess effekter är välkända – förtjänar det förstnämnda särskild uppmärksamhet på grund av dess vida implikationer på arbetskraftens rörlighet och erkännande av kvalifikationer.

3.2 Erkännande av kvalifikationer

3.2.1 Automatiskt erkännande av yrkeskvalifikationer som har erhållits i en EU/EES-medlemsstat³

Läkardirektivet var ett av flera direktiv från den europeiska kommissionen under 1970-talet och det tidiga 1980-talet som en del av en satsning för fri rörlighet för arbetare och yrkesmän. Direktivet utformades för att garantera automatiskt ömsesidigt erkännande av de flesta medicinska kvalifikationer inom EU, om medlemsstaterna införde vissa garantier om lägsta kvalitet (uttryckta i antal utbildningsår). Detta var grunden för rådskdirektiv 93/16/EEG från 5 april 1993 för att underlätta fri rörlighet för läkare och ömsesidigt erkännande av deras examina, certifikat och andra bevis på formella kvalifikationer. I och med EU:s utvidgning österut togs frågan upp igen i direktiv 2005/36/EG som gäller alla medborgare i medlemsstater som vill utöva ett reglerat yrke (inte bara vårdyrken, utan alla reglerade yrken ingick den här gången) i en annan medlemsstat än den där de fick sina yrkeskvalifikationer, antingen i en egen praktik eller som anställd. Trots att direktivet uppmuntrar till att automatiskt erkänna kvalifikationer är processen inte helt automatisk och den innehåller en ansökningsprocedur som ibland kan vara ganska byråkratisk.

Huvudprincipen för att erkänna kvalifikationer inom EU är att om en EU-medborgare har slutfört en stor del av kvalificeringsprocessen i ett EU-land ska kvalifikationerna erkännas i alla EU-länder. Principen gäller även EES-länder (Liechtenstein, Island och Norge) samt Schweiz. Alla medlemsstater erkänner automatiskt utbildningsbevis som ger tillgång till yrken som läkare,

³ Informationen bygger på kapitel III i Direktiv 2005/36/EG.

sjuksköterska, tandläkare, barnmorska och farmakolog, vilket täcks i bilaga V i direktivet. Direktivet har också antagit principen om att automatiskt erkänna medicinska och odontologiska specialiteter som under nuvarande lagstiftning är gemensamma för minst två medlemsstater. Framtida tillägg till direktiv 2005/36/EG om nya medicinska specialiteter – där kvalifikationer ska kunna erkännas automatiskt – begränsas till specialiteter som är gemensamma för åtminstone två femtedelar av medlemsstaterna. Med andra ord kan endast specialiteter som erkänns av 40 % av medlemsstaterna läggas till i listan över specialiteter som erkänns ömsesidigt.

För att kunna jämföra kvalifikationer anger direktivet villkor för lägsta utbildning för följande yrken:

För **läkare** erkänns **grundläggande medicinsk utbildning** om den består av minst sex års studier eller 5 500 timmar teoretisk och praktisk utbildning på ett universitet eller under överinseende av ett universitet. Fullgjord grundläggande medicinsk utbildning är obligatorisk för att kvalificera för medicinsk specialistutbildning eller utbildning till allmänläkare. **Medicinsk specialistutbildning** innehåller ytterligare teoretisk och praktisk utbildning på heltid på ett universitet eller annat erkänt center i minst så lång tid som anges i bilaga V till direktivet (till exempel 5 års specialisering i allmänkirurgi). För att **allmänläkares** kvalifikationer ska erkännas måste de förutom grundläggande medicinsk utbildning ha genomgått praktisk utbildning på heltid på ett godkänt sjukhus, enligt följande:

- i minst två år för certifikat utfärdade före 1 januari 2006,
- och i tre år för utbildningscertifikat utfärdade efter det datumet.

Observera att olika delar av utbildningen kan genomföras i olika EU-medlemsstater, och att det är det senaste certifikatet som utfärdas som genomgår erkännandeprocessen.

Sjuksköterskor måste ha åtminstone tre års studier eller 4 600 timmar av teoretisk och praktisk utbildning på heltid. Minimikraven för utbildningsprogrammet beskrivs i bilaga V, punkt 5.2.2 i direktivet.

Certifikat för **tandläkare** erkänns om utbildningen innebär åtminstone fem års teoretiska och praktiska heltidsstudier och har åtminstone det innehåll som beskrivs i bilaga V, punkt 5.3.2 i direktivet.

Barnmorskors yrkeskvalifikationer erkänns om:

deras certifikat inkluderar specifik teoretisk utbildning och praktiska studier på heltid som barnmorska i åtminstone tre år, eller

om de har bevis på formella kvalifikationer som sjuksköterska och därefter åtminstone har genomgått en specifik heltidsutbildning till barnmorska i 18 månader.

Farmakologer får sina kvalifikationer erkända om certifikatet baseras på utbildning under minst fem år, inklusive åtminstone fyra års teoretisk och praktisk utbildning på heltid på ett universitet och minst sex månaders praktik på ett apotek öppet för allmänheten eller på ett sjukhus.

Tillvägagångssätt för ömsesidigt erkännande av medicinska yrkeskvalifikationer

En individuell ansökan skickas till myndigheten i värd-medlemsstaten, tillsammans med vissa dokument och certifikat. Enligt direktiv 2005/36/EG har myndigheten en månad på sig att kvittera att ansökan har mottagits, och begära in eventuell ytterligare dokumentation. Ett beslut måste fattas inom tre månader från det datum då en komplett ansökan har mottagits. Orsak till eventuellt avslag måste anges, och det ska vara möjligt för den sökande att pröva ett avslag eller underlåtenhet att fatta beslut inom den angivna tiden, i allmän domstol.

Det bör nämnas att alla krav, och även processen ovan, endast gäller kvalifikationer som har erhållits i en EU/EES-medlemsstat. För kvalifikationer som har erhållits i andra länder gäller olika regler för varje medlemsstat. Dessutom garanterar inte direktivet att en examen som har erhållits i ett land

utanför EU och som har godkänts i en medlemsstat automatiskt godkänns i hela EU (t.ex. gäller inte en läkarexamen från Serbien som har godkänts i Österrike automatiskt i alla EU-medlemsstater, utan måste undergå separata erkännandeprocédurer i varje stat där innehavaren av examen vill utöva sitt yrke; i den här typen av fall har varje medlemsstat sin egen lagstiftning).

3.2.2 Ömsesidigt erkännande av kvalifikationer inom det nordiska avtalet

Det senaste avtalet om den gemensamma nordiska arbetsmarknaden för yrkesmänniskor inom vården började gälla i början av 1994. Avtalet gäller yrkesutövare som är medborgare i Island, Norge, Sverige, Finland och Danmark. Utbildningarna för sjukvårdsyrken liknar varandra inom de olika nordiska länderna och har godkänts i länderna emellan. Därför gäller avtalet för sjukvårdsyrken, så att om rätten att utöva ett yrke har godkänts i ett nordiskt land gäller motsvarande rätt även i övriga nordiska länder, utan att några ytterligare procedurer är nödvändiga. Det här specifika avtalet underlättar rörligheten för de nordiska ländernas medborgare mycket mer än mellan EU/EES-stater, eftersom de nordiska ländernas medborgare inte behöver något separat erkännandebeslut för att få tillstånd att arbeta i andra nordiska länder om deras kvalifikationer har godkänts i ett nordiskt land.

3.2.3 Godkännande av kvalifikationer som har erhållits utanför EU/EES

Till skillnad från sjukvårdspersonal från andra EU-länder, som kan börja arbeta i ett annat EU-land i stort sett omedelbart, har inte läkare från länder utanför EU/EES eller Norden några garanterade avtalsreglerade rättigheter att automatiskt bli godkända som läkare i något av de länder som deltog i undersökningen, utan de måste ansöka om auktorisering utifrån en individuell bedömning. Bedömningen inkluderar en utvärdering av deras medicinska utbildning, eventuell vidareutbildning som behövs, och – i de flesta fall – en legitimationsexamination. Den här processen har visats vara utdragen för många läkare och tar mellan 2 och 8 år. Det är ingen överraskning att många läkare med examen från länder utanför EU har blivit tvungna att arbeta utanför sitt yrkesområde och ofta blir kvar där mycket längre tid än nödvändigt.

Vissa åtgärder vidtas för att påskynda valideringsprocessen. Till exempel har processen för att få en svensk legitimation strukturerats upp, och flera projekt för att påskynda processen har startats mellan 2000 och 2003, till exempel "Projekt utländska läkare", "Legitimation.nu", Stockholmsprojektet och Malmöprojektet (mer information finns i rapporten "European Intercultural Workplace: Sverige" på www.eiworkplace.net). I Italien har specifika åtgärder vidtagits för att snabbare kunna åtgärda bristen på personal inom hushållssektorn. I detta land där sjukvårdskvalifikationer som har införskaffats utomlands normalt erkänns genom beslut av hälsovårdsdepartementet, har alltså centrala myndigheter under de senaste två åren måst delegera godkännandet till regionala myndigheter för att processen ska kunna accelereras och tomma poster fyllas snabbare med utländsk sjukvårdspersonal.

3.2.4 Språkkrav

Enligt EU:s lagstiftning kan medlemsstaterna kräva att invandrare har tillräckliga kunskaper i språket för att få utöva sitt yrke. Denna åtgärd måste användas med måtta för att inte i onödan utsätta sökanden för den pålaga som ett språktest innebär innan en yrkesaktivitet kan utövas. Det är värt att notera att utvärderingen av språkkunskaper är skild från erkännandet av yrkeskvalifikationer. Språktestet måste ske efter att kvalifikationerna har erkänts, när den sökande vill praktisera sitt yrke. Med andra ord är rätten att praktisera inom sjukvården inte beroende av kunskaper i landets officiella språk, men en arbetsgivare kan kräva en viss nivå på språkkunskaperna innan den sökande får jobb.

Till exempel krävs av all utländsk personal inom NHS i Storbritannien att de förutom att ha erkända kvalifikationer ska kunna tala engelska. De får skriva ett engelskt språktest och utländska sökande informeras om detta innan de ansöker om en tjänst. Men om en utländsk läkare med erkända kvalifikationer men bristande språkkunskaper vill öppna en privatpraktik finns inga lagliga hinder. Situationen är liknande i de flesta länder, där arbetsgivarmyndigheten anser att språkkraven har uppfyllts när läkaren har klarat vissa prov som ofta förutsätter en väldigt hög språkkunskapsnivå.

Reglerna är något mindre stränga för sjuksköterskor vars språkkunskaper kan vara lägre. Till exempel fanns det på Irland fram till 2003 ingen miniminivå för kunskaper i engelska vid rekrytering av sjuksköterskor, vilket resulterade i att en del utländska sjuksköterskor med väldigt dåliga kunskaper i engelska anställdes. Trots att det fortfarande inte finns något minimikrav på kunskaper i engelska för undersköterskor krävs det nu av alla sjuksköterskor att de ska ha en acceptabel kunskapsnivå, mätt med något av språktesten IELTS (International English Language Teaching Standards) eller TOEFL (Test of English as a Foreign Language).

4. Utmaningar på den interkulturella arbetsplatsen

Det här kapitlet fokuserar på de utmaningar som människor med olika kulturell bakgrund ställs inför när de arbetar på samma ställe. Inom sjukvården gäller frågorna både interaktion mellan arbetskamrater och kontakt mellan personal och patienter från olika kulturer. Det är tydligt att möten i en så känslig och stressutsatt miljö som sjukvården innebär ett antal utmaningar: vi har valt ut de som har visat sig vara ganska lika i studiens olika länder, även om det finns vissa skillnader inom kategorierna. I vissa fall har vi även lyckats identifiera praktiska lösningar som har anammats av personalen själv, och dessa anges som svar på de utmaningar som uppstår.

4.1 Språk

De vanligaste utmaningarna i alla länder inom sjukvårdssektorn handlade om språk. Detta är inte förvånande med tanke på att språksvårigheter är lätta att lägga märke till, och det krävs inte att man är särskilt känslig för interkulturella skillnader för att upptäcka dem. Språksvårigheter är också de svårigheter som har störst inflytande på kommunikationen: att inte förstå alls eller att missförstå verbala yttranden leder lätt till sammanbrott i kommunikationen och kan ge upphov till farliga situationer.

4.1.1 Språkkunskaper

Dåliga språkkunskaper skapar osäkerhet, både bland patienter och personal. Det är allmänt känt och accepterat i alla analyserade fallstudier att läkare har utmärkt kunskap i det medicinska språket, tack vare arbetsgivarens krav. Läkarna känner sig själva säkra på språket, men de pekar ut vissa språkbarriärer. Ca 60 % av de intervjuade läkarna hävdar att de förstår allting och endast har problem med vissa patienters uttal. Ca 40 % tycker endast att dialekter är svåra att förstå. Nästan alla läkare antydde svårigheter med uttal men anser att de har tillräcklig aktiv vokabulär. Därför var språksvårigheterna inte signifikant relaterade till användning av språket läkare emellan, utan mer till kommunikation med utländska sjuksköterskor - som generellt inte behöver samma kunskapsnivå för att få arbeta – och med patienter med invandrarbakgrund. Ett annat signifikant problem var användning av ett tredje språk, engelska i de flesta länder, i kommunikation med patienter med invandrarbakgrund. Den typiska situation som uppstår i en sådan situation är att patienten inte kan beskriva symptomen, vilket gör det extremt komplicerat att ställa diagnos. Det faktum att inga av de inblandade personerna har engelska som modersmål orsakar osäkerhet på båda sidor – för läkaren som inte är säker på att han har förstått symptomen korrekt, och för patienten som är osäker på läkarens instruktioner.

En finsk läkare påpekade hur viktigt det är att patienterna korrekt förstår vad läkaren säger om medicinering, till exempel för självmedicinering vid diabetes. Problemet förstärks om patienten är en invandrare vars finska språknivå inte är tillräckligt god, och om kommunikationsregler från hans kulturella bakgrund hindrar honom från att be läkaren upprepa eller förklara mer i detalj. I de här fallen är det extremt viktigt att läkaren kontrollerar feedback från patienten och använder icke-språkliga sätt att förklara (kroppsspråk, bilder). Ett antal intelligenta lösningar har identifierats på de italienska och irländska sjukhus som har studerats. Lösningen består helt enkelt av kort med skriftlig information på enkelt språk och informell stil, tillsammans med bilder. Samtidigt har några läkare som experiment använt planscher med illustrationer på situationer som motsvarar de vanligaste

sjukdomssymptomen. Dessa visas för patienten vid behov och det finns tillhörande bildtexter med en kort beskrivning av symptomen och sjukdomen. De översätts till de flesta av Italiens invandrarsspråk. Arbetet har krävt en del tid av läkarna under utformningsprocessen, men har haft en mycket positiv effekt från början. Samtidigt har kommunikationen märkbart förbättrats genom att personalen har fått lära sig vissa gester som betyder samma sak i olika kulturer och som hjälper till att beskriva patienternas symptom.

Att tala med utländska arbetskamrater innebär också en **avvikelse från normal användning av modersmålet**, vilket de flesta intervjuade var medvetna om. Den största utmaningen i det här fallet är att använda korrekt ton och språknivå utan att verka överlägsen genom att använda "barnspråk". En av de intervjuade finska läkarna sa att ibland kunde hon inte vara helt säker på om de utländska sjuksköterskorna hade förstått vad hon sa. Även i det här fallet måste hon kontrollera feedback genom att använda enklare språk, men ibland hindrar hennes egen kulturella bakgrund henne från att göra det, eftersom hon är rädd att sårta sköterskan genom att "behandla henne som ett barn som inte förstår vad man säger till henne".

Patienter har i flera fall uttalat **tvivel om personal som inte talar deras språk**. De svenska deltagarna understryker till exempel problem med att förstå den brutna svenska som deras icke-svenska samtalspartners använder. Sådana fall orsakar osäkerhet och kan leda till stress. Brist på språklig kompetens tillsammans med långsammare kommunikation kan tyvärr ofta leda till att den som talar sitt modersmål blir misstänksam och tänker tankar som "Är han/hon en bra läkare? Om han/hon inte kan tala, och kommer från ett fattigt land i tredje världen, kan jag då vara säker på att han/hon kan hjälpa mig?" Utländska sjuksköterskor på Irland förklarade också att sämre språkkunskaper ofta misstas för sämre yrkeskunskaper. I Tyskland leder läkarens svårigheter att använda det tyska språket till osäkerhet, och till känslan att om läkaren inte kan tala tyska väl kanske han även förstår patienterna dåligt, och därför inte kan behandla dem korrekt. Patienterna låter oftare bli att berätta om sina hälsoproblem, talar inte lika öppet, och ifrågasätter nyttan med specifika behandlingar oftare än om läkaren talar flytande tyska.

För att övervinna språkproblemen, särskilt i kontakt med nyanlända invandrare och äldre invandrare, kan **tolk behöva användas**. Det kan verka enkelt att använda tolk, men både tolken och sjukvårdspersonalen behöver särskilda kunskaper. Dessutom är tolkhjälp dyrt, konsultationen tar mycket längre tid om tolk används, och ibland blir det ännu mer komplicerat att ställa diagnos och ge ordinationer. Och det kan även finnas kulturella bekymmer relaterade till tolkanvändning: vissa patienter vill höra läkaren förklara för dem vad de ska göra och litar inte på tolken. Därför måste sjukvårdspersonalen vara särskilt noggrann vid val av tolk. Följande personer kan kanske fungera som tolk: patientens släktingar, till exempel make/maka, barn, bror o.s.v., sjukvårdspersonal med samma språkliga bakgrund som patienten, eller en auktoriserad tolk. Alla dessa alternativ har styrkor och svagheter som presenteras kort nedan.

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 att utelämna viss information. Och i flera länder är det fråga om tystnadsplikt – en läkare får inte förmedla information om en persons hälsa till någon annan utan patientens uttalade medgivande: per definition får ju den anhörige tolken informationen före patienten, vilket innebär att läkaren skulle kunna ställas inför rätta för att ha brutit mot lagen. Samtidigt kanske läkaren ställs inför en etisk fråga – hur mycket av en persons lidande ska delas med släktingarna?

Vårdpersonal med samma språkliga bakgrund som patienten som tolk

Att ha språkkunnig vårdpersonal ses som en fördel för patienter som själva har dåliga kunskaper i vårdlandets språk och därför behöver språkstöd på sjukhuset. Detta har visat sig vara en positiv om än oförutsedd effekt av att ha mångkulturell arbetskraft. Till exempel kan en bosnisk anställd tolka för en bosnisk patient under hans vistelse på sjukhus. Och ett konkret exempel från Finland refererar till en indisk patient som varken talade engelska eller finska, och vars liv räddades av en indisk sjukvårdsanställd som kunde tolka vad patienten sa. I ett annat exempel från Storbritannien rapporterade en sjuksköterska med ursprung från Bangladesh att hon vid ett antal tillfällen hade hjälpt till med språket för de patienter som talade bengali, men att hon såg det här som extra arbete. Hennes ambivalenta kommentar var *"Det är verkligen till stor hjälp för dem (patienten) att få förklara på bengali, särskilt när de först kommer och är lite förvirrade. Men jag är ju inte alltid här och det kan orsaka problem. Och egentligen ingår det ju inte i mitt jobb."*

Å andra sidan, uttryckte en läkare av iranskt ursprung, verksam i Sverige, sitt 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.

Vissa läkare tvivlade också på pålitligheten hos icke-professionella tolkar, som kanske inte översätter all information.

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 (undvika att lämna patienten och istället tala med tolken). Andra viktiga aspekter handlar om att undvika att avbryta tolken, och att informera patienten om den rådande tystnadsplikten.

Enligt de här studierna försöker många sjukhus erbjuda tolkhjälp på sjukhuset om det är möjligt. Sjukhusen i Storbritannien erbjuder till exempel professionella tolkar om och när de kan, men den här tjänsten sköts ofta av frivilliga, medan finländska sjukhus som regel anställer tolkar på de sjukvårdsinrättningar som mest har hand om asylsökande. Enligt fallstudien på det irländska sjukhuset erbjuds tolk när det är möjligt: det finns en lista över tillgängliga interna tolkar, och tolk finns även tillgängligt per telefon dygnet runt. Flera sjukhus erbjuder utbildning för personalen om hur man använder tolk på rätt sätt, och erbjuder även studiematerial i ämnet. Men fallstudierna visar att i alla länder tillhandahålls tolkservice ibland av och till, och beror på människor med rätt kvalifikationer finns tillgängliga.

4.1.2 Dialekter, brytning och slang

Lokala dialekter har rapporterats som en utmaning i många fall. Infödda patienter talar ofta på dialekt och tänker inte alltid på att ändra till standardspråk i samtal med personal av utländskt ursprung. Detta kan leda till missförstånd eller svårigheter i kommunikation mellan patienten och vårdpersonalen. Regionala dialekter på Irland rapporterats ofta orsaka allvarliga problem för utländsk personal, liksom användandet av lokala uttryck och slang, vilket är vanligt förekommande. Utländsk personal klagade också på att irländare talar snabbt, ett faktum som bekräftas av de irländska sjuksköterskorna. Olikheter i intonationsmönster kan också leda till missförstånd. En indisk sjuksköterska förklarade att när hon bad en irländsk sjuksköterska att göra något utan det typiska irländsk-engelska intonationssättet att stiga mot slutet av meningen, ansågs hon oförsämd: *"hon trodde att jag beordrade henne att göra något."*

Att lära sig en dialekt är i vissa länder en jobbig process som till slut hjälper den utländska vårdpersonalen att integreras på arbetsplatsen, men i Italien är situationen lite annorlunda: dialekten är den vanligaste typen av språk, vanligare än standarditalienska. Av den här anledningen lär sig en invandrare att tala dialekten i det område där han/hon bor, vilket orsakar integrationsproblem vid flytt till en annan provins eller region. Tydligt är dialekterna så starka att en vårdanställd med utländsk bakgrund då måste lära sig ytterligare en dialekt, d.v.s. börja om igen om de vill bli förstådda och vill förstå patienterna.

I fråga om användning av slang kan kommunikationen också bryta samman ordentligt. Ett exempel från Storbritannien visar att kommunikationen mellan utländska sjuksköterskor och annan personal och patienter ibland kan vara problematisk på grund av missförstånd. Engelsmän är indirekta när de talar om vissa kroppsdelar och kroppsfunktioner, och har utvecklat ett antal eufemismer för de här områdena, uttryck som generellt inte lärs ut på engelskkurser. En sjuksköterska rapporterade till exempel *"Patienten sa att hon behövde 'spendera en penny' och jag hade ingen aning om vad hon menade med det. Jag tror jag besvärade henne en del när jag bad henne förklara - nu vet jag att det betyder att urinera."*

4.1.3 Användning av medicinsk jargong

Problem med att hitta rätta 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 ord som man bör använda med patienten. Vi förstår patienten bra, men patienten kan inte förstå oss."

I Bulgarien anser 56 % av de intervjuade minoritetssjuksköterskorna att användning av yrkesjargong är den vanligaste orsaken till missförstånd mellan dem och bulgariska läkare.

En annan språkrelaterad fråga är **användning av andra språk än det officiella språket** på sjukhuset. Även om engelska är det enda språk som officiellt är tillåtet bland personalen på kliniken på Irland talar ibland utländsk personal sitt modersmål när de arbetar tillsammans, till och med inför patienter. Även om det kanske verkar helt normalt för de utländska sjuksköterskorna från samma kultur att kommunicera med varandra på sitt modersmål kan det vara irriterande eller kränkande för patienter, och tolkas som exkluderande av irländska kolleger.

4.2 Kommunikationsstil

Förutom språket kan kommunikationsstilen också vara en källa till interkulturella utmaningar på arbetsplatsen.

4.2.1. Direkt/indirekt kommunikation

I de flesta analyserade fallen föredras direkt kommunikation, eller uppskattas åtminstone, alltifrån hur kolleger tilltalas, vilket görs mycket informellt i till exempel de nordiska länderna, till hur mycket information som ges till patienter och deras anhöriga. De stora skillnaderna mellan direkta och indirekta kommunikationsstilar har dock identifierats i de nordiska länderna och på Irland och i Storbritannien.

Kommunikation är väldigt direkt i norra Europa, där frågor ganska snabbt hamnar på bordet när de uppkommer. Detta står i kontrast till kommunikationsstilen i många av de här ländernas invandrargrupper. Och även om de gärna accepterar den direkta kommunikationsstilen från andra, behöver invandrare ofta uppmuntran innan de kan anamma en direkt kommunikationsstil själva. Detta

är särskilt sant om invandrarens kultur baseras på en låg maktavstånd eller är väldigt hierarkisk. Vissa läkare beskriver också att vissa patienter inte berättar om smärta på samma sätt som patienterna i deras hemländer, d.v.s. de ropar inte högt, de är lugna och uttryckslösa, och detta kan göra det svårt att förstå hur allvarliga hälsoproblem patienten egentligen har. På liknande sätt rapporterar ledningen att jämfört med irländska normer kan vissa sydafrikanska sjuksköterskors kommunikationsstil vara mycket *abrupt* till den grad att en *äldre patient en gång trodde att hon blev verbalt misshandlad*.

Det är tydligt att det alltid kommer att finnas skillnader mellan kulturer i hur mycket information som ges till patienter och på vilket sätt den meddelas. Vissa etiska frågor hanteras mycket olika i Finland jämfört med två intervjuade läkares hemland. En läkare sa till exempel att i hennes hemland, om en patient är döende, berättar man detta först för patientens anhöriga och de skulle sedan rådgöra med läkaren om patienten skulle få reda på detta: i de flesta fall skulle patienten inte få reda på denna information. Och när patienten till slut får reda på att han/hon är döende måste detta uttryckas på ett indirekt sätt, och tydlig bekräftelse undvikas. I Finland görs det på motsatt sätt och det kan även hända att patienten inte vill berätta sanningen för de anhöriga. Detta kan leda till missförstånd mellan patienter och läkare med olika kulturell bakgrund, och kan i förlängningen leda till anklagelser om oetiskt beteende. Det är viktigt att strikt följa interna regler, men samtidigt måste patientens kulturella bakgrund tas med i beräkningen.

En annan intervjuad läkare gav ytterligare ett exempel på en etisk fråga. I hennes land skulle det omedelbart rapporteras till föräldrarna om en 13-årig flicka var gravid men ville dölja det. I de nordiska länderna är det möjligt att hålla den här informationen dold för föräldrarna, och detta skulle leda till anklagelser från föräldrarna som kommer från en kultur där de skulle ha fått information. Läkaren medger att hon konsulterar en mer erfaren läkare när den här typen av fråga kommer upp för att vara säker på att hon har stöd för sitt beslut. Trots att interna regler strikt följs kan läkare även behöva vara kulturellt medvetna och analysera varje fall separat.

4.2.2 Hög- eller lågkontext

Begreppen högkontext/lågkontext refererar till hur detaljerad muntlig information i allmänhet är och i vilken grad talaren antar att lyssnaren redan känner till en viss situation. Norska deltagare som intervjuats hävdade till exempel att det ibland är nödvändigt att förklara saker för etnisk minoritetspersonal som vanligtvis är självklara, saker som norrmän aldrig skulle fråga, eftersom de redan vet svaret. På liknande sätt påpekade vissa deltagare att även om utländska läkare har god utbildning och deras språkkunskaper är näst intill perfekta, finns det fortfarande skillnader i hur saker och ting förstås och görs, och att ingenting kan tas för givet. När man till exempel ber en utländsk läkare att undersöka en patient kan man inte förmoda att den utländske läkaren automatiskt skulle göra det på samma sätt som läkarstudenterna lär sig att göra det på europeiska universitet. Det är viktigt att tydligt kommunicera vilken undersökning som behöver göras, för att missförstånd, senare anklagelser och besvärande situationer ska kunna undvikas. Det är i båda parter intresse att arbeta tillsammans för att ingenting ska vara underförstått utan att alla detaljer tydligt ska kommuniceras. Även om detta ibland har kritiserats som meningslöst slöseri med tid ger det positiva effekter på längre sikt.

4.2.3 Småprat och 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, hand blev lite glad och jag också, jag skrattade ... kanske jag kan lite nu ... det är lite grand mildare stämning ...

Humor är nästan alltid kulturbundet, och verkar vara en utmaning på alla interkulturella arbetsplatser. För det första måste man vara extremt försiktig med skämt om kulturella värden och föremål, till exempel män med turban och kvinnor med slöja. För det andra är uppfattningen om rå eller oanständig humor mycket olika i olika kulturer, och återhållsamhet är viktigt för att man ska vara säker på att ingen blir förolämpad i kommunikationsprocessen. För det tredje kommenterades att det

kan vara mycket svårt att förstå ett skämt om den som lyssnar inte förstår den vokabulär som används. De flesta av de invandrare som besvarade frågeformulär eller deltog i intervjuer var överens om att i början hade de svårt att förstå eller berätta skämt. Och slutligen kan humor distrahera lyssnaren från huvudbudskapet, eftersom pressen att förstå humorn blir större än pressen att förstå huvudbudskapet, vilket kan leda till allvarliga missförstånd av läkarens instruktioner. Som resultat rekommenderades att humor skulle användas sparsamt i interkulturella sammanhang, och endast när kunskapsnivån i kommunikationsspråket är tillräckligt hög.

4.3 Kulturella värderingar och vanor

Kulturella värderingar och vanor har en välkänd inverkan på kommunikationen. I sjukvården kan missförstånd orsakade av skillnader i respekt för auktoritet eller inställning till hälsa få tragiska konsekvenser som måste undvikas.

4.3.1 Religiös klädsel och mat

I fråga om bestämmelser om klädsel, informeras den som ansöker om ett arbete att särskild klädsel måste bäras och att få undantag accepteras. Huvuddukar anses nästan enhälligt av sjukhus som oacceptabelt på grund av hygienfrågor. Detta har lett till att ett litet antal informanter har rapporterat om de här frågorna som ett visst problem. I Storbritannien var ett typiskt svar på det här området följande: *"Jag skulle vilja bära hijab och jag tror inte att det är något problem för att utföra mitt arbete. De skulle kunna ändra klädreglerna om de ville."*

Ledningens svar på detta var generellt att regelverket för arbetsklädsel, hår, naglar och smycken följer hygienkrav, och att undantag bara kan göras av den aktuella myndigheten. Det faktum att frågan inte hade tagits upp formellt i något av de deltagande länderna vittnar om att reglerna accepteras som nödvändiga. Men ett nytt exempel kommer från Norge, där myndigheterna har påbörjat förändringar av reglerna för arbetsklädsel för att reflektera den kulturella mångfalden. Därför har man på Norges största sjukhus, Ullevål universitetssjukhus låtit hijab ingå i arbetsklädseln för den som vill bära huvudduk.

4.3.2 Kollektivism och individualism: familjens roll

I många fall är samhället och familjen viktigare för en individ än hans/hennes hälsa. Och därmed vill familjen troligen delta fullt ut i den sjukvård som individen behöver.

Ett antal informanter i olika länder uttryckte sin oförståelse för familjens roll i patientbehandlingen. I många kulturer ses familjens involvering i patientens behandlingsprocess som mycket 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 all negativa nyheter, framförs till familjen istället för till patienten. En av anledningarna till detta är att det är familjens ansvar att stå för behandlingskostnaderna. I Ukraina, där det ofta råder brist på mediciner, måste släktingarna bekosta patientens mediciner. I Sverige däremot, och i de flesta europeiska länder, sätts patienten som individ i fokus, snarare än som integrerad i familjen. Det blir ibland problematiskt för personalen att förstå familjens inblandning, vilket ibland verkar undertrycka patientens röst. En italiensk läkare rapporterade att "det är verkligen inte lätt när en hel kinesisk familj kommer till dig, ingen av dem talar ditt språk och de vill allihop komma in på din mottagning tillsammans."

Ibland kan det vara svårt att avgöra vem som är patient. Ska läkaren hantera individen eller släkten? Det här är en kulturell fråga som ofta påverkar kommunikationen mellan läkare och patient. En deltagare gav exempel på en situation där hela familjen (sex personer) hade kommit för att träffa läkaren, och endast en av dem var patient. På grund av en ovanlig kommunikationsstil, där alla i tur och ordning presenterade problemet, behövde läkaren en stund för att förstå vem han skulle undersöka. Dessutom vägrade familjen lämna rummet under undersökningen och eftersom detta även var patientens önskan, gav läkaren med sig. Dessa frågor är troligen relaterade till begreppen

individualism och kollektivism. I mer kollektiva kulturer förväntas de närmast anhöriga vara mycket mer involverade i patientens bekymmer och de har rätt att få information, medan sjukvårdspersonal i mer individualistiska kulturer måste hitta vägar att hantera detta i takt med det ökande antalet invandrare.

En norsk läkare noterade också nyktert att för en medlem av en kollektiv kultur kan det vara extremt svårt att lämna föräldrarna på ett vårdhem, eftersom barnen av tradition tar hand om sina gamla föräldrar i de här kulturerna. Det är lika svårt för föräldrarna att känna att deras barn har övergivit dem, och därför måste man ta hand om dessa patienter extra väl.

4.3.3 Att inte förlora ansiktet

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 undvika 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 också räddar samtalspartnerns ansikte. Det kan dock väcka oro för den medicinska säkerheten, eftersom brist på förståelse/missförstånd kan få allvarliga konsekvenser.

4.3.4 Begreppet tid

Eftersom sjukhus i allmänhet har verksamhet dygnet runt hela veckan och personalen arbetar skift, är förmågan att hålla tider viktig, och personal i de undersökta länderna menade generellt att detta fungerar tillfredsställande. Viktigare än frågan om punktlighet var i stället kulturellt skilda attityder till tid och arbetstakt som framkom som en möjlig källa till frustration och tvärkulturella missförstånd. Utländska sjuksköterskor på Irland kommenterade till exempel att irländsk personal tryckte för mycket på att göra allting fort och att de var onödigt upptagna under dagen. Å andra sidan påpekade utländska sjuksköterskor i Finland att finsk personal är alltför noga med tiden och att det inte finns någon flexibilitet mellan arbete och fritid. Nordeuropeer arbetar i allmänhet mer efter klockan än efter hur mycket de har att göra, medan andra kulturer mer fokuserar på att arbeta färdigt och inte bryr sig om hur mycket tid som läggs ned så länge som resultatet uppnås.

4.3.5 Maktdistans/hierarki

Europeisk organisationskultur förutsätter i allmänhet att hierarkier finns och hierarkierna ifrågasätts inte heller i någon större utsträckning. Konflikter mellan olika hierarkinivåer på arbetsplatsen accepteras allmänt som naturliga. Men i en mångkulturell arbetsstyrka finns risken att antalet sådana konflikter ökar.

Vissa i den utländska personalen var överraskade över att den europeiska arbetsmiljön (mindre så i Bulgarien och Italien) visade sig vara mer avslappnad än i deras ursprungsländer. Ett svar från en person som ingick i undersökningen var *"Det är mycket mer avslappnat här. Folk tilltalar varandra med förnamn och det är mycket trevligare."*

Och en annan: *"atmosfären är mer avslappnad och trevligare än hemma. Som kvinna får jag mer frihet och respekt."*

Kommunikation i Finland utgår till exempel från en mycket platt hierarki. Detta påpekades av en utländsk anställd som sa att det var "ovanligt men väldigt trevligt" att i Finland tilltalas han av en person med högre status, till exempel en läkare, med förnamn. I hans hemland skulle detta aldrig inträffa, eftersom det där finns tydliga regler om hur man tilltalar en person med annan social status. Men att bli tilltalad med förnamn kanske lättare accepteras från en överordnad, men arbetsgivare bör

vara medvetna om att många invandrare ser det som en förolämpning, eller åtminstone obekvämt, att själva använda den stilen, och ibland kanske mer tid ska få flyta innan man börjar använda förnamn. Det är tillrådligt att ge invandraren uttömmande information om varför en sådan direkt kommunikationsstil, utan formaliteter, används.

Några ur personalen tyckte att den här aspekten var ett allvarligt problem eftersom de kände att den avslappnade och mindre formella atmosfären missförstods, och de kände att respekten för deras position underminerades. Relationen mellan läkare och sjuksköterskor regleras generellt av hierarkin och en väldigt kort maktdistans kan leda till auktoritetsproblem. Även om arbetet tillsammans i stort karakteriserades som oproblematiskt, sågs den platta hierarkin som orsak till att vissa chefer eller läkare förlorade i respekt. Till exempel hade utländska läkare i Tyskland känslan av att patienter i deras hemländer respekterar och aktar läkarna mer. Det kände själva att de har förlorat auktoritet i Tyskland, de hade intrycket att många sjuksköterskor inte följer läkarens ordinationer och att många patienter begär för mycket och tycker extremt synd om sig själva. Ett liknande exempel kommer från Sverige, där utländska läkare rapporterar att i de flesta av deras hemländer ifrågasätts inte läkarens ord. I Sverige däremot, där sjukvården är mindre hierarkisk, kan läkaren uppleva att han/hon måste motivera sina beslut för sjuksköterskan och den övriga personalen. I många länder "servar" sjuksköterskan läkaren och har påtagligt lägre utbildning, medan deras roll i större delen av Europa är mycket viktigare (i många länder utanför EU är sjuksköterskeutbildningen inte någon högskoleutbildning, medan en sjuksköterskelegitimation inom EU kräver tre års studier på högskolenivå). Och patienten kanske också kräver att läkaren motiverar sina beslut. Särskilt finska, norska och svenska patienter vill vara involverade i beslutsfattandet, d.v.s. läkaren har inte automatiskt rätt utan förväntas förmedla all nödvändig information till patienten. I vissa fall rapporterar de utländska läkarna att det var svårt att byta till den här typen av kommunikation från en mer "paternalistisk" stil, där läkaren ensam beslutar om behandlingen.

I många länder kan en mindre mästrande stil, kortare maktdistans och informella tonläge från läkarens sida ses som mindre professionell av utländska patienter, till exempel de nordiska länderna, Storbritannien och Irland. I Sverige accepteras till exempel att en läkare kontrollerar fakta i en bok eller i FASS inför patienten medan det är ovanligt i andra länder, och detta kan leda till att patienten tänker: "Den här läkaren är inte bra!"

I norra Europa är det också viktigt att involvera patienten i beslutsfattandet. Läkaren har en rådgivande roll snarare än att vara en auktoritet. 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.

"Traditionell västerländsk medicin fungerar enligt en annan logik", berättade vissa av de intervjuade läkarna. "Om man har problem med hälsan, när man har träffat sin läkare, måste man ofta träffa många specialister tills man hittar en som kan identifiera problemet så att man kan få behandling." Vissa av patienterna som ser läkaren som en auktoritet litar inte på läkare som skickar patienter från den ene till den andre för ytterligare konsultation. I de här fallen behöver läkaren förklara för patienterna anledningen till specialistundersökningarna.

4.3.6 Könroller

Den här frågan verkar vara kopplad till hur informell arbetsplatsen är och hur hierarkier hanteras. Utländska sjuksköterskor, särskilt från Asien och Afrika, hävdade allmänt att de var ovana vid att arbeta sida vid sida med män och att de var osäkra på hur de skulle etablera en arbetsrelation särskilt när det gäller att beordra. I ett typiskt exempel från Storbritannien rapporterade en sjuksköterska *"jag var inte van vid att arbeta med manliga sjuksköterskor i mitt land och jag tycker det är svårt att tala om för dem vad de ska göra. Det är emot min natur och i början tyckte jag inte om att göra detta"*.

I ett annat exempel från Sverige visar forskning att mycket fortfarande finns skillnader mellan kvinnliga och manliga läkare när det handlar om respekt och vilken hjälp de får av sköterskor. Skillnaderna är ännu större om läkaren dessutom kommer från ett annat land. Vi har alltså både kultur- och i många fall könsperspektiv att ta hänsyn till.

Frågan om könsroller är också aktuell på samhällsnivå, utanför arbetsplatsen. Alla problem som tidigare nämnts – som språk, kulturskillnader, erkännande av kvalifikationer – 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 inom vården. 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 o.s.v., kan bördan bli för tung och leda till både fysiska och psykiska problem, och på detta sätt begränsas kvinnans möjlighet att göra karriär inom vården.

4.3.7 Inställning till initiativ

En annan aspekt som är viktig att känna till handlar om "team work". I till exempel 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 läkare som är vana vid ett mindre demokratiskt arbetssätt kan uppleva det som avsaknad av planering och trygghet.

4.3.8 Inställning till hälsa

Ett viktigt problem i integrationsprocessen, inte minst inom sjukvården, är bristen på kulturell förståelse bland annat i inställningen till sjukdom, död, medicinering och symptom. Ju mer kunskap båda parter har om den andra parten, desto större möjlighet till framgångsrik kommunikation, både mellan patienter och personal och mellan olika personalgrupper.

Den här frågan är viktig eftersom den förklarar orsaken till varför vissa etniska grupper vägrar att gå på hälsokontroller ("Jag går när jag är sjuk!") eller föredrar att ta sin egen medicin framför den som läkaren har förskrivit. Ett annat exempel på hur sjukvården kan influeras av vissa gruppers inställning till hälsa kommer från Bulgarien, där en av de största utmaningarna är den negativa inställningen till vaccination inom den romska befolkningen, som hävdar att de är "födda immuniserade" och inte låter vaccinera sig i särskilt hög grad. Sådana attityder måste hanteras med förnuft genom att involvera medlemmar av den romska gruppen, vilket har gjorts i Bulgarien i den satsning som presenteras nedan som ett gott exempel (se kapitel 5).

Ett annat problem rör skillnader i synen på **hälsa och sjukdom** och sådana "moderna sjukdomar" som "utbrändhet" eller "elöverkänslighet" som utländska läkare inte alltid anser vara "sjukdomar". En läkare från Tyskland påpekade att svenska patienter tendera att begära "att vara sjukskriven för mindre åkommor".

4.4 Rasism, diskriminering, fördomar

Det var tydligt i de flesta analyserade fallstudier att vissa utländska anställda eventuellt utsätts för diskriminering och rasism. Det är också tydligt att vissa etniska grupper är mer utsatta och att det kan finnas både negativa och positiva fördomar. Diskriminering förekommer mest på individnivå, medan diskriminering på systemnivå endast har antytts i ett par fall.

4.4.1 Rasism och diskriminering

Enskilda fall av rasism eller diskriminering identifierades i alla länderna som ett mer eller mindre utbrett problem. Detta representerar en fara i sig själv, särskilt som det verkar tolereras som "brist på utbildning". Sådana attityder verkar förekomma även mellan invandrargrupper, inte bara mellan inhemsk befolkning och invandrare.

Många utländska läkare har till exempel i informella samtal har påpekat hur svårt det ens har varit att ens få komma på intervju ("det räcker att du har ett namn som inte är svenskt"), och det förekommer att invandrare därför byter till svenska namn. Som tidigare har nämnts kan språkproblem även tolkas som bristande professionalism. Detta har identifierats i de flesta länderna. Verbala kommentarer om en persons kultur har också rapporterats. Kommentarer som "Så här gör vi i vårt land" fällt ibland när en utländsk läkare presenterar sin syn på något som är vanligt i hemlandet. Två intervjuade läkare i Polen identifierade även flera fall av diskriminering på en personlig nivå, men de ville inte klaga eftersom de inte såg det som systemfel utan som en personlig fråga.

Som ytterligare ett exempel påpekades i fallstudierna i Finland och på Irland, *inter alia*, att det finns klienter (d.v.s. patienter) som inte gillar utlänningar i allmänhet och har svårt att acceptera att bli omhändertagna av utländsk sjukvårdspersonal. Det har förekommit fall där patienterna har tilltalat personalen med rasistiska tillmälen. Vissa finska anställda (exemplet gällde unga patienter) som klagade på att de måste arbeta med invandrare som "inte gör något och inte förstår något och vi förstår inte vad de säger" (mer information finns i rapporten "European Intercultural Workplace: Finland" på www.eiworkplace.net).

Detta var alltså enstaka exempel och de nämns ofta utanför den formella undersökningen. De har inte bekräftats av alla deltagare, och har ibland även emotsagts. En anställd med invandrarbakgrund hävdade att han aldrig hade känt någon sorts rasdiskriminering eller upplevt rasistiskt beteende på sitt nuvarande arbete på det finska sjukhus som ingick i studien. Detta visar på hur känslig frågan är och att den måste hanteras med försiktighet.

Förutom de individuella fallen av diskriminering eller rasism har ett par exempel på strukturell diskriminering identifierats. Den byråkrati som omger sjukvården i många länder orsakar tillgänglighetsproblem: att till exempel fylla i formulär och ge information, till exempel födelsedatum och sjukhistoria, orsakar svårigheter för invandrare och etniska minoritetsgrupper som inte talar det officiella språket flytande och för grupper som inte har tillräckligt god läs- och skrivförmåga. Trots att situationen för romer och resandefolk är ökänt svår, är det värt att nämna att under ett forskningsprojekt om objektiv hälsostatus i de romska stadsdelarna i städerna Sofia, Vrats och Targovishte fanns det minst en sjuk person i ca 80 % av de besökta romska hushållen. I en tredjedel av hushållen var antalet personer med hälsoproblem 3 eller fler, och i 7-8 % av hushållen led 5 personer eller fler av hälsoproblem. De grundläggande hinder som har identifierats i det romska fallet är ofta den låga utbildningsnivån (bara primärskola eller ingen skolning alls), kombinerat med en traditionellt negativ inställning hos majoritetsbefolkningen mot de här samhällsgrupperna. De är kanske dessutom inte bekanta med medicinsk terminologi, de har svårigheter att kommunicera med medicinsk personal, och ibland förstår de inte hur de ska sköta den föreskrivna behandlingen. I förlängningen kan vissa av hindren för tillgång till sjukvård förutsättas även i fråga om andra etniska minoritetsgrupper som slår sig ned i Europa från tredje världen, även om de inte klart har identifierats i rapporterna.

4.4.2 Fördomar

Olika typer av fördomar påverkar interaktionen på arbetsplatser inom vården, från generaliseringar om vissa etniska grupper till förutfattade meningar om utbildningsnivån för läkare från vissa regioner. Frågor som "Har ni operationssalar i Irak?" kan få en irakisk läkare att tänka att folk tror att han/hon kommer från ett fullkomligt ociviliserat land, och några utländska sjuksköterskor på Irland uttryckte förvåning över den brist på kunskap om andra kulturer som irländare ibland visar prov på – en filippinsk sjuksköterska uppgav till exempel att hon fått frågan om de hade TV-apparater och bananer på Filippinerna.

Tysk personal tenderar ofta att ställa högre krav på utländska läkares utbildningsnivå jämfört med tyska läkare. Det finns uppenbara fördomar mot östeuropéer, framför allt mot ryska och polska anställda, vilket förmodligen delvis beror på rapporter från media om katastrofal kvalitet i Östeuropa.

Trenden med ett ökande antal östeuropéer som arbetar inom tysk sjukvård skapar en underliggande rädsla. Den kan bero på att en känslig fråga som den egna hälsan leder till en extremt kritisk attityd och att minsta tecken som kan tyda på bristande kompetens därför noteras. Medicinsk personal från Östeuropa har inte förmånen att åtnjuta den "speciella", ibland nästan "övernaturliga" aura, som framför allt media tillskriver läkare från Asien, där patienter verkar acceptera en del behandlingsmetoder, till och med sådana som kan uppfattas som konstiga vid första anblicken, till synes utan ifrågasätta dem. Östeuropeisk sjukvårdspersonal uppfattas som traditionella, ortodoxa medicinska utövare och i bakgrunden finns ofta frågan om utbildningen i deras hemländer verkligen når upp till utbildningskraven i västeuropeiska länder. En del patienter tänker uppenbarligen också att i synnerhet duktiga läkare skulle ha haft karriärmöjligheter i sina egna hemländer och att den medicinska personal som kommer från dessa länder är de som inte lyckats få anställning i hemlandet.

Man ser en helt annan reaktion gentemot skandinaver i Tyskland. Deras uppträdande bedöms mycket positivt, och den skandinaviska kulturen och livsstilen skattas högt av många patienter. Undersökningen visade att deras yrkesutövning också bedömdes mycket mer positivt, även om deras medicinska kompetens förmodligen var likvärdig den östeuropeiska personalens. För skandinaver verkar det därför inte finnas några hinder i form av fördomar att överstiga, och om det finns är det snarare positiva fördomar som förknippas med dem, vilket å andra sidan skulle kunna leda till för högt ställda förväntningar från patienterna och att kommunikationen skulle kunna bryta samma av den anledningen.

Fördomar kan bara med svårighet brytas ner genom information och utbildning. Det är en långvarig process som innefattar direkt interaktion mellan grupperna och en adekvat kunskapsnivå – utan stereotyper antaganden – om de kulturella eller etniska grupper det gäller.

4.4.3 Krav på anpassning till värdlandet

I så gott som alla länder som ingår i studien förväntar man sig, och till och med kräver, att sjukvårdspersonal med invandrabakgrund helt ska anpassa sig till värdlandet.

Rapporterna visar att anställda invandrare utsätts för starka påtryckningar att anpassa sig till värdkulturens etablerade regler. Ofta talar man om för arbetssökande invandrare under anställningsintervjun hur saker och ting fungerar i organisationen och vilka kulturella aspekter de ska vara medvetna om och följa, allt från bruk av vissa kläder till att inga religiösa seder får påverka arbetet, som alltid måste komma i första hand. Den vanligaste kommentaren från de intervjuade var att invandrare som anställs inom en organisation bör följa reglerna, däribland rådande kulturella regler som gäller på sjukhuset.

Ett annat intressant fenomen var hur viktigt de anställda invandrarna själva tyckte att det var att anpassa sig till värdlandets kultur. Det förekom många fall där intervjuade invandrare underströk vikten av att försöka ligga mer i linje med majoritetskulturen. En av de intervjuade i Finland sade "När jag kom hit var jag tvungen att förändra mig" och förklarade att invandrare måste förändra sig när de flyttar till ett nytt land, därför att de inte kan förändra den lokala kulturen. Andra uttryckte också åsikten att även om en del invandrare vill hålla fast vid den egna kulturen kommer deras sociala integration att misslyckas om de inte kan lära sig att hantera den nya kulturen.

Den här attityden bland invandrarna själva är överraskande på ett positivt sätt, samtidigt som den är oroväckande. Den kan vara ett resultat av en beredvillighet att integreras fullständigt i den lokala kulturen – och så är ofta fallet. Den är sannolikt också resultatet av ett socialt och ekonomiskt tryck på invandrare, som upplever att de utesluts från sociala grupper eller nekas arbete om de inte tar till sig vissa kulturella mönster. Trots att det kan verka som en enkel lösning på hur invandrare ska integreras på en konsoliderad arbetsmarknad, kommer det långsiktigt oundvikligen att leda till negativa resultat, och arbetsgivarna kommer antingen att få svårt att ersätta den arbetskraft som går i

pension eller bli tvungna att hantera ett utbrott av latent kulturell frustration när andelen invandrare i arbetskraften har ökat tillräckligt.

Som sammanfattning av diskussionen om utmaningar kan det återigen sägas att situationen inom sjukvården, inte minst i de enheter som granskats i den här rapporten, är tvetydig i fråga om interkulturella relationer. Personal och patientunderlag ökar i heterogenitet, men det finns samtidigt ett starkt tryck på de anställda att anpassa sig till majoritetskulturen, vilket tenderar att assimilera dem till majoritetskulturen. Samtidigt behandlas patienter utifrån att de kommer från olika kulturer och deras olika kulturella bakgrunder verkar accepteras lättare. Arbetsplatserna förefaller inte vara förberedda på en tillströmning av invandrad arbetskraft, vilket dock är nära förestående på grund av brist på tillgänglig arbetskraft i de länder som ingår i studien. Om sjukvårdssystemet ska kunna anta dessa utmaningar och undvika svårigheter längre fram, måste sjukvården omedelbart genomföra förändringar, i synnerhet för att förenkla tillgång till arbete för utländsk personal och för att acceptera kulturell mångfald som norm.

5. God praxis

I rapporterna från de medverkande länderna har man också identifierat goda exempel på interkulturell kommunikation på arbetsplatsen och även lyft fram exempel på initiativ som tagits på olika nivåer för att främja utvecklingen av inkluderande och integrerade interkulturella arbetsplatser. I det här avsnittet belyser vi exempel på god praxis från de nationella rapporterna och vi rekommenderar varmt att de används som utgångspunkt i de länder som fortfarande letar efter sätt att hantera utmaningar av de slag som har beskrivits i avsnittet ovan.

5.1 Att lösa språkproblem

Den allmänna hälso- och sjukvården i Storbritannien (National Health Service, NHS) engagerar sig för att ta itu med ojämlikhet inom sjukvården för etniska minoritetsgrupper genom att erbjuda en kostnadsfri tolk- och översättningsservice över hela landet, en service som är tillgänglig i alla NHS lokaler genom NHS Direct. NHS Direct har tolkserviceavtal som gör att de kan erbjuda tjänsten NHS Direct på andra språk än engelska. I praktiken innebär det att sjukvårdspersonal ringer upp tolktjänsten, och tolken översätter kommunikationen mellan läkaren och patienten via högtalartelefon. Man måste hantera problemet med att tolken inte kan se de två samtalsparternas kroppsspråk och därför kan missa eller feltolka vissa meddelanden, men tjänsten löser problemet med anonymitet och sekretess, är betydligt billigare och säkerställer också en i det närmaste konstant tillgång på tolkar. NHS Direct erbjuder redan tolktjänster på över 30 språk och tjänsten är gratis.

Det irländska sjukhus som ingick i studien har infört flera åtgärder för att möta de språk- och kommunikationsproblem som har skisserats ovan. Man har infört en tolkservice som innebär att tolkar bokas i förväg via en tolkförmedling. Sjuksköterskorna har informerats om tjänsten och 130 anställda har utbildats i hur man arbetar effektivt med tolk. Sjukhuset har också sammanställt en lista över tolkar som finns att tillgå inom den egna organisationen. Sedan 2004 har ett antal översättningssatsningar gjorts för att göra viktig information tillgänglig för patienter med liten eller ingen kunskap i engelska inom de områden där man funnit att patientbehoven varit störst; röntgenklinken har till exempel fått broschyrer på tio språk. Tillsammans med språktjänstavdelningen på Dublin City University (Dublin City University Language Service, DCULS) har man nyligen anordnat en pilotkurs i kulturell utbildning som en del av introduktionen för utländska sjuksköterskor. Utbildningen tar upp många av de grundläggande språkrelaterade svårigheter som uppstår och ger utländska sjuksköterskor information om irländska kommunikationsnormer, till exempel hur man småpratar och använder lämpligt kroppsspråk. Om utvärderingsresultaten blir tillräckligt positiva kommer kursen att ingå i introduktionen som standard.

5.2 Romska hälsokommunikatörer

I Bulgarien pågår en intressant satsning där målsättningen är att förbättra tillgången till sjukvård och undanröja hinder som kulturella fördomar. Hälsodepartementet och ideella organisationer i Bulgarien har börjat introducera romska hälsokommunikatörer⁴. Utbildning av 57 hälsokommunikatörer, 30 sjuksköterskor och 30 allmänläkare i 15 städer ska underlätta för minoriteter, framför allt den romska minoriteten, att få tillgång till hälsovård och sociala tjänster, och också att hjälpa till att övervinna diskriminerande attityder. Hälsokommunikatörer är i realiteten socialarbetare som hjälper personer som inte känner till systemen för sjukvård och socialt bistånd att få bättre tillgång till sjukvård och social service.

Kommunikatörerna tillhör själva den romska minoriteten och hjälper romer som inte är läs- och skrivkunniga och romer som inte känner till systemen för sjukvård och socialt bistånd att få bättre tillgång till hjälp på de områdena. I kommunikatörernas arbetsuppgifter ingår att:

- ⇒ Följa med romer till institutioner för sjukvård och socialt bistånd för att hjälpa dem att lösa specifika hälsoproblem eller sociala problem.
- ⇒ Förklara för båda parter (sjukvårdspersonal och romer) bådars respektive förväntningar och underlätta kommunikationen under konsultationerna.
- ⇒ Erbjuder familjer i riskzonen socialt bistånd och stöd (t.ex. familjer med kroniskt sjuka personer eller personer med funktionshinder, socialt missgynnade eller fattiga familjer, familjer med missbrukare och personer som lider av tuberkulos). I kommunikatörens uppgift ingår att skaffa sig kunskap om familjens hälsobekymmer och sociala problem. En viktig uppgift består i att registrera medicinska fall och att arbeta med dessa familjer.
- ⇒ Utöva påtryckningar på institutioner för hälsovård och socialtjänst, skydda patienträttigheter, rapportera kränkningar och förekomst av diskriminering. Kommunikatörerna ska, om så krävs, utöva påtryckningar mot både lokala och nationella institutioner för att lösa specifika problem och ta upp specifika fall.
- ⇒ Hjälpa romer att fylla i blanketter och hjälpa till i den byråkratiska processen. Erfarenheten visar att de flesta romer har svårt att hantera den medicinska dokumentationen och att schemalägga läkarundersökningar och konsultationer. Kommunikatörerna hjälper till att göra i ordning all dokumentation som personerna behöver och arbetar för att se till att alla romer täcks av sjukförsäkringssystemet.
- ⇒ Förklara för romer vilka rättigheter de har och hur systemen för sjukvård och socialt bistånd fungerar.
- ⇒ Förklara romernas behov och status för medicinsk personal och socialarbetare.
- ⇒ Delta i olika förebyggande hälsovårdsprogram: vaccinationer, förebyggande åtgärder mot tuberkulos, hepatit m.m.
- ⇒ Kommunicera med institutioner – lokala myndigheter, allmänläkare, regionala sjukhus, regionala hälso- och socialförsäkringskontor – och informera om romernas hälsostatus.

Kommunikatörerna arbetar på tre ställen i processen: De är dels lokalt stationerade inom romska grupper, de arbetar dels inom sjukvårdsinstitutioner och dels inom socialtjänstens institutioner. Anställningskraven som en kommunikator måste uppfylla är:

- ⇒ De sökande ska tillhöra den romska gruppen.
- ⇒ De ska ha avslutad sekundärutbildning.
- ⇒ De ska ha arbetat minst två år för den romska gruppen.

Ett liknande initiativ har genomförts på Irland. Där har projektet Primärvård för resandefolk (the Primary Health Care for Travellers Project (PHCTP)) pågått sedan 1994 i syfte att underlätta resandefolkens delaktighet inom hälso- och sjukvården. Primärvårdskonceptet etablerades på WHO och UNICEF:s gemensamma konferens i Alma-Ata 1978 och har identifierats och använts som ett

⁴ I Sverige kallas vanligen tvåspråkiga anställda vars arbetsuppgift är att medla eller överbrygga mellan minoriteter och majoritetsbefolkning för 'internationella hälsokommunikatörer', 'hälsokommunikatörer' eller 'brobyggare'. Övers. anm.

nytt sätt att se på hälsovård i utvecklingsländer. Under det senaste decenniet har intresse för och efterfrågan av en sådan tjänst ökat i västvärlden efter att det framkommit tecken på att växande marginaliserade befolkningsgrupper i väst har oproportionerligt höga ohälsotal och sämre tillgång till sjukvårdstjänster.

”Baserat på praktiska, vetenskapligt solida och socialt accepterade metoder och teknik som är allmänt accepterade av enskilda individer och familjer i samhället, genom deras fulla delaktighet och till en kostnad som samhället och landet har råd med på varje utvecklingsstadium ... Genom att hälsovården förs så nära människornas arbetsplatser som möjligt, blir det den första nivån i individernas, familjens och gruppens kontakt med det nationella systemet och det första steget i en fortsatt hälsovårdsprocess”⁵

I strategierna för PHCTP ingår fortlöpande samråd med resandefolk för att definiera deras hälso- och sjukvårdsbehov, både lokalt och nationellt, utbildning av medlemmar av resandefolket för att underlätta interaktionen mellan resandefolk och sjukvårdspersonal, utveckling av kulturellt anpassat hälsoutbildningsmaterial, fortbildning för en rad yrkesgrupper inom sjukvården samt stöd och lobbyverksamhet. Trots att stora utmaningar återstår för att förbättra hälsan bland resandefolket har projektet i stor utsträckning bidragit till att tillgången till vård har förbättrats för resandefolket⁶ och resultaten kan fungera som utgångspunkt för liknande initiativ i andra delar av Europa, inte bara för inhemska minoriteter utan också för nya invandragrupper.

5.3 Mentorskap och organiserat stöd från arbetskamrater

I flera länder har man infört system som bygger på mentorskap, där en utländsk anställd som börjar på en ny arbetsplats får en infödd anställd (eller en utländsk anställd med en längre tids erfarenhet av arbetsplatsen) som guide under den första anpassningsperioden.

Systemet har använts effektivt i Finland. Genom att para samman anställda på sjukhuset har båda parter getts möjlighet att växa personligt och yrkesmässigt. Systemet bör utökas till andra arbetsplatser och rollen som inhemsk mentor kan utvecklas till att omfatta mer än bara arbetsrelaterade uppgifter. Exemplet som presenterades visade att den finska mentorns roll vida överskred medarbetarrollen, vilket också skulle kunna erkännas i officiella integrationsprogram.

Mentorn åtar sig indirekt även rollen som språklig mentor och ser till att arbetet åtföljs av ett kontinuerligt lärande för invandraren. På så vis bör inte arbetsgivaren förvänta sig att invandrare talar det officiella språket från början utan skapa förutsättningar för dem att lära sig språket successivt på arbetsplatsen och då kan tiden på arbetsplatsen räknas som språkutbildning för invandraren. Den här inskolningen handlar inte bara om språkinläring utan även arbetsplatsens regler och kulturella aspekter lärs in på ett naturligt och indirekt sätt. Att förstå regler och order rätt och att kommunicera med arbetskamraten verkar vara viktigast i mentorskapsprocessen, även om övriga aspekter inte ska glömmas bort. En invandrare som intervjuades beskrev att medarbetare (och hans arbetskamrat i synnerhet) gav stöd, informerade, guidade och visade honom tillrätta, repeterade när han inte förstod, och berättade att stödet även sträckte sig utanför yrkessfären (han hade fått hjälp med personliga ärenden som att läsa ett officiellt brev på finska). Det är ett exempel på god praxis som kan utökas till att omfatta andra sektorer och företrädesvis bör den som åtar sig rollen som mentor få utbildning i interkulturell kommunikation, vilket skulle gynna en snabbare inläring för den nyanställda invandraren och hjälpa mentorn att undvika känsliga frågor som skulle kunna leda till konflikt.

Systemet att para ihop nyanställda med mer erfarna kollegor har också använts för att påskynda processen med validering av kompetens. På Irland får till exempel utländska sjuksköterskor sin legitimation omgående efter två veckors obligatorisk introduktion och börjar därefter arbeta på

⁵ http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

⁶ <http://www.paveepoint.ie/pdf/PrimaryHealthCare05.pdf>

avdelningarna under förutsättning att deras sjuksköterske kvalifikationer uppnår EU:s minimikrav. Om deras kvalifikationer inte når upp till EU:s minimikrav krävs det att de "går bredvid" på avdelningarna under en 6-12 veckors anpassningsperiod. Under den tiden tilldelas de en irländsk sjuksköterska som stödperson (en s.k. 'buddy'), som ansvarar för att bedöma deras kompetensnivå inom en rad färdigheter, både medicinska och icke-medicinska. De får sin sjuksköterskelegitimation först när 'buddyn' intygat att de uppfyller de krav som ställs. I teorin kan buddy-systemet framstå som en praktisk lösning i fråga om att överbygga eventuella luckor i sjuksköterskornas utbildning och i deras kulturella praxis, men i verkligheten har systemet flera brister. Irländska sjuksköterskor klagade över att arbetsuppgiften som 'buddy' innebär att deras arbetsbörda ökade markant och att det är en mycket ansvarsfull uppgift som de inte är utbildade för och har lite stöd för att utföra. Dessa brister skulle kunna undanröjas förhållandevis enkelt och till en lägre kostnad än att ha separata bedömnings- och introduktionsprocesser för nyanlända anställda.

5.4 Erkännande av kvalifikationer

Hur kvalifikationer ska erkännas är fortfarande ett knivigt problem, eftersom det får både juridiska och etiska konsekvenser. Samtidigt som det finns ett växande behov av utländsk personal i samtliga länder som deltog i studien är det avgörande att validering av kvalifikationer tillmätts den betydelse som krävs för att undvika allvarliga konsekvenser för patienternas hälsa i senare skeden.

Ett antal projekt har initierats för att möta det behov av sjukvårdspersonal, framför allt läkare. Den här typen av projekt finns redan i Sverige. Ambitionen har varit att rekrytera bland dem som redan finns i Sverige men som saknar svensk legitimation. Kommuner och regioner har också rekryterat personal utomlands. Samarbetsprojektet Legitimation.nu, som pågick mellan 2003 och 2005, arbetade för att underlätta tillträdet till den svenska arbetsmarknaden och förkorta processen mot svensk legitimation och integration av utländsk medicinsk personal. Projektet erbjöd språkkurser i svenska med medicinsk terminologi, yrkespraktik, förberedelse för medicinska kunskapstest, sammanställning av meritportfölj, validering av yrkeskunskaper och yrkesrådgivning. Vägen till svensk yrkeslegitimation och examen för personer med utomeuropeisk examen inom vårdsektorn har förkortats betydligt och målgruppens kompetens har i stor utsträckning kunnat tillvaratas.

För närvarande fortsätter projektet i form av ett samarbetsnätverk. Det vore önskvärt med medel för permanentning av projektet eftersom resurser tillvaratas, vilket har stor personlig betydelse för individen och för samhället i stort. För närvarande pågår utvecklingsarbete om hur kvalifikationer bäst valideras, där man försöker utveckla fungerande metoder för att bedöma reell kompetens.

Den här modellen bör studeras i detalj och möjligen antas som utgångspunkt för andra länder.

5.5 Kulturell mångfaldstjänsteman

Med tanke på den allt större kulturella mångfald som finns både på samhällsnivå och inom sjukvårdsinstitutionerna, vilka kan ses som mikrokosmos i det större omgivande samhället, är det klart att sjukhusledningarna måste genomföra handlingsprogram som de hoppas ska leda till god praxis i fråga om att effektivt möta de behov som finns bland den kulturellt blandade personalen och patienterna. En viktig gest för att erkänna behovet av att arbeta med interkulturella frågor gjordes av ett irländskt sjukhus år 2004 då man utnämnde en kulturell mångfaldstjänsteman (Cultural Diversity Officer) med uppdrag att bedöma och ta hand om personalens och patienternas interkulturella behov.

Den kulturella mångfaldstjänstemannens roll är att utveckla och skapa initiativ i syfte att både väcka uppskattning av den kulturella mångfalden på sjukhuset och motverka rasism, kulturell intolerans och diskriminering. Ett av de första initiativ som togs för att få reda på vilka behov som den kulturella mångfalden bland personal och patienter leder till var att göra en personalundersökning utifrån ett representativt urval av alla befattningar och bakgrunder samt en bedömning av patienternas behov. Undersökningen visade att större delen av personalen ansåg att kulturell mångfald hade en positiv

inverkan på arbetsmiljön, trots de utmaningar som den medförde. Undersökningen visade också att personalen visste mycket lite om begreppet jämställdhet, och då främst om lagstiftning och praktisk politik på området. Det som framstod tydligast var personalens önskan om utbildning för att få hjälp med att hantera kulturell mångfald på ett effektivt sätt. De var oroliga för att förolämpa någon på grund av okunnighet om andra kulturer och ville lära sig: "*saker som hur man bemöter muslimer eller afrikaner*".

Som svar på det här behovet skapade mångfaldstjänstemannen en introduktionskurs i interkulturell kommunikation för sjukhuset. Hittills har sjukhuset hållit en interaktiv kurs i kulturell kompetens för mindre grupper på från 15-16 personer upp till 150 anställda och en kortare föreläsningsvariant av kursen för större grupper på upp till 700 vårdanställda.

I samarbete med en irländsk utbildare håller mångfaldstjänstemannen också en kurs i kulturell mångfald för utländska sjuksköterskor och läkare under deras introduktionsperiod. Det mest högprofilerade och framgångsrika evenemanget som hon har dragit igång hittills är Kulturella mångfaldsdagen (Cultural Diversity Day) då personalen klär sig i sina nationaldräkter och det finns mat, konst, musik och dans från alla länder representerade på sjukhuset och då man öppet firar och gläds åt mångfalden. Alla intervjuade deltagare omtalade evenemanget i positiva ordalag och uttryckte en önskan om fler sådana möjligheter till ökad kunskap och uppskattning av varandras kulturer under socialt avspända former.

5.6 Nationellt interkulturellt hälso- och sjukvårdsprojekt på Irland

På Irland genomför för närvarande sjukvårdsstyrelsens nationella styrkommitté för social inkludering⁷ ett nationellt interkulturellt hälso- och sjukvårdsprojekt med målsättningen att skapa en kultur inom vårdsektorn som främjar kulturellt anpassad vård.

Projektets mål är

1. Att säkerställa att engagemang för interkulturalism inlemmas i vårdorganisationernas etik och system.
2. Att stödja och utveckla personalens förmåga att erbjuda vård på ett effektivt sätt till vårdtagare från olika kulturella grupper
3. Att stödja och utveckla ledningens förmåga att planera och stödja implementeringen av kulturellt anpassad vård.
4. Att utveckla och stödja en omgivning som återspeglar hur mångfald värderas i vårdgivningssystemen och -processerna.

Varje enskild institution som deltar i projektet utvecklar sin egen lokala handlingsplan och arbetar för att uppfylla målsättningarna ovan. Den lokala planen visar vilken utvecklingsnivå organisationen befinner sig på och vilka lokala behov som finns. Några initiativ under utveckling är:

- ⇒ En lokal genomförandestruktur för att få med representanter från etniska minoritetsgrupper och andra nyckelintressenter.
- ⇒ Säkrat engagemang för projektet från högsta ledningen.
- ⇒ Särskilda vårdmiljöer utvalda för utvärdering av resultaten (t.ex. lokala vårdcentraler, sjukhusenheter m.m.).
- ⇒ Bedömning av organisationens utvecklingsnivå när det gäller stöd för ett interkulturellt synsätt (med hjälp av en extern utvärderare).
- ⇒ Utbildning och utvecklingsprogram av hög kvalitet genomförs inom alla institutioner. **Detta är själva huvudinitiativet i projektets arbete.** Den första återkopplingen från de institutioner där några grupper har fullföljt utbildningen har varit mycket positiv, med nöjda deltagare, hög närvaro, engagerad högsta ledning som har deltagit i utbildningen, m.m.
- ⇒ Några initiativ för att göra sjukvårdsmiljön tillgänglig och inbjudande för personer från socialt marginaliserade grupper är under utveckling, däribland granskning av allmän tillgänglighet, användarvänlig information på olika språk m.m.

⁷ The National Social Inclusion Steering Committee of the Health Service Executive

- ⇒ Några sjukhus har bedömt resursbehoven för vårdtagare från etniska minoriteter vilket bland annat har lett till att man har inrättat gemensamma bönerum för alla religioner, skapat kulturellt anpassade måltidsalternativ m.m.

Utvärdering av initiativet beräknas ske vintern 2007⁸ och om det blir framgångsrikt kan projektet tas som utgångspunkt för andra länder som upplever ökad kulturell mångfald.

6. Slutsatser och rekommendationer

Den empiriska forskningen utfördes under 2006 i alla de deltagande länderna. På grund av den snabba utvecklingen i fråga om kulturell mångfald på arbetsmarknaden kommer situationen att ha förändrats i flera länder när den här analysen publiceras och en del av statistiken vara föråldrad. En del arbetsplatser kan redan ha genomfört en del av rekommendationerna nedan på eget initiativ. Den här publikationens främsta värde kommer dock att bestå i att den avslöjar några av de viktigaste utmaningar och frågor som rör interkulturella arbetsplatser inom vården och att den försöker rekommendera lösningar och förebyggande åtgärder utifrån exempel på god praxis som har identifierats i de organisationer och länder som har studerats, och att den tar upp de huvudsakliga utmaningar som den europeiska arbetsmarknaden möter när det gäller kulturell mångfald.

Som allmän slutsats kan vi säga att de identifierade utmaningarna i de exempel på god praxis som har valts ut, och i de åtföljande rekommendationerna har varit mycket heterogena. Eftersom rapporten inte är heltäckande kan det finnas andra exempel som lika väl skulle ha kunnat passa rapportens syften – de som tagits med här bygger på ett urval som forskarna gjort. Några av de viktigaste rekommendationerna från studien berör följande nivåer:

- de anställdas nivå, d.v.s. hälso- och sjukvårdspersonalen
- lednings-/arbetsplatsnivå och
- politisk nivå

6.1 Rekommendationer till anställda inom vården

Eftersom **språkliga** problem oftast anges som orsak till interkulturella konflikter eller missförstånd presenteras nedan några förslag som man i rapporterna har funnit användbara för vårdpersonal att följa för att minimera risken för missförstånd/brist på förståelse på grund av språkproblem:

- *Tala långsamt och tydligt!* För att öka möjligheten till förståelse i ett interkulturellt sammanhang är det viktigt att utländsk personal tänker på att hög talhastighet i kombination med brytning kan vara svårt för lyssnaren att uppfatta och förstå.
- *Undvik terminologi och slang!* Lär dig både den medicinska terminologin och motsvarande vardagliga uttryck. Det är viktigt att kunna prata med patienten på "vanligt språk" – och inte med latinska eller medicinska termer. Slang och talspråkliga uttryck bör undvikas men se till att du lär dig dem ifall patienterna använder dem.
- *Lyssna aktivt!* Avbryt inte eftersom du kan förlora mycket information och eftersom det i många länder anses ofint att avbryta samtalspartnern gör det inte något gott intryck på patienten/kollegan.
- *Vänta på svaret!*
- *Var uppmärksam på kroppsspråket!* När man inte kan uttrycka sig verbalt är det naturligt att man nästan automatiskt tar till gester och andra kroppsrörelser för att finna en utväg. Ibland är det dock inte så lätt och det kan missförstås. Viss träning i den här förmågan kan vara användbart för deltagarna.

⁸ För uppdaterad information se www.eiworkplace.net.

- *Använd öppna frågor!*
- *Fråga om 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.
- *Ge återkoppling!*
- *Använd tolk vid behov!*

Kulturella skillnader bör inte ignoreras och anställda bör själva söka utbildningar i interkulturell kommunikation om sådan utbildning inte erbjuds systematiskt på arbetsplatsen. I praktiken bör anställda

- vara medvetna om hierarkiskillnader mellan värdlandet och hemlandet. Undvik i princip att ge order till underordnade och försök att be dem om hjälp istället för att undvika missförstånd.
- vara medvetna om möjliga skillnader i kommunikationsstil. Ta ingenting personligt med automatik, utan försök att se budskapet i sitt kulturella sammanhang.
- vara medvetna om den framträdande roll som familjen spelar i vissa kulturer. Försök inte avlägsna patienten från den trygga omgivning som familjen utgör genom att vägra diskutera saker med dem – det kommer oundvikligen leda till att kommunikationen bryter samman.

6.2 Rekommendationer på arbetsplats-/ledningsnivå

Vi börjar än en gång med att ta upp frågor som rör **språk**. Sjukvårdsledningen kan agera på flera sätt för att undvika problem eller ta itu med utmaningar.

- Den allmänna hållningen bör vara att officiella dokument åtminstone till viss del översätts till de största minoritetsgruppernas språk inom institutionen. Översättningen får givetvis anpassas efter lokalbefolkningens behov och det är förmodligen inte möjligt att täcka alla befintliga språk. Detta kan också medföra en avsevärd kostnad men den kommer åtminstone delvis att täckas av minskad tidsåtgång när läkaren försöker förklara medicinska begrepp eller regler för patienter med annan språklig bakgrund.
- Sjukhusen kan översätta en del av skyltningen på sjukhusen för att skapa en säkrare miljö för patienterna.
- När det är möjligt bör sjukhusen erbjuda tolk och även tydligt erkänna det värdefulla bidrag som den utländska personalen tillför inom området genom att de själva frivilligt ställer upp och tolkar, även om de inte är professionella tolkar.
- Ordböcker på olika språk bör finnas tillgängliga på akutmottagningarna. Eftersom antalet utländska patienter kommer att öka vore det till hjälp att ha tvåspråkiga ordböcker tillgängliga på sjukhusen, i synnerhet för de språk som talas av de största invandrargrupperna i området. Att ha ordböcker tillgängligt rekommenderas för att, även om det kan finnas läkare med samma etniska bakgrund som arbetar på sjukhuset, kan de inte alltid vara närvarande för att tolka. Det är en enkel idé, men förmodligen kan den rädda liv.

I fråga om **kulturella skillnader** skulle det behövas viss utbildning som *bland annat* understryker att man kan hysa respekt för auktoriteter även om tilltalsformerna och det allmänna uppträdandet inte framstår som respektfullt i vissa kulturer (se även diskussionen ovan om maktdistans/hierarki). Utbildningen skulle kunna fokusera på de behov som utländsk personal har; de som förväntar sig en mer auktoritär arbetsmiljö och som ofta missförstår den informella karaktär som upplevs i vissa länder.

Mer kulturell utbildning behövs också för att förklara kulturella skillnader i attityder till kön, i syfte att till exempel visa att det är acceptabelt för en kvinna att tilltala en man på ett vänligt och familjärt sätt utan att förolämpa eller orsaka obehag

När det gäller **diskriminering och fördomar** bör ledningen vara särskilt uppmärksam på uttalade anledningar till klagomål från personal och patienter om utländska kollegor. Om någon framför ett

allmänt klagomål som "Han är inte bra!", bör man fråga den som klagat VAD som inte är bra. Ledningen bör alltid försöka hitta en förklaring till sådana påståenden och försöka finna den bakomliggande orsaken till att problemet har uppstått snarare än att bara notera det som tecken på olika kravnivåer. Om problemet verkar vara djupt rotat bör ledningen rådgöra med experter på interkulturella relationer.

Utländska anställda bör få en mentor när de börjar arbeta. Mentorn bör kunna bistå både vid språkliga och andra problem, både kulturella och administrativa. Fackföreningar rekommenderas också att anordna särskilda utbildningstillfällen för anställda på deras modersmål, möjligtvis med stöd från arbetsgivaren. Vid dessa tillfällen kan utländska anställda få information om sina rättigheter och skyldigheter som anställda och om hur arbetslagstiftning skyddar anställda, och även få hjälp med administrativa uppgifter.

6.3 Rekommendationer på politisk nivå

Än en gång är **språket** och språkligt stöd för utländska anställda och patienter den mest relevanta frågan att ta upp på politisk nivå. I allmänhet erbjuds inte språkstöd eller språkkurser på arbetsplatsen. Där förväntar man sig att de nyanställda redan ska ha uppnått en acceptabel språknivå innan de erbjuds tjänsten. Med färre inhemska arbetssökande framöver kommer man att få räkna med att skapa en politik på nationell eller europeisk nivå om att erbjuda arbetstagare att lära sig värdlandets språk på arbetsplatsen. Politiker bör erbjuda stimulansåtgärder till institutioner som går med på att anordna språkkurser för invandrare ledda av kollegor. Exempel på sådana stimulansåtgärder skulle kunna vara nedsättning i den övriga tjänsten för de inblandade parterna, erkännande av den extra arbetsbördan för inhemska anställda eller möjligen extra ersättning för uppdraget.

Trots att rapporterna uppvisar en tydlig enighet om att alla läkare som arbetar i ett land behöver behärska landets officiella språk för att kunna fungera tillfredsställande, har rapporterna visat en viss oenighet om policyn. Forskarna rekommenderar därför **dispens från språkfärdighetstester för högt kvalificerade läkare**, d.v.s. högt kvalificerade kirurger och specialitläkare som inte nödvändigtvis behöver interagera med patienter men skulle kunna utföra svåra operationer. Detta har jämförts med den akademiska världen där professorer och lektorer anställs utifrån sina professionella kunskaper och inte utifrån sin språkliga förmåga. Om Europa ska kunna dra nytta av den stora mängd kunskap och expertis som invandrare tillför gemenskapen är den sortens positiv diskriminering mer än välkommen och politikerna bör utvärdera dess konsekvenser.

För att hantera **kulturella skillnader** på grund av en ökande mångfald bör beslutsfattare införa mekanismer som uppmuntrar arbetsplatser att skapa **kulturella mångfaldsplaner för personal**, både för rekrytering och för att behålla anställd personal. Det skulle innebära att varje arbetsplats som anställer en viss procent invandrare skulle bli tvungna att utse en **kulturell mångfaldstjänsteman** för att förbättra kulturella relationer mellan de anställda. Vi rekommenderar också att vissa minimikrav på kvalitet ställs på ledningar på interkulturella arbetsplatser. De skulle bland annat kunna omfatta skyldighet att erbjuda informationsmaterial och blanketter på olika språk, att inrätta bönerum för olika religioner, att den kulturella mångfalden avspeglas i maträtter som serveras och i arbetsskiftens utformning, att ha tydliga vägar för att identifiera och eliminera rasistiskt och diskriminerande beteende och så vidare.

Vi rekommenderar också att **interkulturell utbildning ingår i grund- och vidareutbildning** för sjukvårdspersonal. Interkulturella arbetslag på arbetsplatsen kommer att utgöra en allt vanligare del i det dagliga livet, och åtminstone en europeisk dimension måste definitivt ingå i utbildningarna eftersom man har deklarerat att mobilitet över gränserna för medicinsk personal ska prioriteras.

Politiker bör också överväga att använda **hälsokommunikatörer** liknande systemet med romska kommunikatörer i Bulgarien – en modell för förbättrad tillgång till hälso- och sjukvård och sociala tjänster för minoritetsgrupper. På så sätt kan regeringarna få representanter från etniska minoritetsgrupper att medverka vid formuleringen av en hälso- och sjukvårdspolitik som bättre motsvarar olika grupper attityder till hälsa. Trots att en fast anställd kommunikatör innebär en ansevärd kostnad finner vi att det är värt den ekonomiska satsningen åtminstone under den övergångsperiod då arbetsplatserna inom vården påverkas av ett paradigmskifte i fråga om patient- och personalunderlag. Eftersom antalet invandrare sannolikt kommer att öka och att äldre inom den här gruppen kommer att behöva mer vård, kan hälsokommunikatörernas arbetsuppgifter enkelt omfatta förebyggande arbete som är avsett att minska behandlingskostnader i senare skeden.

Slutligen skulle jag vilja återge Ranjana Srivastava och Declan J. Greens ord i deras artikel om utländska läkare i Australien som först citerades i rapporten "European Intercultural Workplace: Sverige":

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 organisatoriska 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 & Green 2004)