

Språk og kultur – en del av den kliniske hverdag

Respekt og dialog må være grunnlaget for vårt møte med kolleger med utenlandsk bakgrunn. Diskusjoner om manglende språklig, kulturell og klinisk kompetanse foregår i dag på «bakrommene». Slike diskusjoner har noen ganger et saklig utgangspunkt. Imidlertid vil ordskifte i lukkede fora lett føre til stereotype oppfatninger og undertrykkende praksis. Derfor vil vi ha dialogen i åpne former.

Utenlandske leger blir ofte «selvlysende». Alt de gjør blir nøye vurdert, både av pasienter og kolleger. De er overrepresentert i klagesaker. En årsak er at det er lettere å «ta» en utenlandsk lege (1). Men det er ikke den eneste forklaringen. Leger som ikke er etnisk norske har et dårligere utgangspunkt for å komme i havn med en vellykket konsultasjon. Det kan dreie seg både om språk og såkalt kultur, ikke minst i form av vansker med å forstå en nokså særnorsk antiautoritær likeverdighetskultur (2). Men dette går begge veier. Vietnamesiske buddhister blir ikke godt nok forstått i møte med etnisk norske leger. Dette betyr ikke at god kommunikasjon er uoppnåelig. Men det krever arbeid, høy grad av bevissthet, og tilrettelegging fra alle involverte parter, inkludert arbeidsgivere, Legeforeningen og universiteter.

Både forskning og den offentlige debatt preges av taushet og skjulte agendaer, selv om umtak finnes (3, 4). Legeforeningens representanter har flere ganger etterlyst bedre språkopplæring og flere språktester (5), men å gjøre dette til en språkdebatt er å skrape på overflaten. Redselen for å bli stemplet som rasist er en viktig årsak til taushet om emnet. Innenfor klassisk rasisme vil kulturforskjeller innebære en gradering av kulturens verdi. Men å overse forskjeller er også farlig. I en leder i *BMJ* skriver Raj Bhopal: «...denial of difference is no solution, mainly because the current norms are based historically on the needs of the «white» population» (6). Overført til denne diskusjonen: Å late som om det ikke finnes forskjeller er i realiteten å definere den norske kulturens verdier som de beste.

Språk og kultur er viktige elementer i klinisk medisin. Det er et berettiget krav å bli forstått både språklig og som individ i møte med legen. Mange arbeidsgivere ser imidlertid ut til å være av den oppfatning at en lege er en lege og medisinen et teknisk anliggende. Slik er det ikke. En lege er en lege i kraft av sin kliniske og relasjonelle kompetanse, og store deler av medisinsk virksomhet er i hovedsak basert på dialog.

Selv om språk og kultur er viktige faktorer, er god klinisk kunnskap selvsagt grunn-

leggende. Innholdet i medisinsk utdanning varierer imidlertid fra land til land. I Norge er det et omfattende godkjenningssystem for leger fra land utenfor Norden og EØS. De må gjennom språkprøve, fagprøve, seks måneders praksis, forskjellige tilleggskurs og turnustjeneste før de endelig kan få norsk autorisasjon. Godkjenningssystemene (Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, med et faglig utvalg ved Universitetet i Oslo som rådgiver) mener at godkjenningssystemet bør forbedres. Blant annet er det ønskelig å gjennomføre kliniske eksamener. Mynndighetene har så langt ikke gitt midler til slik forbedring (M. Fensholt, sekretær for Utvalget for lisenssaker og utenlandsmedisinere, personlig meddelelse).

Det er imidlertid like viktig å unngå urettferdig forskjellsbehandling av folk som ikke hører til vår vestlige kulturkrets. Vi stiller spørsmål ved automatikken i EØS-reglene som innebærer at en spansk lege blir autorisert uten å kunne norsk, mens en marokkansk lege må gjennom en mer enn to år lang prosess, uavhengig av individuelle forkunnskaper.

15% av legene i Norge har utenlandsk statsborgerskap. I stedet for å vise likegyldighet overfor dette bør vi ta verstsrollen alvorlig. Godkjenningssystemet må fungere slik at kolleger og pasienter kan stole på at en godkjent lege har tilstrekkelig klinisk kompetanse, og legen må slippe mistenkeliggjøring på dette punkt. Gode språkkunnskaper bør være en forutsetning for godkjenning, slik at det ikke blir opp til den enkelte arbeidsgiver å vurdere hva som er godt nok. Når en godkjent lege kommer i praksis, må han/hun bli inkludert i det kollegiale fellesskap som et likeverdig medlem. Nødvendig kulturkunnskap kan bare læres når man selv blir anerkjent som et helt menneske med kunnskaper og holdninger som kan styrke det nye fellesskapet. Slik tror vi at vi kan oppnå en betydelig tilleggseffekt: en forbedring av arbeidsmiljøet og en gjensidig opplæring i de kulturelle verdier som har betydning for egen yrkesatferd og pasienters helseatferd. Hvordan kan vi oppnå dette?

Svaret er ikke enda flere kurs basert på tradisjonell pedagogikk. En pedagogikk som har som utgangspunkt at «vi har noe vi skal lære dere», er med på å reproducere de problemer vi her tar opp. Et humanistisk kunnskaps- og menneskesyn fordrer åpenhet og dialog om verdier og det personlige innhold i medisinen. Aktørene i en slik dialog vil bli hørt, men de må også tåle kritisk vurdering av egne posisjoner. Ansvar for en slik dia-

log og en slik pedagogikk ligger på universitetene, Legeforeningen og arbeidsgiverne.

Disse instansene har også et delansvar for å utvikle det sosiale læringsmiljøet. Ordninger med tutorer og gruppedeltakelse kan sikre profesjonell og personlig vekst for både norske og fremmedspråklige studenter. Veiledningsgrupper bør bli obligatorisk for alle spesialiteter. Gjensidige praksisbesøk er en annen type læring som preges av toveiskommunikasjon.

På arbeidsplassene må det utvikles en kultur som gir rom for åpenhet om usikkerhet og feil. I en rapport anbefales det at skillet mellom fag og atferd bygges ned, og at ledelsesansvar også innebærer veiledning på disse områdene (2). Godkjenningssystemet bør revurderes og bli tilført tilstrekkelige ressurser. Kulturkunnskap bør bli synlig på studieplaner og i spesialistregler. Ved å bygge på erfaringer fra USA og Canada, land med lang erfaring med en flerkulturell virkelighet, kan kulturbakgrunn anerkjennes og utnyttes pedagogisk til gjensidig glede. Vi oppfordrer Legeforeningen og universitetene til å ta initiativ til å fremme kulturkunnskap, kulturanerkjennelse og dialog i medisinsk utdanning og yrkesutøvelse.

Guri Rørtveit
guri.rortveit@isf.uib.no

Eivind Meland
eivind.meland@isf.uib.no
Seksjon for allmenntidrett
Universitetet i Bergen
5009 Bergen

Guri Rørtveit (f. 1965) er spesialist i allmenntidrett og stipendiat ved Seksjon for allmenntidrett ved Universitetet i Bergen.

Eivind Meland (f. 1950) er spesialist i allmenntidrett, allmenntidrettspraktiserende lege i Bergen og førstemannuensis ved Seksjon for allmenntidrett ved Universitetet i Bergen.

Litteratur

- Gill PS. General practitioners, ethnic diversity and racism. I: Coker N, red. Racism in medicine. An agenda for change. London: King's Fund, 2001: 99–120.
- Olsson TB, Brønnick K, Dahle I. Mellom medisin og kultur – om utenlandske leger i norsk allmenntidrettstjeneste. Rapport RF-2001/052. Stavanger: Rogalandforskning, 2001.
- Aasland OG, Javo C, Larsen A. Utenlandske leger ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4246–50.
- Øgar P. Utenlandske leger i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4204.
- Høie IM. Legeimport gir økende språkproblemer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 113.
- Bhopal R. Racism in medicine. *BMJ* 2001; 322: 1503–4.