

Kulturmöten i sjukvården

Hot eller bot mot invanda rutiner?

Göran Aurelius

På inget ställe är invandrarnas möten med det svenska välfärdssamhället så påtagliga som på sjukhus och läkarstationer. Det ställer krav både på sjukvårdspersonal och patienter. Skiftande sjukdomsbegrepp, olika inställning till folkmedicin, språksvårigheter är några av de problem som den svenska sjukvården ställs inför. Barnhälsovårdsöverläkare Göran Aurelius vid Stockholms läns landsting belyser detta komplex.

Den etniska mångfald som på kort tid förändrat befolkningsstrukturen i Sverige har i hög grad påverkat också hälso- och sjukvården. Nästan yrvaket har människor som arbetar inom vårdsektorn noterat att traditionella arbetssätt inte accepterats av nykomlingarna och att dessa haft vad man upplevt som orealistiska förväntningar på vården.

Termen "invandrarproblem" har myntats och använts som en samlingsbeteckning för alla de oförståeliga situationer, beteenden och uppfattningar som man stött på i mötet med invandrare. Många har nöjt sig med konstaterandet att "det är deras kultur" eller "de måste väl anpassa sig" medan andra börjat söka förklaringar till de svårigheter som uppstått i kulturmötet.

Som en följd av detta har röster höjts för att vårdpersonal skall utbildas i "invandrarkunskap". Målet för en sådan utbildning skulle vara att ge en ökad förståelse för invandrare i avsikt att förbättra dessa gruppers möjlighet till god vård (1). Utbildningen skulle omfatta kunskaper om invandringen, om aktuella invandrargrupper, om sjukdomsbe-

grepp i olika kulturer och om tolkfrågor. Utbildningen skulle ha nära anknytning till aktuella sjukvårdsproblem som gäller invandrare.

Begreppet "invandrarkunskap" har ganska snävt riktat uppmärksamheten mot företeelser förknippade med etniska grupper i befolkningen. Men många av de vårdproblem som uppstår i kulturmötet kan vid någon eftertanke ges allmängiltighet.

Begreppet "invandrarkunskap" har ganska snävt riktat uppmärksamheten mot företeelser förknippade med etniska grupper i befolkningen. Men många av de vårdproblem som uppstår i kulturmötet kan vid någon eftertanke ges allmängiltighet.

Vad det egentligen kan bli frågan om är att beröra de – hittills sällan beaktade – kulturella aspekterna på vården inom ramen för den reguljära undervisningen, att få blivande vårdpersonal att börja fundera kring sådana frågor och att försöka dra lärdom av dem kanske inte bara i arbetet med invandrare utan med alla patienter, oavsett etnisk bakgrund.

För många invandrare är språkbarriären ett stort hinder när man söker vård. Den försvårar också läkarens möjlighet att ställa rätt diagnos och ge effektiv behandling. Invandrades språksvårigheter är emellertid bara en del, men en betydelsefull sådan, av ett större komplex nämligen språklig kommunikation och information i vården. I den nya hälso- och sjukvårdslagen betonas också den enskilda patientens rätt till information.

Invandrades sjukdomsuppfattning kan ibland för-

.....
Termen "invandrarproblem" har använts för alla de oförståeliga situationer, beteenden och uppfattningar som man stött på i mötet med invandrare.
.....

.....
*Många av de vårdproblem som uppstår i kulturmötet kan vid någon eftertanke ges allmän-
giltighet.*
.....

våna men även hos svenskar finns folkmedicinska föreställningar som inte ligger i linje med naturvetenskapligt tänkande. Det ger anledning att titta närmare på sjukdomsbegreppet.

Vårdarrollen, som tidigare sällan ifrågasatts, kommer alltmer i sjukvårdsdebattens centrum. Mindre av "apparatfel"-tänkande och mera av helhetssyn önskar sig många av läkaren och sjuksköterskan. Men det är särskilt i mötet med andra kulturer som sjukvårdens folk själva börjar fråga sig varför man gör som man gör.

Invandringen drar sålunda fram frågor och problem vilka har funnits redan tidigare i sjukvården men som uppförstoras och görs tydliga i kulturmötet. En del av dessa "invandringsproblem" kan därför tas som utgångspunkt för att belysa aktuella omvårdnadsfrågor.

Hur blir man accepterad som patient

Att bli sjuk i främmande land kan ha sina svårigheter: först att hitta till rätt vårdinstans, sedan att göra sig förstådd, själv försöka förstå och slutligen att inte oroa och förarga sig över allt det som inte stämmer med den egna uppfattningen om vad god sjukvård är.

I en undersökning vid Huddinge sjukhus fann Aurelius och Magnusson att invandrare oftare sökte på akutmottagningen än svenskar. (2) Däremot var svenskarna överrepresenterade bland dem som sökt vård på de icke akuta mottagningarna.

Anledningen till skillnaden antogs vara de spärar som finns för vård på sjukhusmottagningar. Man behöver ofta en remiss, man måste beställa tid per telefon, man måste komma vid en bestämd tid. Akutmottagningen däremot är lättillgänglig, öppen både natt och dag. Nackdelen är att vården där bli mindre kvalificerad (ofta yngre, mindre erfarna läkare) och kontinuiteten sämre. Invandrare löper därför risk att få en mera fragmentarisk vård. Denna situation delades med vissa andra grupper i den

svenska befolkningen, nämligen ensamstående föräldrar med barn och personer som bodde långt från sjukhuset. Undersökningen talade för behovet av bättre vårdresurser i närheten av bostadsområdet och med tillgång till tolkar.

Att bli accepterad som patient på en viss mottagning förutsätter enligt Askham att man uppfyller vissa kriterier (3). Dessa kan vara medicinska, tex att läkaren eller sjuksköterskan känner sig kompetent att behandla sjukdomen och att denna är så allvarlig, icke trivial, att den förtjänar uppmärksamhet. Den som söker för något som personalen uppfattar som bagatellartat löper risk att bli avvisad eller hänvisad till en annan vårdnivå, även om han själv – vilket oftast är fallet – inte betraktar besvären som triviala.

Invandraren hamnar inte sällan i denna situation och detta av två anledningar. Dels har människor under perioder av fysisk eller psykisk påfrestning och isolering – en vanlig invandrarsituation – lätt att få besvär från olika inre organ, med andra ord psykosomatiska symtom. Dels har främlingen p g a sina få kontakter sämre möjlighet att få det stöd och den hjälp som lekmannen kan erbjuda och som kan ge problemen deras rätta proportioner. Haavio-Mannila har i sin undersökning över finska immigranter i Sverige visat att dessa hade färre sociala kontakter än svenskarna och att detta medfört att de oftare måste vända sig till myndigheterna för att få hjälp (4).

Andra kriterier som behöver uppfyllas för att man skall bli accepterad som patient är, menar Askham, av vårdorganisatorisk och av psykologisk art. Patienten skall komma från rätt område, söka på rätt sätt och det skall finnas tid och resurser för att ta hand om honom. Återigen kan invandrarskapet ligga patienten i fatet; har han hittat rätt så behöver han kanske ändå tolk och tolkning tar ju tid. Och

.....
Vid sjukdom, smärta och obehag får individen omgivningens stöd eller kritik för visat beteende och lär sig småningom vad som är accepterat.
.....

Vad vi tolkar som dålig självdisciplin kan i en annan etnisk grupp vara det naturliga uttryckssättet när man vill övertyga någon om äktheten i vad som sägs.

hur går det om han inte är motiverad och framförallt, vad händer om han är besvärlig?

Kroppsspråket en kulturprodukt

Genom att leva tillsammans med människor i ett visst socialt sammanhang tillägnar vi oss omedvetet grunddragen i deras reaktionsmönster. Det lilla barnet som ser modern blekna och darra på rösten när doktorn skall ge en vaccination blir själv benägen att ge uttryck för ängslan i samma situation.

Vid sjukdom, smärta och obehag får individen omgivningens stöd eller kritik för visat beteende och lär sig så småningom vad som är accepterat och inte accepterat. Ett svenskt barn kan få höra att man inte skall gråta utan "bita ihop tänderna" när man har ont. I andra kulturer är detta inte ett beteende som uppmuntras. Men var och en vill gärna döma andras reaktionssätt med de egna värderingarna som mall. Därför kan en svensk tycka att vissa invandrare är sjåpiga, tillgjorda eller har "låg smärttröskel" när de ger tydliga uttryck för sin smärta. Men det finns inga undersökningar som talar för att det skulle föreligga skillnader i den fysiologiska smärttröskeln mellan olika människor med olika hudfärg eller skilda befolkningsgrupper. Däremot finns beskrivningar över kulturella olikheter i individers reaktion på smärta.

Vid ett sjukhus i New York intervjuades och observerades människor som sökte akut för ryggsnitt och ischias. (5). Även personalen blev föremål för undersökningen. De ca 100 patienterna utgjordes av ungefär lika stora grupper av italienare, judar och "yankees". Personalen tillhörde den sistnämnda gruppen.

En skillnad i beteende fanns mellan de två förstnämnda grupperna och yankees. När de förra gav fritt uttryck för känslor och obehag med ord, ljud och gester bemödade sig de senare om att behärska sig och ge en objektiv beskrivning av smärtan. I

närvaro av familj och vänner försökte man bagatellisera problemen för att undvika alltför känslolika reaktioner hos närstående. Den italienska och judiska patienten däremot tillstod villigt att han grät och klagade när han hade ont och att han då ville väcka medkänsla och sympati hos vänner och familjemedlemmar.

Sjukvårdspersonalen uppfattade de italienska och judiska patienternas beteende som överdrivet och som tecken på dålig självbehärskning. De hade en tendens att undervärdera dessa patienters smärtupplevelser oavsett objektiva tecken på hur smärtsamt tillståndet var. Patienternas sätt att leva ut smärtan framkallade misstro hos den amerikanska personalen i stället för att väcka sympati.

Vad vi tolkar som dålig självdisciplin eller aggressivitet och känner oss provocerade av kan i en annan etnisk grupp vara det naturliga uttryckssättet när man vill övertyga motparten om äktheten i det som sägs. Det behöver inte ha den provocerande eller hotande innebörd vi vill lägga i det. För sydlänningen följer och understryker tonfall och gester innehållet i talet. Avsaknaden av kroppsspråk skulle betyda att man inte menade vad man sade. Svenskens sparsamhet med gester och mimik kan utlänningen uppfatta som bristande intresse och engegemang. (6).

Läkekonst för kropp och själ

I alla tider har människor inom sina grupper utvalt individer som i kraft av tradition, personliga egenskaper och utbildning, fått uppgiften som medicinsk expert. Han eller hon har utnyttjat det medicinska vetande som under generationer samlats om kroppen och dess funktioner och om vissa örter läkande förmåga. Dessa kunskaper tillsammans med förståelse för det mänskliga psyket har utgjort och utgör fundament i det som kallas läkekonst.

Av medicinmannen har krävts att han kunnat ge förklaringar till sjukdomars orsak. I avsaknad av den naturvetenskapliga medicinens möjlighet att genom experiment och organstudier kartlägga sjukdomsförlopp har de läkekunniga i många kulturer varit hänvisade till religiösa, magiska eller andra hypotetiska förklaringsgrunder (7). Dessa förklaringar har på sitt sätt varit lika logiska som den

naturvetenskapliga medicinens. De har tagit sin utgångspunkt i en livsåskådning där sjukdom är en följd av individens obalans i sitt förhållande till gud, andemakter, naturen och andra människor.

Inför ett sjukdomsfall ställer den västerländske läkaren frågan "Hur?" Hur har denna patient fått hosta, feber och bröstsmärtor? Svaret kan exempelvis bli att tuberkelbaciller har angripit lunga och lungsäck. Inför samma sjukdomsfall frågar sig den traditionella medicinmannen i stället "Varför?" Varför har just denne man blivit sjuk och varför har han blivit sjuk just nu? Sedan han svarat på dessa frågor inriktas hans behandling på att upphäva andars eller illvilliga människors anslag mot patienten.

Vi har all anledning vara tacksamma för att den traditionella, magiska medicine inte längre har någon plats i vår sjukvård, men det är bara några decennier sedan kloka gubbar och gummor verkade på landsbygden vid sidan av provinsialläkaren. Ändock måste vi vara medvetna om att även i det moderna samhället människor ställer sig frågan "varför?" inför sjukdom och handikapp. Plötsligt drabbad av en svår och oförklarlig sjukdom, ett livsförändrande olycksfall eller ställd inför det faktum att man fått ett litet barn med fysiskt handikapp ligger det nära till hands att fråga sig: "Varför just jag? Varför just vi?". Oavsett om det finns naturvetenskapliga förklaringar till det inträffade eller ej är det så lätt att reagera irrationellt och skuldbelägga sig själv eller andra. Det stöd som vårdpersonalen kan erbjuda i denna situation är att ta patientens föreställning på allvar, lyssna, ta del och försöka lägga tillrätta.

Vårdarrollens tre sidor

I vårdarrollen och särskilt i läkarrollen kan man – oavsett vilket land, språk, socialt system eller vilken politisk-ekonomisk struktur det gäller – särskilja tre komponenter: läroinnehållet, en jag-stärkande, suggestiv komponent och inlevelseförmåga (8). I olika sjukvårdssystem betonas en eller flera av dessa delar. I det svenska vårdssystemet skulle man kunna påstå att stor vikt läggs vid läroinnehållet. Med läroinnehållet avses det lärosystem som den läkekunnige utnyttjar i sin yrkesutövning. Hos oss är det skolmedicinen, den naturvetenskapliga medi-

::

Det kan bli frågan om att bedöma hur säkra och giltiga våra egna sjukdomsbegrepp och behandlingsmetoder egentligen är.

::

cinen, medan i andra kulturer medicinmannen eller medicinkvinnan baserar sin läkekonst på kunskap i örtmedicin, akupunktur eller magiskt-religiösa föreställningar.

Även om innehållet är relativt enhetligt så varierar skolmedicinens utformning ganska mycket från land till land alltefter ekonomiska och andra realiteter. Det är dessa lokala tillämpningar av skolmedicinen som gör att patienten inte alltid accepterar diagnostik och behandlingsmetoder som praktiseras av läkare i ett annat land.

Ibland kan kulturmötet leda till att vårdpersonal måste ompröva sina egna värderingar och ställa dem emot patientens. Det kan bli fråga om att bedöma hur säkra och giltiga våra egna sjukdomsbegrepp och behandlingsmetoder egentligen är. Långt ifrån alla är så grundade på vetenskap och beprövad erfarenhet som vi många gånger vill tro! Sålunda är det vetenskapliga underlaget för den utbredda receptförskrivningen av hostmedicin och vitaminpreparat mycket tunt.

Hos invandraren kan man finna vana vid behandlingsmetoder och omvårdnadsrutiner som inte finns omnämnda i någon medicinsk lärobok. Men de har vuxit fram som hälsobeteenden i hans kultur. Trots att de inte är vetenskapligt utprovade kan de ha betydelse och värde i sitt sammanhang och kanske även i andra miljöer. Vårt ställningstagande måste bli: Är de skadliga, oskyldiga eller välgörande? (9). Från andra kulturer har vi lärt oss tex att det är bra för ett spädbarns utveckling att föräldrarna bär det i en sele på ryggen eller bröstet. Det motverkar tillväxtstörning i höftlederna och ger barnet trygghet i nära kontakt med den vuxne. Vissa seder som är en direkt fara för barnet, tex svältkur vid diarrésjukdom, måste motarbetas. Åter andra vet vi för litet om för att kunna säga något säkert, tex omskärelse av gossebarn.

Den andra komponenten i vårdarrollen, den suggestiva, övertygande innebär att patienten genom

vårdarens uppträdande påverkas i sin uppfattning om vårdens kvalitet och behandlingens effekt. Den förstärker patientens tillförsikt till vården och dess möjlighet att befordra hennes tillfrisknande. Hos vårdaren är det egenskaper som kunnighet i yrket och erfarenhet, även livserfarenhet, som inger förtroende och som ökar förmågan till inlevelse i samtalet med den sjuke. Noggrannhet i undersökning och behandling är också förtroendeskapande. Trots att sådana faktorer ofta kan överbrygga vida kulturella olikheter mellan patient och vårdare är språkliga och kulturella olikheter till stort hinder när det gäller att skapa förtroende. Språksvårigheter kan leda till missförstånd och bristande tilltro hos patienten till vårdpersonal. De kan också medföra att patientens sjukhistoria ter sig osammanhängande och svårförståelig för läkare, vilket minskar dennes möjligheter att ge en adekvat behandling. Under sådana förhållanden kan patientens förtroende för läkaren ytterligare undermineras. Behovet av tolkar, och goda sådana, i sjukvården kan därför inte nog understrykas.

Den tredje komponenten i vårdarrollen är inlevelseförmågan. Det är frågan om läkarens eller sjuksköterskans vilja och förmåga att sätta sig in i patientens situation, att lyssna, att försöka förstå och att handla med hela patientens – inte bara med det sjuka organets – bästa för ögonen.

Möjligheten för vårdpersonal att anlägga en "helhetssyn" på patienten reduceras avsevärt om denna representerar en helt annan kultur med kunskaper och värderingar som ligger långt ifrån de egna. Ändå kan var och en försöka plocka ihop betydelsefulla bitar som kan ge konturerna till patienternas bakgrund. Men det förutsätter att läkaren eller sjuksköterskan är beredd att ställa sig frågor om vad livserfarenhet, trosföreställningar och normer spelar för roll i patientens sjukdomsbild och i hennes uppfattning om sin sjukdom.

Invandrarkunskap – men hur?

Behovet av multikulturell utbildning för blivande vårdpersonal har numera uppmärksamats av ansvariga myndigheter. I sin utbildningsplan för läkarlinjen slår UHÄ fast att ett av målen för studierna är "att den studerande förvärvar en sådan förståelse

för andra länder och kulturer och för internationella förhållanden som är av betydelse för den framtida yrkesfunktionen". Man påpekar särskilt att "de etniska minoriteternas hälsoproblem skall beaktas utifrån deras speciella utgångspunkter".

För blivande sjuksköterskor i Stockholm gäller att de skall tillgodogöra sig invandrarkunskap och medicinsk antropologi (1 poäng) inom ramen för den samhällsvetenskapliga kursen. Det innebär bl a att den studerande skall skaffa sig grundläggande kunskaper om hur invandrades sociala, kulturella och religiösa bakgrund påverkar deras hälso- och sjukdomsuppfattning, sjukdomsbeteende och relation till vårdpersonal för att förbättra omvårdnaden av invandrare.

Utbildningens mål och innehåll har således fastslagits. Nu åvilar det högskolorna att genomföra undervisningen och anpassa den till en mångkulturell vårdssituation. Detta borde kunna bidra till förändringar som får betydelse för hälso- och sjukvården i sin helhet.

REFERENSER

1. Aune, A: Invandrarkunskap i högskolan. Statens invandrarverk, Norrköping 1983.
2. Aurelius, G Magnusson, G: Sjukdomsbeteende och nationalitet: invandrades och svenskers sjukvårdskonsumtion. Läkartidningen 78(1981), 1214–1217.
3. Askham, J: Professionals' Criteria for Accepting People as Patients. Social Science Medicine 16(1982), 2083–2089.
4. Haavio-Mannila, E: Social Linkages Used by Migrant and Nonmigrant Families in Solving Health, Work and Economic problems. Acta Sociologica 19(1976), 325–347.
5. Zborowski, M: Cultural Components in Responses to Pain. Journal of Social Issues 8(1952), 16–30.
6. Phillips-Martinsson, J: Swedes as Others See Them: Facts, Myths or a Communication Complex? Affärsförlaget, Stockholm 1981.
7. Bannerman, RH (ed.): Traditional Medicine health Care Coverage: a Reader For Health Administrators and Practitioners. WHO, Geneva 1983.
8. Aurelius, G: Kulturell mångfald i sjukvården – hot eller bot mot invandras rutiner? Ur: Är lagom bäst – Om kulturmöten i Sverige. Statens Invandrarverk, Norrköping 1984.
9. Morley, D: Paediatric Priorities in the Developing World. Butterworths, London, 1922.