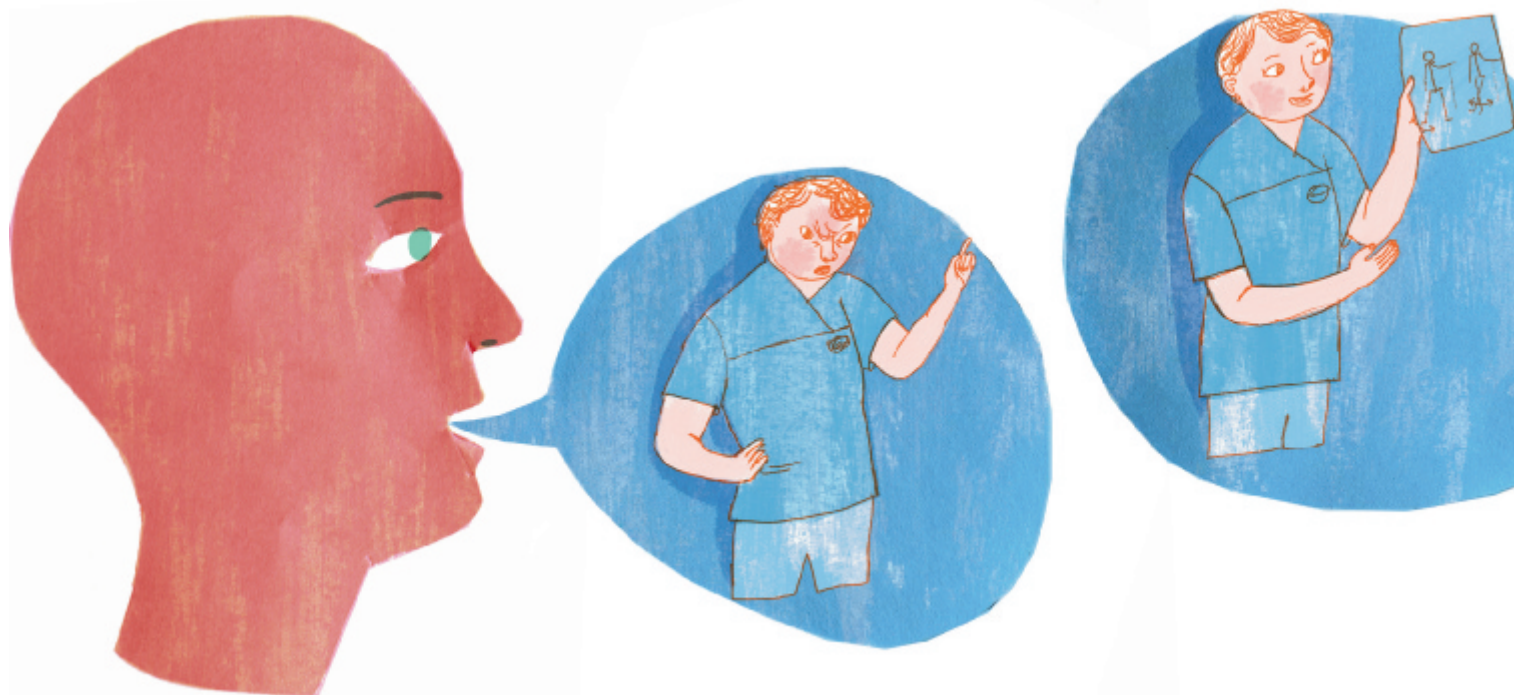




Inte bara språket som behöver

OPERATION FÖRSTÅELSE
Samtal på ett gemensamt språk mellan vårdpersonal, patienter och anhöriga är sällan tillräckligt för att nå kontakt och förståelse över kulturgränserna. Ofta krävs vidare ansträngningar och inlevelseförmåga för att undvika missförstånd, och fällorna är många.

Illustration: Ida Björs

I nom svensk sjukvård behandlas i dag en betydande andel sjuka som fötts i länder med annorlunda traditioner, som de fört med sig in i den svenska kulturen. Kulturskillnaderna kan vara såväl lärorika som intressanta och spännande men ger ibland upphov till svårigheter att bemöta. Vi vill uppmärksamma några sådana fenomen som vi nyligen upplevt inom kirurgin och som vi varit dåligt förberedda på.

Den som blivit inbjuden att delta vid en operation i Kina har också fått uppleva att man rutinmässigt efter operationen – och ibland under pågående operation – visar de anhöriga vad man opererat bort. Kanske kan detta uppfattas som del i informationen till patient och anhöriga, eller kanske snarare som underlag för att kunna kräva betalning efter avslutad behandling. I det kommunistiska Kina betalar patienten – eller oftare de anhöriga – större delen av vad sjukhusvården kostar, och försäkringar har hittills varit ovanliga.

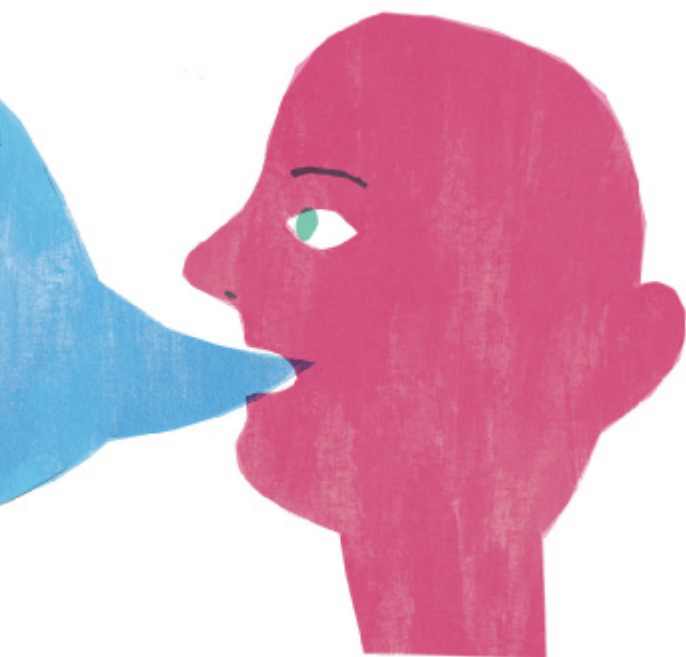
På vår klinik behandlades för en tid sedan en svensktalande kinesiska med akademisk bakgrund för en malign buksjukdom. Operationen var kurativt syftande, och både den och det postoperativa förloppet var helt komplikationsfria. Trots det blev patienten mycket upprörd i slutet av vårdtiden eftersom hon inte fått se vad som opererats bort. Hon ansåg att det var hennes rättighet, vilken nu berövats henne. Detta vårt misstag ledde till en förtroendeklyfta som fortfarande finns kvar efter månader av öppen-vårdskontakt.

På kliniken har vi också vårdat en kinesiskättad man med blygsamma kunskaper i svenska, som trots en tidigare mycket smärtsam episod av gallstenspan-

creatit avböjt operation. När han ånyo var inlagd, denna gång för kolecystit, men med en misstanke om konkret i koledokus, erbjöds han ERCP med sfinkterotomi. Hans bestämda önskan var då att få stenarna förevisade för sig efter ingreppet. Med visst motstånd valde han att genomgå endoskopin, trots att det inte var tekniskt möjligt eller sjukhushygieniskt tillåtet att tillmötesgå hans önskan.

En i sammanhanget ung somaliska genomgick en mycket stor canceroperation efter lång tids komplicerad preoperativ vård. Hon talade, förutom modersmålet, sparsamt med engelska, och samtal fördes mestadels via tolk, 2–3 gånger per vecka. Däremellan skedde samtal via brodern, som talar utmärkt svenska och dessutom tolkade utan att (märkbart) lägga sig i. Avdelningens sköterskor upplevde patienten som mycket passiv. Mellan de tolkade samtalen bestod ronderna huvudsakligen i enkla frågor förstärkta med teckenspråk. Vi försökte efterhöra hur det stod till och uppmana henne att dricka mer och öka mobiliseringsgraden, i väntan på att till kvällen få dagens symtomutveckling beskriven via brodern.

Vid ett av tolksamtalen framkom det emellertid att hon var mycket missnöjd med den vård hon fått, vilket både sköterskor och läkare blev mycket förvånade över. Patienten upplevde nämligen att hon sköttes av sköterskor och att läkarna inte brydde sig om henne. Att läkare och sköterskor dagligen hade ingående »sitttronder«, där vårdförloppet följdes, hade hon svårt att förstå. I stället uppfattade hon att det var sköterskorna som bestämde. Den Oremska omvårdnadsmodell som man har på avdelningen uppfattade hon som kränkande. Uppmaningar och



översättas

stöd till egenvård tolkades som »skäll« och »tvång«. Hon ansåg i stället att det borde vara läkarna som tittade på operationssår och instickställen för drän och i övrigt »göra saker« med henne. Någon del av detta kunde lösas med hjälp av information om vår arbetsfördelning, samt genom att läkarna i fortsättningen mycket tydligt visade sitt intresse för sår i okomplicerad läkning, dränagevätskor med mera. Paradoxalt nog uppfattades efterfrågan om smärta, illamående, tungandning och liknande som en svaghet från vår sida. I stället efterlystes att vi läkare skulle berätta för henne hur hon mätte. Kort sagt så önskade denna patient en betydligt mer auktoritär hållning från läkarhåll och en klassisk »Nightingalesk« omvårdnad från sköterskorna.

I svensk kirurgisk sjukvård är vikten av snabb mobilisering efter exempelvis bukkirurgi mycket väl accepterad. Empiriskt vet vi att det fungerar väl och ger kortare sjukdomsförlopp och därmed kortare vårdtider. Vi vet också att nyckeln till att lyckas är att man etablerar ett samarbete med patienten.

En irakisk sexbarnsmoder i övre medelåldern genomgick en bräckoperation av okomplicerad art men vägrade efter operationen att äta, gå upp, själv tvätta sig etcetera, trots att det var uppenbart att hon inte hade särskilt ont. De anhöriga – barn, barnbarn och andra släktingar – passade upp på henne maximalt genom att tvätta henne, mata henne och »skydda» henne från vårdpersonalens mobiliseringsförsök.

Vid samtal med några av de anhöriga framkom att patienten ansåg att hon hade rätt till att bli maximalt uppassad när hon blivit bukopererad. Hon upp-

fattade att det närmast var opassande att hon skulle göra saker själv. Hennes matriarkaliska ställning gjorde att de anhöriga inte kunde ifrågasätta detta. Efter en ovanligt lång vårdtid i förhållande till den okomplicerade operationen ansågs det emellertid att patienten lika gärna kunde få denna omvårdnad av de anhöriga i hemmet. Således meddelades patienten att hon skulle skrivas ut. Hon föreföll då något förnärmat men beställde fram sina kläder, klädde sig själv, gick ner till sjukhusentrén och åkte hem – till synes utan några svårigheter.

En äldre romsk man var inlagd för en obotlig cancersjukdom. Det var besvärligt med kommunikationen eftersom de anhöriga mycket tydligt sa ifrån att läkarna inte fick tala om för patienten att han hade cancer. Läkare och sjuksköterskor uppfattade att han mycket väl visste detta faktum. Det blev ett skådespel vid varje rond, vilket dock förlöpte utan större missöden. Mannen var klanledare, vilket ledde till att korridorerna runt avdelningen var översvämmade av klanens medlemmar hela dagen och stora delar av natten. Patienten var i och för sig mycket hövlig men var oftast tydligt missnöjd under ronderna.

Först efter en tid gick det upp för oss att mannen aldrig ville bli lämnad ensam med läkarna och sköterskorna; han var ju ledare för en grupp människor och skulle visas respekten att få ha åtminstone några av dessa omkring sig när han mötte andra personer. Det sågs som särskilt viktigt i möte med personer med myndighet, vilket läkarna ju faktiskt är i denna situation. När vi lärt oss detta och att som en respektfull gest till stor del samtala genom de romer som stod närmast sjuksängen, blev patienten mycket mer positiv till vården.

I nom sjukvården har vi under senare år uppmärksammat kulturella skillnader på ett positivt sätt. Det har då oftast handlat om matvanor, religiösa manifestationer, handhavandet av avlidna, kvinnornas annorlunda ställning och starka storfamiljsreaktioner. Men, det har mindre handlat om synen på sjukdom, konvalescens, mobilisering och tillfrisknande. Inte heller har man närmare berört synen på läkares och sjuksköterskors roller och uppförande eller önskemål om vissa – för oss – ritualliknande beteenden.

Vi har lärt oss av fallbeskrivningarna ovan att det i mötet med patienter ur en annan kulturell miljö kan vara nödvändigt att översätta mer än bara de enskilda orden. Även vår arbetsfördelning, vår syn på sjukdom och återhämtning och våra rutiner behöver komma patienten till del. Vår erfarenhet är att när vårt svenska arbetssätt förklaras och kombineras med rimliga tillmötesgåenden så kan man oftast få en mycket god vårdkontakt med människor med en annan kulturell bakgrund än vår egen, men att detta ofta kräver upprepade tolksamtal – och tid. Tid som ofta är väl investerad.

Truls Gråberg

underläkare, Gastrocentrum kirurgi, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Åke Andrén-Sandberg

överläkare, Gastrocentrum kirurgi, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

SYNSÄTTEN VARIERAR
Synen på sjukdom, konvalescens, mobilisering och tillfrisknande, men också synen på läkares och sjuksköterskors roller och uppförande i vårdsituationen, varierar från kultur till kultur. Vårt att ta hänsyn till i ett mångkulturellt samhälle.

Foto: Melker Dahlstrand/Scanpix



Fallbeskrivningarna har justerats för att värna om patienternas anonymitet.