



RF – Rogalandsforskning. <http://www.rf.no>

**Tor Bjarne Olsson, Kolbjørn Brønnick og
Irene Dahle**

**Mellom medisin og kultur –
om utenlandske leger i norsk
allmennlegetjeneste**

Rapport RF – 2001/052

Prosjektets tittel: Legekantoret som et flerkulturelt
møtested

Oppdragsgiver: Sosial- og helsedepartementet

ISBN: 82-490-0104-4

Gradering: Åpen

RF - Rogalandsforskning er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS - EN ISO 9001

Forord

Utenlandske legers virke i norsk allmennlegetjeneste har periodevis vært omtalt i norske media og på folkemunne. Denne omtalen har ikke alltid vært positiv, og har uansett gitt inntrykk av at utenlandske leger i blant praktiserer sitt yrke annerledes enn sine etnisk norske kollegaer. Myndighetene har tidligere i liten grad vist interesse for å vurdere nærmere om dette inntrykket av ulikhet er reellt og hva denne ulikheten evt. skulle gå ut på. Prosjektet 'Legekontoret som et flerkulturelt møtested', som er finansiert av Sosial- og helsedepartementet, ga muligheter for å gjøre et innledende forskningsarbeid på området. Denne rapporten gjengir de viktigste resultatene fra arbeidet, som hadde en bred tilnærming. I tillegg til selve rapporteringen av resultatene angir også rapporten noen forslag til veier å gå i arbeidet med de viktigste utfordringene. Rapporten skisserer også noen tema som kan gjøres til gjenstand for fremtidig forskning.

Stavanger, februar 2001

Tor Bjarne Olsson,
prosjektleder

Innhold

1	INNLEDNING	9
1.1	Målsettinger.....	9
1.2	Avvik fra opprinnelig plan for prosjektarbeidet	9
1.3	Bakgrunn	9
1.4	Problemstillinger	11
1.5	Kulturbegrepet.....	13
1.6	Om ”utlendighet”	15
2	METODE	17
2.1	Informanter og steder	18
2.1.1	Nord-Norge	18
2.1.2	Legevakt i større by.....	19
2.1.3	Fylkeslegene.....	20
3	RESULTATER.....	21
3.1	Nord-Norge intervjuene	21
3.1.1	Kommune A	21
3.1.2	Kommune B	26
3.1.3	Oppsummering fra Nord-Norge intervjuene.....	31
3.2	Legevakten	32
3.2.1	Pasientene.....	32
3.2.2	Legene	34
3.2.3	Støttepersonalet	34
3.2.4	Leder	37
3.2.5	Oppsummering fra legevakten	39
3.3	Fylkeslegene.....	40
4	DISKUSJON	46
5	STRATEGIFORSLAG – VEIER Å GÅ FOR Å SIKRE GOD TJENESTEYTING.....	54
5.1	Generelle tiltak.....	54
5.1.1	Ledelse	54
5.1.2	Fra ensretting mot mangfold?	55
5.1.3	Bryt skillet mellom <i>fag</i> og <i>atferd</i>	56

5.1.4	Hierarki i lege- pasientrollene.....	56
5.1.5	Forslag til aktuelle fremtidige forskningstema	58
REFERANSER.....		62

”Et barn skulle sy et sting for å bøte et sår. Det er da vanlig å droppe bedøvelsen fordi det bare blir et ekstra stikk for barnet. Den mannlige legen fra Midt-Østen sa til barnet at det ikke kom til å gjøre vondt i det hele tatt. Jeg, som assisterte legen, sa til moren og barnet at det nok kom til å gjøre litt vondt, men at det kom til å gå fort over. Legen ble da tydelig fornærmet og gjentok med sterke ord at barnet garantert ikke kom til å kjenne noe som helst. Legen satte i gang, og barnet hylte!”

(Sitat fra intervju med sykepleier)

1 Innledning

1.1 Målsettinger

Målsettingene for prosjektet har vært tredelt:

- Identifisere ev. sammenhenger mellom legenes kulturelle bakgrunn, muligheter for å ivareta etablerte kriterier for hva godt allmennlege- og legevaktarbeid er og publikums vurdering av tjenestene.
- Utarbeide strategier for å sikre god kvalitet på primærlegetjenestene også der disse utøves av ikke-norske leger.
- Formidle resultatene gjennom skriftlig rapportering, konferanser og anbefalinger om kompetanseutvikling.

1.2 Avvik fra opprinnelig plan for prosjektarbeidet

I de opprinnelige planene for prosjektgjennomføringen var det planlagt workshops med inntil en halv dags varighet i de ulike virksomhetene som har deltatt. Disse møtene skulle gjennomføres etter at intervjuene var utført. Dette lot seg ikke gjøre fordi virksomhetene oppga at de hadde for stort arbeidspress til å kunne prioritere personellressursene slik.

I tillegg til utvalget informanter som først var planlagt utvidet vi etter samråd med oppdragsgiver utvalget informanter til også å omfatte ansatte ved seks fylkeslegeembeter. Begrunnelsen for å gjøre dette var at vi ønsket fylkeslegenes vurderinger av klagesaker hvor utenlandske leger var involvert.

1.3 Bakgrunn

Bakgrunnen for prosjektet har vært at deler av norske legetjeneste i dag utøves av leger med ulik kulturell bakgrunn. Dette gjelder særlig sykehuslegene, men også allmennlegetjenesten gjenspeiler en etnisk sett bredt sammensatt yrkesgruppe. Det finnes imidlertid betydelige variasjoner mellom de ulike landsdelene. Vårt inntrykk før prosjektstart var at kommuner og fylkesleger i de nordligste landsdelene var mer opptatt av ulike problemstillinger rundt de utenlandske legenes virke enn kommuner lenger sør i landet. I tillegg synes det som om den offentlige debatten om utenlandske legers virke ofte har vært preget av stereotypisering med

tendenser til å lage grove kategorier som 'leger fra land i den tredje verden', 'ikke-vestlige leger', 'leger fra våre naboland' osv.

Det er flere årsaker til at norsk legetjeneste i løpet av få år er blitt så multietnisk som den i dag er, men bredden i legenes nasjonalitetsbakgrunn er nok først og fremst et resultat av at det norske arbeidsmarkedet etterspør legenes kompetanse mer enn en del andre lands markeder gjør. Vi vet i dag lite om resultatet av en slik rekruttering i form av konsekvenser for pasientbehandlingen og det finnes lite norsk forskning på området. Det er flere forhold som peker i retning av at nytteverdien av å gjøre studier på dette området vil være stor. Vi har i dette prosjektet rettet oppmerksomheten mot allmennlege- og legevakttjenesten. Dette er gjort fordi vi mener dette er krevende og sårbare tjenester som gir en god illustrasjon på de viktigste problemstillingene som et flerkulturelt møte mellom lege og pasient medfører.

Fordi vår studie kommer tidlig har vi sett det som vår oppgave å også synliggjøre relevante problemstillinger som kan gjøres til gjenstand for senere forskning. Dette innebærer at vi har hatt et åpent utgangspunkt og at vi også berører problemstillinger som ikke dette prosjektet har gitt rom for å studere særlig inngående. Vi skisserer avslutningsvis forslag til tema som kan danne utgangspunkt for ytterligere forskning på området.

Følgende utviklingstrekk har vært viktige som bakgrunnsteppe for temaet:

- Som en følge av den sterke veksten i allmennmedisin på 70- og 80-tallet er legenes gjennomsnittsalder mange steder nå 45-50 år (Otterstad, 1996). Dette taler for at en vesentlig andel av legene etter hvert går inn i en alder hvor de i første omgang ikke ønsker å arbeide svært mye mer enn en normal arbeidsuke og i andre omgang forlater yrkeslivet. Sammen med en forventet økning i etterspørselen etter legetjenester vil dette medføre et økende rekrutteringsbehov i mange år framover. Det er knyttet stor usikkerhet til landets evne til å utdanne nok nye leger til å dekke etterspørselen.
- H.K. Otterstad (Otterstad, 1996) har i en undersøkelse om legevakt i Vestfold vist at mannlige leger helst vil slippe å yte legevaktarbeid etter fylte 40 år dersom de kan velge det. Samme undersøkelse viser at de fleste kvinnelige leger helst ikke vil arbeide legevakt i det hele tatt. Legevakttjenesten vil således kunne oppleve et spesielt stort rekrutteringsbehov i tiden fremover.
- Andelen kvinnelige medisinerstudenter er økende og har nå passert 50%.
- Andelen legevaktleger med utenlandsk bakgrunn har de fleste steder vært økende.

- Andelen leger i allmennlegetjeneste med utenlandsk bakgrunn er økende, særlig i de nordligste landsdelene. Det samme gjelder andelen utenlandske leger i korttidsengasjementer.

1.4 Problemstillinger

Krav til kvalitet - ‘sannhetens øyeblikk’

De nevnte utviklingstrekk må sees i sammenheng med etablerte kriterier for hva som må ivaretas for at legetjenesten skal sikres god kvalitet. Allment praktiserende lægers forening, ApLf, har f. eks. beskrevet hva som er gode forutsetninger for legevaktarbeid:¹

“Det er derfor en fordel at legen kjenner befolkningen, og er kjent i området. Vikarer i kommunehelsetjenesten, sykehusleger og andre leger som bare har legevakt som bijobb, besitter i mindre grad den kompetanse som primærhelsetjenestens egne leger har, og er derfor mindre i stand til å kjøre legevakt”.

ApLf's beskrivelse av hvilken kompetanse leger som skal utføre legevaktarbeid bør inneha henger sannsynligvis sammen med legevakt- og allmennlegetjenestens spesielle karakter sammenlignet med f.eks. legetjenesten ved sykehus. Allmennlege- og legevakttjenesten utøves oftest i en situasjon hvor legen er alene med pasienten. Det oppstår derfor det som kan sees på som en rendyrket situasjon av hva Richard Normann har betegnet som ‘sannhetens øyeblikk’. Richard Norman opererer med begrepet ‘sannhetens øyeblikk’ for å beskrive betydningen av det som skjer mellom den som yter en tjeneste og mottakeren i det tjenesten overleveres. Begrepet, som er hentet fra tyrefektingsarenaen, har ofte dannet utgangspunkt for beskrivelser av siste ledd i vanlig vare- og tjeneste-produksjon, men er sjelden brukt for å beskrive overleveringen av helsetjenester. ‘Sannhetens øyeblikk’ blir i et slikt perspektiv betraktet som helt avgjørende for hvordan kunden opplever tjenesten. I sannhetens øyeblikk vil både kunde og leverandør bidra med definisjon av behov og tjenesteinnhold slik at tjenesten “treffer” innholdsmessig og avleveres på en måte som tilfredsstillende kundens behov.

Vi har forsøkt å ta utgangspunkt i hva som skjer når legen møter pasienten i ‘sannhetens øyeblikk’, og undersøke om eller i hvor stor grad de kulturelle

¹ Heftet Legevakt, 1996.

bidragene fremmer eller hemmer produksjonen og overleveringen av tjenesten.

I tråd med et slikt perspektiv har det vært viktig å undersøke hvilke roller både lege og pasient oppfatter å ha i forhold til hverandre:

- Betrakter pasienten legen primært som 'innvandrer' eller lege?
- Finnes det avgjørende og identifiserbare forskjeller i hva som skjer i 'sannhetens øyeblikk' når de involverte har samme vs ulik kulturell bakgrunn?
- Kan disse forskjellene beskrives og systematiseres?
- Hvilke konsekvenser får ev. disse forskjellene for pasienten?

Legevakt har vært en interessant arena for slike studier bl.a. fordi partene som deltar i 'sannhetens øyeblikk' sjelden er kjent med hverandre fra før. Vi har derfor forsøkt å undersøke de kulturelle bidragenes umiddelbare betydning uten at disse har blitt vesentlig forstyrret av felles lege-pasient historie. På denne måten kan det forventes at studier av legevaktsituasjoner også har overføringsverdi for allmennlegetjenesten i mange utkantkommuner, særlig i Nord-Norge, hvor legen ofte betjener pasientene over et relativt kort tidsrom.

Pasientenes/publikums vurdering

Norsk Gallup Institutt A/S gjennomførte høsten 1998 en brukerundersøkelse blant befolkningen i Stavanger kommune². Legevakten kommer her svært dårlig ut på spørsmål om vurdering av legens faglige dyktighet, legens evne til å lytte til deg, informasjon om behandlingen og helsepersonalets serviceinnstilling.

Vi har forsøkt å undersøke om det er noen sammenheng mellom slike tilbakemeldinger fra publikum og hva som skjer i 'sannheten øyeblikk' når tjenesten overleveres:

- Finnes det sammenhenger mellom publikums negative oppfatning av legevaktstjenestens kvalitet og legevaktlegenes etniske sammensetning?

2 Norsk Gallup Institutt a/s: Hva mener innbyggerne og brukerne? Oslo feb.-99

1.5 Kulturbegrepet

En kan spore det klassiske kulturbegrepet tilbake til den britiske antropologen Edward B. Tylor (1871, ref i Haviland, *Cultural Anthropology*, 1987):

”Culture ... is that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society” (Tyler 1871)

Kulturdefinisjonen til Tyler fra 1871 innebærer at kultur ikke er medfødt, men tilegnes av mennesker som medlemmer av ulike samfunn. Denne definisjonen av kultur har fremdelen gyldighet i dag, men i nyere kulturbegreper defineres kultur klarere som ’aggregater’ av sosiale praksiser, dvs. som symbolske *premisser* for atferd heller enn konkret atferd. Geertz (1973) ser f eks på kultur som symboler, kunnskap, normer og verdier som legges til grunn for atferd samtidig som kultur skapes, eller produseres, gjennom samhandling. Denne kulturforståelsen er mer dynamisk ved at aktører ses på som aktive *meningsprodusenter*.

Kultur og kulturelle forskjeller er blitt ‘in-ord’ i vårt samfunn. Mye, og mange vil hevde alt for mye, blir forklart med kultur. Det blir fra flere hold advart mot å bruke et kulturbegrep som er ‘essensialistisk’, dvs. et syn på kultur som en uforanderlig ‘ting’ eller en pakke av verdier og kunnskap som mennesker nærmest er programmert med. Et slikt syn på kultur kan lett medføre flere uheldige konsekvenser. For det første har *individet* en tendens til å forsvinne gjennom et slikt begrep; all adferd ses på som om den var typisk for en hel gruppe, eller sågar en hel nasjon! For det andre kan et slikt kulturbegrep lede oss til å overse at kultur alltid er omstridt og forhandlet. Det finnes forskjellige kulturelle ståsted i ett og samme samfunn. Et essensialistisk kulturbegrep gir oss lett inntrykk av at det innenfor en etnisk gruppe finnes *en* ubestridt versjon av hvordan virkeligheten ser ut.

Dette prosjektet har tatt utgangspunkt i en forståelse av kulturbegrepet som forutsetter at mennesker er aktive *meningsprodusenter*. Mennesker med ulike erfaringer forhandler om hvilke verdier, regler og normer som skal gjelde i bestemte situasjoner. Gjennom slike forhandlinger produseres det ny ‘kultur’. I forhandlingene er makten ofte skjevt fordelt. Noen har makt til å definere hvilke rammer som skal gjelde for en bestemt situasjon. I samhandling mellom mennesker fra ulike etniske grupper er det ofte dem som tilhører den etniske *majoriteten* som definerer premissene for samhandlingen.

Innen psykologien har man vært opptatt av at kultur må nedfelles som individuelle kunnskaper og ferdigheter. Dette er en relevant innfallsvinkel i dette prosjektet, siden vårt mål ikke er å studere kulturer, men å forstå

hvordan individer samhandler på bakgrunn av kulturelt betingede forskjeller. Innen kognitiv psykologi og kognitiv sosialpsykologi anvender man begreper som ”scripts” (Abelson, 1981), ”prototypes” (Cantor, 1981) og ”schema” (Fiske & Taylor, 1984). Disse begrepene beskriver hvordan man anvender en generalisert forståelsesmodell av ulike typer objekter, situasjoner og fenomener for å redusere den kognitive belastningen knyttet til det å oppfatte komplekse situasjoner. Et ”script” kan f.eks beskrive en typisk hendelsessekvens i en gitt sosial situasjon. Et eksempel kan være et restaurantbesøk. Som gjest på en restaurant kjenner man handlingsforløpet. Man venter på kelneren, blir tilvist et bord osv. Et annet eksempel er scriptet ”legekonsultasjon”. Man forventer at man må vente på et venterom, at man blir kalt inn til legen, at legen spør hva en feiler osv. Det er påvist at svært mye av vår hukommelse for ulike typer begivenheter, er generalisert scriptkunnskap, og ikke unike hukommelsesspor fra en gitt begivenhet. Det er også påvist at scripts styrer vår oppfattelse (persepsjon) av hendelser, slik at man lett ikke oppfatter situasjoner som ikke passer inn i et gitt script (Abelson, 1981).

Begrepet ”prototype” er definert som en tilskrivning av et sett egenskaper til et objekt basert på objektets gruppetilhørighet. Dersom det dreier seg om en tilskrivning av egenskaper til et menneske, basert på menneskets gruppetilhørighet, bruker vi begrepet ”stereotypi”. (Hamilton, 1979). Tradisjonelt har begrepet hatt negative konnotasjoner, ved at det har vært dokumentert at grupper med makt tilskriver svakere grupper negative egenskaper. Et eksempel er Dovidio, Evans og Tylers forskning (1986) der de dokumenterte hvordan hvite amerikanere hadde negative stereotypier om amerikanere med afrikansk opprinnelse.

Siden scripts og stereotypier er sentrale elementer i vår forståelse av sosiale situasjoner, og kjennskap til kulturelt betingede scripts trolig er en forutsetning for å fungere effektivt sosialt, er det klart at mennesker som mangler denne kjennskapen vil kunne oppleve problemer. De vil kunne gå glipp av viktige symboler som er avgjørende for å forstå en sosial situasjon i den fremmede kulturen. Slike symboler kan være språklige, i form av underkommuniserte budskap eller implisitte tolkninger knyttet til konteksten der et utsagn blir ytret. Det kan også dreie seg om kroppsspråk og gester, eller spesifikke handlinger som har en kulturelt betinget mening i en gitt setting.

I tillegg til at utlendinger må lære seg å tolke de kulturelle ”scripts” og symboler som gjelder i Norge, vil utlendinger møte stereotypier basert på etnisitet, språk og opprinnelig hjemland rettet mot seg selv. Disse stereotypiene vil også kunne virke inn på utlendingers arbeid og pasienters evaluering av utlendingers arbeid.

1.6 Om "utlendighet"

Mange scripts og kulturelle fenomener er felles mellom ulike nasjonaliteter, men en kan også ha regionale kulturelle særtrekk i avgrensede områder innen en nasjon. Det er vanskelig å beskrive slike særtrekk på en presis måte, fordi man ikke selv er en objektiv observatør, men bringer med seg sine egne forutsetninger for å forstå de symboler som anvendes i en gitt setting.

Et sentralt spørsmål i dette prosjektet er om det er hensiktsmessig å operere med begrepet "utenlandske leger" kombinert med kulturbegrepet. Vil to urbane mennesker fra to nordvesteuropeiske land være mer kulturelt forskjellige enn mennesker som er vokst opp i samme land, men i områder med vidt forskjellig grad av urbanisering? Er det noe felles ved det å være "utlending" i Norge?

I tillegg til kulturbegrepet kan vi trekke inn attribusjonsbegrepet. Som utlending i Norge blir en møtt med forventninger og ens handlinger kan årsaksattribueres til "utlendighet". Utlendingens hudfarge, religion og opprinnelsesland kan ha betydning for hvilke forventninger en møter og hvordan atferd årsaksforklars. Innen sosialpsykologien er begrepet "den fundamentale attribusjonsbias" velkjent (Fiske & Taylor, 1984). Dette begrepet viser til at vi tenderer til å årsaksforklare andres atferd ved å vise til egenskaper ved dem som personer, og vi undervurderer situasjonelle faktorerens betydning. Dersom det dreier seg om medlemmer av en identifiserbar og distinkt gruppe, vil stereotypier knyttet til gruppetilhørighet kunne anvendes som årsaksforklaring av observert atferd. I tillegg innvirker stereotypier på hva vi faktisk observerer og oppfatter. Eksempler er såkalte "bias" fenomener. Higgins og Bargh (1987) har beskrevet hvordan vår perspesjon av andres atferd er styrt av våre stereotypier om den gruppen som disse andre tilhører. Dette kalles "bekreftelsesbias".

I Norge gav nettopp Statistisk Sentralbyrå ut en rapport om Innvandrere i Norge (Bjertnæs, 2000). Her dokumenteres det at nordmenns holdninger til innvandrere varierer avhengig av utdanningsnivå, kjønn og alder. Eldre mennesker er mer negative enn yngre, og menn mer negative enn kvinner. Rapporten berører i liten grad hvilke konkrete stereotypier nordmenn har om innvandrere. Dette er imidlertid beskrevet i sosialantropologien. F.eks. har flere studier vist hvordan stereotypier om flyktninger som 'hjelpetredende' kan virke hemmende på innvandrere og flyktnings muligheter (Malkki 1996, Knudsen 1986).

I den grad ulike stereotypier eksisterer om utlendinger, vil disse kunne påvirke måten disse fungerer på i det norske helsevesenet. Vi antar at begrepet "utlending" egentlig rommer mange ulike typer stereotypier avhengig av etnisitet, opprinnelsesland og religion. De ulike stereotypiene nordmenn har om ulike kategorier av "utlendinger", vil trolig bidra til å

forme de oppfatninger norske pasienter har om de utenlandske legene, og dermed også samspillet mellom lege og pasient.

2 Metode

Valg av metodebruk i samfunnsvitenskapene henger sammen med dyptgripende betraktninger om hva vitenskap er og hvilke grunnleggende egenskaper samfunnsfenomener har. Tradisjonelt sett har samfunnsvitenskapen adoptert de naturvitenskapelige idealer om validitet og reliabilitet. Imidlertid har flere samfunnsforskere argumentert for at den tradisjonelle vitenskapsteoretiske antakelsen om forskeren som nøytral observatør er forfeilet når den anvendes innen samfunnsvitenskap. Forskeren vil påvirke det fenomen han studerer gjennom sine studier, og forskeren er selv forankret i deler av den kontekst som studieobjektet befinner seg i. I tillegg er det umulig å oppnå kontroll over observasjonsenheten. Alternative tilnæringer er blitt lansert, blant annet av Guba og Lincoln (1985). Disse forskerne fremholder ”tillit” som kriterium for forskningskvalitet, og de nevner a) kredibilitet, b) overførbarhet, c) pålitelighet og d) bekreftbarhet som ulike aspekter ved tillit. Et sentralt begrep knyttet til kredibilitet og bekreftbarhet, er ”triangulering”. Jick (1979) definerer triangulering som ”kombinasjon av metoder i studiet av samme fenomen”. I vårt tilfelle består triangulering i at vi har innhentet informasjon fra ulike aktører som utøvende utenlandske leger, disses ledere og pasienter. Samlet sett vil dette gi mulighet for å kombinere data for å gi plausible integrative tolkninger av datamaterialet. Materialet har også ulik grad av representativitet. Våre intervjuer med utenlandske leger og disses pasienter pretenderer ikke å gi et representativt materiale som skal kunne generaliseres til hele gruppen av utenlandske leger. Imidlertid vil intervjuene med fylkeslegene være mer generelle, og vi mener at kombinasjonen av informanter øker tilliten til vårt materiale.

For den tradisjonelt kvantitative og hypoteseorienterte leser vil vi begrunne vårt valg av kvalitativ metode med at tematikken er for lite utforsket til at man bør starte med en tradisjonell hypotesedrevet kvantitativ tilnærming. Større kvantitative undersøkelser er ofte så ressurskrevende at man bør undersøke fenomenet som skal studeres på en mer åpen og ustrukturert måte med vekt på tolkninger og forståelse og så bruke denne kunnskapen i utformingen av hypotesedrevet forskning.

I dette prosjektet er data innhentet ved bruk av semistrukturerte intervjuer der vi har utarbeidet intervjuguider som angir tematikken som bør berøres, men der vi innledningsvis ber informantene tale fritt om temaet. Ved en slik metodisk tilnærming forsøker vi å minimere effekten av vår eventuelle forutinntatthet i forhold til temaet.

2.1 Informanter og steder

Vi har valgt ulike presentasjonsformer på intervjuene fra de nord-norske kommunene og legevakten i bykommunen i Sør-Norge. Intervjuene fra de nord-norske kommunene er gitt en mer detaljert presentasjon uten særlig mye gruppering av informantene. Dette er gjort for å yte rettferdighet til variasjonen i disse informantenes bidrag til datatilfanget. Ved legevakten, som er en stor arbeidsplass geografisk samlet på ett sted, var det lettere å gi en gruppevis presentasjon av data fra de ulike informantene.

2.1.1 Nord-Norge

Vi intervjuet ansatte ved i alt 4 legekontor fordelt på 2 kommuner i Nord-Norge. Utvalget av informanter presenteres her fordelt på kommune. Enkelte av opplysningene vil være fordreide, dersom disse lett ville kunne føre til identifisering av informantene.

2.1.1.1 Kommune A.

Kommune A har ca 3000 innbyggere og er spredt bosatt, med små tettsteder. Den lokale turistinformasjonen markedsfører stedet som ”utenfor allfarvei”, hvilket kan skyldes at det ikke ligger langs en større gjennomfartsvei. Den enkleste måten å komme seg til Kommune A, er å reise med båt. For å reise til et bysentrum må en kjøre over 25 mil, eller ta hurtigbåt. Kommune A har to legekontor:

- 1) Der kommunelege 1 har virket i over 20 år, og
- 2) Der to nord-europeiske leger hadde arbeidet i ca. 1 år ved intervjutidspunktet.

Jordbruk, fiske og fiskeindustri er de viktigste næringsveiene.

Følgende informanter ble intervjuet:

(1) Legekontor 1

- *Kommunelege 1.* Dette var en etnisk norsk mann i 50-årene som hadde arbeidet mesteparten av sitt yrkesaktive liv, over 20 år, som lege i Kommune A.

(2) Legekontor 2

- *Et yngre nord-europeisk legeektepar som ikke forsto norsk da de ankom Norge.* Disse hadde arbeidet i ca ett år ved dette legekantoret. Mannen var nyutdannet, mens konen var erfaren.
- *5 pasienter,* 4 kvinner og 1 mann. Aldersspenn fra 40 til 70 år. Alle var etnisk norske.

- *1 norsk kvinnelig legesekretær, ca 40 år. Ca. 11 års erfaring, 1 år på legekantor 2.*
- *1 norsk kvinnelig hjelpepleier, ca 35 år. 2 års erfaring fra legekantor 2.*

2.1.1.2 Kommune B.

Kommune B har ca 6500 innbyggere og ligger også utenfor gjennomfartsvei, ved kysten. Imidlertid er det kortere vei til nærmeste by enn fra kommune A. Kommune B har industri og fiske som hovednæringer. Det finnes tre legekantor i kommunen; i kommunesenteret og i to tettsteder. Ved kommunesenteret intervjuet vi kommunelege 1 som arbeidet på det vi kaller legekantor 1. Dette intervjuet ble gjort i to runder via telefon. Ved legekantor 2 arbeidet en lege med afrikansk opprinnelse og ved legekantor 3 arbeidet en lege med opprinnelse fra et øst-europeisk land. Denne legen ville ikke la seg intervjuet.

Følgende informanter ble intervjuet:

(1) Legekantor 1.

- *Etnisk norsk, yngre, kvinnelig kommunelege 1, intervjuet ble gjennomført telefonisk. Hun var for tiden i permisjon.*

(2) Legekantor 2.

- *Kommunelege 2, en eldre mann av afrikansk opprinnelse. Han har vært ved legekantor 2 i over 17 år.*
- *2 pasienter, 1 mann og 1 kvinne. Begge over 60 år gamle.*
- *2 legesekretærer, begge kvinnelige, i 40-årene.*

2.1.2 Legevakt i større by

Intervjuene ved legevakten ble gjennomført med et utvalg satt sammen av utenlandske leger, leder, annet helse/støttepersonale og pasienter. Pasientintervjuene ble gjennomført tett opp mot legekonsultasjonen som mulig, fortrinnsvis rett etter konsultasjonen var gjennomført. Pasientintervjuene var korte; som oftest mellom 15 og 30 minutter. De øvrige intervjuene tok mellom en og to timer.

2.1.3 Fylkeslegene

Fylkeslegene ble med ett unntak gjennomført ved hjelp av telefon. Ett intervju skjedde i personlig møte mellom forsker og fylkeslege.

3 Resultater

3.1 Nord-Norge intervjuene

I oppsummeringen av intervjuene i Nord-Norge vil intervjuerens subjektive opplevelser også beskrives. Dette gjøres for å gi leseren en bredere bakgrunn for å forstå de konklusjoner som trekkes og hvilke deler av materialet som vektlegges. Stedene og informantene er summarisk beskrevet i metodedelen og utdypes i denne delen av rapporten. Vi minner om at enkelte opplysninger er manipulerte for å gjøre identifikasjon av informantene vanskeligere.

3.1.1 Kommune A

Det viste seg å være praktisk vanskelig å gjennomføre intervjuer i kommune A. Avstandene var store, og det var langt å kjøre fra nærmeste sted med flyplass. Det ble anbefalt å ta båt fra nærmeste by, men dette ville gjort det vanskelig å forflytte seg innen kommune A på grunn av dårlige bussforbindelser og store avstander. Leiebil ble derfor valgt som transportmiddel og en flere timer lang kjøretur fulgte. Det var slående hvor spredt befolket kommunen var. For en person sørfra, fremsto kommune A som forblåst og værutsatt, helt ut mot havet og med nakne fjell. Under kjøreturen ble samme tanke ofte gjentatt : ”Hva i all verden kan få en utenlandsk lege til å flytte hit”? Kombinasjonen av et lite samfunn og hardt klima kunne fortone seg som en utfordring for en utenforstående. Situasjonen i kommune A var da også at det i lang tid hadde vært stor gjennomtrekk av leger. Kommunelege 1 ved legekantor 1 var unntaket. Han hadde arbeidet på samme sted i 28 år.

3.1.1.1 Kontor 1. Kommunelege 1

Jeg ble møtt av to legesekretærer/sykepleiere. Legen var svært opptatt, jeg fikk fortalt at det var denne legen de fleste ønsket å bruke og at pågangen hele tiden var stor. Etterhvert fikk jeg møte legen, men intervjuet ble hyppig avbrutt av telefonoppringinger fra pasienter. Intervjuet ble likevel til slutt gjennomført.

Legen var spesialist i samfunnsmedisin og allmennmedisin, samt utdannet veileder. Han hadde arbeidet i 28 år i kommunen og publisert artikler om problemstillinger knyttet til legetjenesten i distriktene. Han var født og oppvokst i kommunen.

Legens spontane tanker om temaområdet, var at kommunen han arbeidet i sitt hovedproblem lenge hadde vært at legene som kom, ikke ble værende. Opplæringstiltak i kommunal regi ble mindre meningsfulle av at legene

uansett ikke ble lenge nok til at en kunne se effekter av slik virksomhet. Det var han selv som i praksis var ansvarlig for nyansettelser ved at hans råd ble fulgt, men det viste seg vanligvis ikke mulig å rekruttere leger som ønsket å bli i lengre tid.

Etter at legen presenterte sine spontane tanker om temaområdet, ble intervjuet strukturert i henhold til intervjuguiden. Første temaområde var: Kan lederen forklare hva han/hun legger i ”god allmennlegetjeneste”? Følgende svar ble gitt:

- Konsultasjonens kvalitet.
- Herunder evnen til å møte pasienten på en empatisk måte.
- Innhente en god anamnese der alle relevante opplysninger skaffes for å stille korrekt diagnose.
- God målrettet undersøkelse for korrekt diagnose og behandling

Kommunelege 1 vektla de relasjonelle aspektene av konsultasjonen som sentrale for at god kvalitet skulle oppnås. Kulturforståelse og språkferdigheter ble vektlagt som essensielle for at konsultasjonen skulle forløpe tilfredsstillende mht. relasjonelle forhold. Generelt mente kommunelege 1 at leger fra ikke-europeiske land som f.eks. Iran, Pakistan og Irak, oftere enn andre hadde problemer med kulturforståelse og kommunikasjon i konsultasjonen. Dette kunne gå på kjønnsdimensjonen, med kvinner som mer likeverdige menn i Norge, men også mer generelt på legens autoritet.

Hovedproblemet var imidlertid at mange pasienter, spesielt eldre, hadde innkjøringsvansker hver gang det kom en ny lege. Da oppsøkte de kommunelege 1 for overprøving av den nye legens vurdering. Dette skjedde ofte. ”Alle” i kommunen ville bruke kommunelege 1 som sin faste lege. Dette var ikke mulig pga. sprengt kapasitet, og fordelingen av pasienter ble foretatt basert på bosted/ geografisk tilhørighet.

Kommunelege 1 uttrykte skepsis overfor den faglige delen av enkelte av de utenlandske legenes arbeid. Spesielt fremhevet han at kunnskapen om norsk epidemiologi og norske retningslinjer for bruk av bredspektrede antibiotika var mangelfull hos enkelte leger. Han sa det slik: ”*Jo lenger øst en kommer fra jo verre er det.*”. Problemer oppstår blant annet på grunn av epidemiologi i opphavslandet. Eksempler er antibiotikaforskrivning, der de utenlandske legene er for liberale både mht. indikasjoner og preparatvalg. Imidlertid kan en se slikt hos leger fra europeiske land også, for eksempel hos en konkret fransk lege som viste seg å ha en svært liberal forskrivningspraksis. Et annet eksempel var en gresk lege som målte blodsukker ved å måle sukker i døgurnin, noe som i følge kommunelege 1 skal være en antikvert metode. Generelt skulle kommunelege 1 likt å vite

mer om utdanningssystemene i landene som legene kommer fra, men også dokumentasjonsgrunnlaget ved godkjenning av leger fra andre land.

I Kommune A hadde de et introduksjonsopplegg for utenlandske leger der språkopplæringen ble vektlagt. I tillegg var det utarbeidet et introduksjons-skriv. For øvrig var det faglige ansvar knyttet til introduksjonen av nye leger problematisk på den måte at det ikke er noen tradisjon i Norge for at leger kontrollerer hverandres arbeid. Det var derfor vanskelig å få innsyn i den praksis som ble gjennomført. Et slikt innsyn ble basert på 2. hånds opplysninger fra uformelle og formelle klager og pasienter som kom for overprøving av vurderinger. Formelle klager var ikke mulig å knytte til etnisitet. De uformelle henvendelsene omhandlet hyppig språkproblemet.

Sett fra et administrativt perspektiv var tilsynelatende ”griskhet” et problem. Griskhet ved at legene ”presser” seg til å ta flest mulig vakter, og kjører selv for å tjene penger. Hovedkonklusjonen til kommunelege 1 var at gjennomtrekken av legevikarer var hovedproblemet, ikke etnisitet / utlendighet.

3.1.1.2 Kontor 2. Nord-europeisk legeektepar.

På det neste legekantoret som ble oppsøkt, arbeidet det to leger fra et nord-europeisk land som i utgangspunktet ikke kunne gjøre seg forstått på norsk da de først ankom Norge, samt to legesekretærer. Legene ble intervjuet sammen, og legesekretærene ble intervjuet hver for seg.

(1) Intervju med nord-europeisk legeektepar

De to legene hadde arbeidet i kommunen i ca. ett år. Hun var en erfaren allmennlege som var i ferd med å spesialisere seg innen psykiatri, med 2 års erfaring fra sykehus og 6-7 år som bedriftslege. Han var nesten nyutdannet, med 2 års erfaring inkludert tiden i kommune A. Bakgrunnen for at de kom til kommune A, var at de så en avisannonse i hjemlandet. Det var gode arbeidsbetingelser og begge kunne arbeide samme sted. Bortsett fra dette var det ingen spesielle grunner til at de valgte å ta arbeid i kommune A. De opplevde at det er mindre kulturforskjeller mellom Norge og hjemlandet enn med hjemlandets naboland og de følte at kulturforskjellene var så små at de var uproblematisk. Det å bo i kommune A var ”avstressende”, og siden mannen likte å bruke naturen, kunne de tenke seg å bli her en stund.

I starten av oppholdet opplevde de betydelige språkvansker, men dette skal raskt ha bedret seg. De har opplevd det som problematisk at de er faglig isolerte, med liten kontakt med kommunelege 1. Imidlertid var norskkurset de fikk delta på bra, og til god hjelp i startfasen. De fikk ”starthjelp” av en annen utenlandsk lege, men ”forsto ingenting” av det han sa. De deltok også på et introduksjonskurs i regi av fylkeslegen som omhandlet blant

annet trygderett. Dette var også til stor hjelp. Totalt sett følte de at de trengte mer oppfølging i starten, og at det ville vært bra med et mer omfattende fast opplegg som også inkluderte sosiale forhold og praktisk hjelp.

Hovedproblemet for ekteparet var at barna savnet bylivet i hjemlandet og ville tilbake. Selv trivdes de. Pasientkontakten opplevde de som uproblematisk, men kanskje med litt mer problemer av språklig art med eldre pasienter. De trodde pasientene jevnt over var fornøyde med tilbudet de ble gitt. De hadde nå stort sett faste pasienter.

(2) Pasientintervjuer

I alt 5 pasienter ble intervjuet umiddelbart etter legekonsultasjonen. Disses svar vil bli gjengitt i henhold til temaområdene som ble berørt:

(a) Kommunikasjon

To pasienter rapportere språkproblemer i starten av legenes virke i kommune A. Alle syntes nå at dette var helt uproblematisk. Legene fikk ros for å være flinke lyttere som tok seg god tid og hørte etter på hva som ble sagt. Alle pasientene oppgav at de alt under ett var svært fornøyde med den kommunikasjon de hadde med disse legene. ”Vi kan jo bare spørre om vi ikke forstår... De tar seg tid til dét”, var et utsagn som ble gitt.

(b) Relasjonelle forhold

Ros ble gitt til legene for at de var ”rolige” og vennlige. En pasient sa at de var ”flinke sosialt”. En annen sa: ”Folk liker x og y”. Alle pasientene gav uttrykk for at de likte og respekterte legene og var fornøyde med måten de ble møtt på.

(c) Faglig tillit

Alle pasientene gav uttrykk for tillit til at legene var kompetente faglig. En pasient sa at hun stolte mest på den kvinnelige legen, fordi hun var den mest erfarne.

(d) Generelle synspunkter på utenlandske leger

Alle informantene kom spontant inn på samme tema. Det spilte ingen rolle hvor legen kom fra. Det viktigste var at de slapp gjennomtrekken av leger. Slik det var nå måtte de fortelle sin historie om og om igjen. De hadde full tillit til de utenlandske legenes kompetanse. Begrunnelsene var for eksempel ”De er jo leger...” og ”...myndighetene har jo godkjent dem”. Det var en gjengs oppfatning at siden norske myndigheter hadde gitt legene autorisasjon, så var legene like gode som norske leger. Hovedpoenget for alle de intervjuede pasientene, var at de ønsket en fast lege.

En av pasientene mente at et stort problem for de utenlandske legene var isolasjon, både faglig og sosialt. Denne pasienten hadde 10 års erfaring som miljøarbeider på et omsorgssenter i kommunen. Hun mente en god løsning ville være et større helsesenter der legene kunne få et fellesskap med kollegaer og andre yrkesgrupper.

(3) 2 legesekretærer

Legesekretærene kunne fortelle om en frustrert befolkning. Frustrasjonen dreide seg om alle vikarene som ble kort tid før de dro. Dette var blitt normaltstanden og folk var lei. De nord-europeiske legene fungerte godt nå, men i starten var det store vansker. Da anvendte folk samme strategi som de pleide når de fikk utenlandske leger med dårlig norsk. *Etter konsultasjonen oppsøkte de legesekretæren for å spørre om hva legen egentlig hadde ment. Enkelte ganger kunne legesekretæren fungere som tolk, andre ganger tolket legesekretæren legens skriftlige gjengivelse av konsultasjonen, eller eventuelle resepter.*

Ofte kunne pasienter ringe når en ny vikar ankom og spørre ”kossen snakka han?”. Pasientene ”flira no berre” av legens eventuelt eksotiske utseende. Det var ikke rasisme å spore blant pasientene, men engstelsen og ergrelsen over dårlig norsk var fremtredende.

Begge sekretærene fortalte at de oppfattet det som problematisk at vikarene som kom utelukkende var motivert av penger. Dette var noe de mente var temmelig eksplisitt, og ikke forsøkt skjult. Legene grep tak i alle vakter der muligheten bød seg og drev seg selv hardt.

3.1.1.3 Oppsummering fra kommune A.

Hovedtemaet i kommune A var gjennomtrekken av vikarleger. Alle pasientene, kommunelege 1 og legesekretærene klaget over dette. Kommunikasjonsproblemer ble forsterket av at pasienter og støttepersonale så ofte måtte forholde seg til nye leger som skulle sette seg inn i pasientenes sykehistorie og lokale forhold. Dette gav en uheldig interaksjonseffekt. Legevikarenes primære motivasjon for å arbeide i kommune A, ble oppfattet som økonomisk. Når det gjelder de generelle betraktninger som ble gjort av kommunelege 1, er det grunn til å stille spørsmål ved omfanget av data som lå til grunn for dette. En må spørre seg om det er stereotypier som ligger til grunn for legens oppfatning. For øvrig fant vi ikke slike stereotypier uttrykt av pasientinformantene.

Flere av informantene trodde en samling i et større helsesenter kunne være en løsning for å skape et større miljø for legene, men også andre yrkesgrupper som for eksempel tannleger.

3.1.2 Kommune B

Veien til kommune B var ikke like kronglete som til kommune A. Kommune B var større, med betydelig større sentrum. Det var også kortere vei å kjøre fra nærmeste større by. På mange måter var situasjonen mht. legedekning stikk motsatt i kommune B i forhold til kommune A. Her var det tre legesentra, der det i to av disse arbeidet utenlandske leger som hadde vært i kommunen i mange år. Kommunelege 1 var her den legen med kortest fartstid.

3.1.2.1 Kontor 1. Kommunelege 1.

Dette intervjuet ble foretatt i to runder over telefon pga. at kommunelege 1 var i permisjon da kommune B ble besøkt av oss.

Kommunelege 1 hadde arbeidet i to år i kommune B. Hun var ferdig utdannet tidlig på 90-tallet og hadde arbeidet i Statens Helsetilsyn i noen år. Hun hadde spontant mye på hjertet da vi ba henne fortelle om hva som opptok henne mest i forhold til problematikken omkring utenlandske leger, så hennes synspunkter legges her frem som de ble presentert i intervjuet.

Hun hadde i hele sin tid som kommunelege 1 i kommune B, opplevde å ha blitt motarbeidet og trenert av de to mannlige, utenlandske legene. Da hun kom til kommunen, var hennes forrige arbeidsplass i byråkratiet, og hun kjente godt til norsk lovgivning og retningslinjer. Hun kom nå til en lokal kultur der hun oppfattet at legene dels hadde etablert egne faglige kriterier og dels manipulerte det kommunale systemet for egen økonomisk vinning. For eksempel hadde den ene av legene (bakgrunn fra europeisk land) over 1.2 millioner kroner i årsinntekt, noe som etter kommunelege 1 sin vurdering var 600 000 mer enn det var grunnlag for. De faglige problemene hun opplevde var bl.a.:

- Ukritisk bruk av bredspektret antibiotika.
- Uforståelig journalføring.
- Lange, ubegrunnede sykemeldinger.
- Lange sykemeldinger for urinveisinfeksjon, men uten at det var blitt henvist til spesialist.
- Feil prioritering av ressurser, f.eks. hjemmebesøk til opplagt ufarlige tilstander. Dette var for øvrig et mønster hos den ene legen. Hun mistenkte at det var økonomisk motivert.

Hun hadde for øvrig ikke fått se legene i konsultasjonssituasjoner.

Hovedproblemet for kommunelege 1 var at legene ikke respekterte henne som leder. Den eldre legen av afrikansk opprinnelse sa for eksempel ved en anledning under et møte: ”Er du min leder, så er det over mitt lik” og forlot

møtet. I starten følte hun at hun ble forsøkt manipulert, og da hun grep fatt i dette ble hun bare oversett. Selv trodde hun det kunne henge sammen med kjønn og alder, knyttet til kulturelt betingede holdninger til dette hos de aktuelle legene. Hun hadde forsøkt å rydde opp i den overdrevne bruken av hjemmebesøk, mangelfull journalføring og bruk av sykemeldinger, men uten at dette ble fulgt opp. Dersom forpliktende avtaler ble inngått, ble disse ikke fulgt opp i praksis. Hun hadde også skrevet mange notater om disse forholdene, uten at det fikk konsekvenser. For øvrig hadde det angivelig vært en stor gjennomtrekk i kommunelege 1 stillingen pga. disse forholdene.

Kommunelege 1 hadde følgende synspunkter på momenter som måtte inngå i en god allmennlegetjeneste:

- Faglig høy standard.
- Tilgjengelig i henhold til relevante medisinske krav.
- Oppdatert faglig standard.
- Kritisk tidsbruk og korrekt prioritering.
- Organisatoriske faktorer og rammevilkår er viktig.

Når det gjaldt ansvarsforhold for kvaliteten på legetjenesten, mente kommunelegen at dette påhvile kommunen. Imidlertid kunne det være vanskelig for kommunen å gripe inn for eksempel ovenfor den utstrakte bruken av hjemmebesøk, fordi denne praksis medførte at legen ble meget populær hos pasientene. Det var også få klager på disse legene fra pasientene.

Kommunelege 1 mente at utenlandske leger bør delta på kurs om bruk av blanketter og generelt om norske regelverk. Et sentralt element i en introduksjonsfase burde dessuten være en fadderordning.

3.1.2.2 Legekantor 2, kommune B.

Dette kontoret var del av et helsesenter i et tettsted. Legen som arbeidet der, var en eldre mann av afrikansk opprinnelse. Han var utdannet i et nord-europeisk land, tidlig på 70-tallet.

(1) Intervju med utenlandsk lege på legekantor 2.

Denne legen begynte intervjuet med å fortelle at han egentlig ikke hadde planlagt å arbeide i kommune B. Han hadde sett seg ut en jobb på Grønland, men havnet i Norge fordi han forbyttet adressene når han klippet ut jobbannonser. Han hadde personlig kjørt bil til ”Grønland” som viste seg å være en nordnorsk kommune. Tidligere hadde han arbeidet i mange europeiske byer, i Danmark, England og Sverige. Det var ikke

mulig å få et klart svar på hvorfor han hadde søkt seg til Grønland / kommune B.

I beskrivelsen av sin faglige bakgrunn, fremhevet han sin lange erfaring og hevdet at han hadde publisert 18 artikler i internasjonale tidsskrift, samt at han hadde en doktorgrad. Ved søk i Medline fra 1965 til 2000, fant vi imidlertid ikke referanser til arbeid av denne legen, uten at vi kjenner årsaken til dette. Han kom spontant inn på egen autoritet i forhold kommunelege 1, og sa flere ganger : ”Hun er jo bare et barn”, og at han ikke fant seg i at hun la seg opp i hans praksis. Etter hvert opplevde han det som at den kvinnelige kommunelege 1 ikke lenger snakket til han, bare med ”jentene på kontoret”. Han trodde disse samarbeidsproblemene kom av aldersforskjellen mellom dem.

Legen hadde arbeidet i kommune B i over 17 år. I starten opplevde han arbeidet som vanskelig. Han hadde en ”kroppslig stil”, som medførte at han for eksempel ikke stilte seg opp og ventet på at eldre damer skulle greie å ”humpe seg bort” til kontordøren. I stedet gikk han bort og tok fatt i damene og støttet dem inn. I denne perioden angret han på at han valgte å arbeide i kommune B.

Legen var hele tiden svært animert og gestikulerte kraftig gjennom intervjuet. Han viste også følelser svært tydelig: Latter, men også irritasjon. Intervjueren ble slått av at denne oppførselen ville vært svært uvanlig for en person som var vokst opp i Norge. Legen ble likevel tydelig irritert av å bli omtalt som ”afrikaner”, og sa ”*jeg er ikke afrikaner, jeg er europeer*”. Han mente at han med sin lange tid i Europa ikke lenger kunne kalles ”afrikansk”.

Legen fortalte videre at pasientene etter hvert vente seg til han, og at den misnøyen han møtte i starten vek plass for en stor grad av fornøydhet. I starten fikk han klager på at han ikke virket troverdig som lege, var for jovial og uformell, ”*men nå har de vent seg til meg*”, sa han. Legen slo fast at han betraktet det som viktig at legen forsøkte å være uformell og medmenneskelig. Legen hevdet for øvrig at norske pasienter oppsøkte lege for problemer som egentlig bare var ”pirk”. Norske pasienter fremsto for denne legen som kravstore.

På spørsmål om hvilke tiltak som var viktige for å bedre utenlandske legers arbeidsforhold i det norske helsevesenet, hadde legen følgende forslag:

- Innføring i norsk trygdelovgivning, blå resept osv..
- Vise legen rundt på arbeidsstedet, introdusere folk.
- Være litt ”bløtere” i starten, forsøke å lage en myk start for legen.

(2) Intervju med 2 pasienter

2 pasienter ble intervjuet umiddelbart etter legekonsultasjonen. Begge hadde gått hos denne legen i over 10 år. Pasientenes svar vil bli gjengitt i henhold til temaområdene som ble berørt:

(a) *Kommunikasjon*

Pasientene var svært fornøyde med den kommunikasjon de hadde med legen. De var litt skeptiske i starten, men det viste seg å være ubegrunnet. De mente en viktig grunn til at kommunikasjonen forløp smertefritt, var at legen tok seg tid nok til å lytte til dem.

(b) *Relasjonelle forhold*

På dette punktet gav pasientene en nærmest overstrømmende ros. Legen ble berømmet for å gi følelsen av å ”besøke en gammel venn”, selv før de ble kjent med ham. Begge pasientene sa at de likte legen ”som person”. Spesielt satte de pris på at han var lite autoritær, og meget jovial. En pasient demonstrerte også for intervjueren hvordan legen hadde demonstrert elementer fra en fotballkamp, ved å ta et fiktivt straffespark. Den andre pasienten fortalte at legen lot han få lytte på sitt eget hjerte mens legen forklarte hva han hørte.

(c) *Faglig tillit*

Også på dette punktet var det en udelt positiv holdning til legen. Begge pasientene gav uttrykk for uforbeholden tiltro til legens behandling og diagnoser. I løpet av sine over 10-års pasientforhold til legen, hadde de aldri tvilt på at de ble korrekt diagnostisert og behandlet. ”Han er bedre enn norske leger”, sa den ene pasienten. ”Han vil ikke at folk skal ha det vondt”, sa den samme pasienten. Begge pasientene mente det var lett å få de rette medikamentene av legen. For eksempel fikk den ene pasienten Imigran mot migrene, noe som ”hadde kurert” vedkommende. For øvrig fikk legen mye ros for å være flink til å informere.

(d) *Generelle synspunkter på utenlandske leger*

Begge pasientene fortalte at mange mennesker i distriktet hadde vært skeptiske da denne legen kom. Flere hadde byttet til et annet legekantor. Etterhvert hadde ryktet om at legen var bra, gått. De fleste hadde vendt tilbake til dette legekantoret igjen. Imidlertid fortalte den ene pasienten at legens uformelle væremåte ikke var ukontroversiell i bygda. Mange eldre mennesker hadde ytret misnøye med dette. Generelt mente den ene pasienten at forskjellen på utenlandske og norske leger var ”lynnet”, men at ”folk er nå folk”, uavhengig av hudfarge. Disse pasientene hadde samme generelle oppfatning av de utenlandske legenes kvalifikasjoner som pasientene på kontor A: ”Når han er lege, har han vel kunnskap”.

Det aller viktigste for disse pasientene, var at de hadde en fast lege. De fortalte at på kontoret der kommunelege 1 arbeidet, var det mye misnøye fordi det var så stor gjennomtrekk. Den ene pasienten vektla at det verste som kunne skje, var å få vikarleger, samme om disse var norske eller utenlandske. ”De har så dårlig tid”, sa denne pasienten. Generelt mente pasienten at dette var en svakhet ved norske leger: ”De driver samlebånd, det er 15 minutter og så ut...”, og at den afrikanske legen var mye bedre til å lytte og ta seg tid.

(3) Intervju med to legesekretærer

Den ene legesekretæren hadde vært på legekantoret helt fra legen begynte å arbeide der. Den andre hadde arbeidet i ca to år på dette kontoret.

Begge fortalte om en vanskelig startfase. Mange pasienter byttet legekantor. Dette kom av legens utradisjonelle og uformelle oppførsel, men også betydelige språkproblemer. Det var mest eldre pasienter som opplevde disse problemene. Mange pasienter ba i denne perioden legesekretæren om å bli med inn under konsultasjonen. Det hadde også vært episoder der barn ble redde for legen, trolig fordi han hadde svært mørk hudfarge og en utadvendt væremåte. Dette hadde ført til at legen en gang hadde blitt svært opprørt.

Etterhvert vendte de fleste pasientene tilbake, men det forekom fremdeles språkvansker. Pasientene hadde nå vent seg til legen. Imidlertid forekom det fremdeles at legesekretær ble oppsøkt etter konsultasjon fordi pasienten var usikker på hva legen hadde ment å si. Det forekom av og til ulike ”tolkninger” eller ”oppfatninger” av hva legen hadde ment.

Sekretærene kunne fortelle om et arbeidsmiljø som hadde vært preget av konflikter. ”X er ikke norsk”, ble sagt som et understatement. ”Han er eldst, en gammel mann, og han vet best”, var en beskrivelse som ble gitt av legens grunnleggende holdning i samarbeidsspørsmål med det øvrige personalet. På dette punktet opplevde legesekretærene at ting var problematiske, selv om det var verre tidligere. Da hadde det vært åpne konflikter.

Legesekretærene mente at det viktigste som kunne gjøres for å forbedre utenlandske legers virke, sett fra deres perspektiv, var å gi mer opplæring i trygderegler, skjemabruk og rutiner.

3.1.2.3 Oppsummering

Det var også et tredje legekantor i kommune B. Her arbeidet det en lege fra et europeisk land. Denne legen ville ikke la seg intervju.

Vi ser at de ulike informantgruppene her har vidt forskjellige perspektiver på problemstillingene som reises. Det som for kommunelege 1 er et

problem knyttet til forskrivning av medisiner og til legenes prioriteringer, oppleves trolig av pasientene som positivt. Gjennom å få de medisiner de ønsker og hyppige hjemmebesøk, øker muligens pasientens tilfredshet med legen. I en mellomposisjon mellom pasientene, legen og leder, finner vi støttepersonalet på legekontoret. Disse ser både pasientene i det de kommer ut fra konsultasjoner med legen, og de ser de administrative sidene av legens virksomhet. Disse fanget både opp lederens misnøye med brudd på administrative retningslinjer og pasientenes fornøydhet med en forekommende lege.

De konkrete problemene som var oppstått mellom leder og utenlandsk lege i kommune B, kan årsaksforklares på flere måter. Dette kunne selvsagt skjedd uavhengig av kultur og nasjonalitet. Vi har en situasjon der det er manglende kongruens mellom formell makt og reell makt. Lederen var yngre, kvinnelig og ansatt i vesentlig kortere tid enn de utenlandske legene. Det er imidlertid mulig å spørre om leger fra samfunn der alder gir større status enn i Norge, vil være mer sensitive for å bli ledet av en yngre person. Dersom personen har liten erfaring med kvinnelige ledere, kan dette forsterke slike problemer.

3.1.3 Oppsummering fra Nord-Norge intervjuene

Vi opplevde to kommuner med vidt forskjellige situasjoner. I kommune A var lederen den som var lokalt etablert gjennom et langt virke i kommunene, og de utenlandske legene var vanligvis ansatt i kortere tid. I kommune B var situasjonen omvendt. Her var lederfunksjonen utsatt for gjennomtrekk, mens de utenlandske legene var godt etablerte i sine praksiser.

I begge kommunene uttrykte pasientene at det viktigste var å ha en fast lege, uavhengig av nasjonalitet og kultur. Det var en allmenn oppfatning blant alle de intervjuede pasientene at de utenlandske legene måtte være like bra som de norske, fordi myndighetene hadde autorisert dem. Vi fant ikke uttrykte stereotyper basert på etnisitet eller nasjonalitet.

I begge kommunene uttrykte kommunelege 1 bekymring over enkelte sider ved utenlandske legers faglige virksomhet, spesielt knyttet til kriterier for bruk av bredspektret antibiotika og medisinbruk generelt. For øvrig var begge også opptatt av at det var nødvendig med en bedret opplæring i trygdemedisinske spørsmål.

Kommunelege 1 i begge kommunene hadde ikke observert de utenlandske legene i konsultasjonssituasjoner. Informasjon om legens faglige virksomhet stammet fra uformelle henvendelser og uformelle samtaler, både med pasienter, støttepersonale og kommuneadministrasjonen. Det kan være grunn til å spørre om hvilke systemer allmennleger har for kvalitetssikring av sin praksis dersom det er et mønster at de unndrar seg

direkte observasjon av sitt virke, og det ikke er organisatorisk nedfelt at slik observasjon skal gjøres. I praksis blir det da pasientene som får ansvaret for å kvalitetssikre viktige deler av legenes virke.

3.2 Legevakten

Legevakten ligger i en større sør-norsk bykommune. Vakttjenesten har døgnåpent og drives på dagtid ved hjelp av fast ansatte leger. Kveldsvaktene dekkes stort sett inn ved innleie av andre allmennpraktikere og leger som ellers arbeider ved sykehus. Legevakten har atskilt lege- og sykepleierledelse.

Arbeidssituasjonen ved legevakten innebærer stor variasjon i pasienttilgang. Dette gjør det vanskelig å planlegge både bemanning generelt og legenes arbeidsdag spesielt.

På bakgrunn av et ønske om å fange bredden i selve feltet hvor tjenesten ytes satte vi sammen et utvalg som besto av følgende aktører:

- Pasienter og pårørende
- Sykepleiere/støttepersonell
- Ledere
- Utenlandske leger
- Fast ansatte leger
- Vaktleger

Vi vil i presentasjonen av intervjuene ta utgangspunkt i et utvalg av disse og presentere de viktigste dataene som fremkom gjennom kategorier av sammenlignbare informanter: Pasientene, legene, støttepersonalet og leder.

3.2.1 Pasientene

Vi forsøkte å oppnå tidsmessig nærhet mellom intervjuet med lege og pasient. Vi vurderte at direkte deltakelse i behandlingssituasjonen både ville medføre at flere ville vegre seg for å stille opp og at direkte deltakelse i så sensible situasjoner lett ville kunne forstyrre situasjonen i så stor grad at det kunne forvanske påliteligheten og tolkingen av dataene. Vår løsning ble stort sett å 'alliere' oss med en sykepleier eller merkantilt ansatt som gjennom sin kontakt med legen og pasienten ordnet med tillatelse og praktiske saker som for eksempel rom til pasientintervjuene. Pasientene ble intervjuet umiddelbart etter legebesøket. Intervjuene ble delvis gjennomført på tider som nok medførte at pasienten, som jo i utgangspunktet var syk,

heller ville reist direkte hjem enn å snakke med oss. Det viste seg likevel å være lett å få pasientene i tale, selv sent lørdag kveld.

De fleste pasientene hadde liten eller ingen kjennskap til legen fra før. Flere pasienter ga uttrykk for en viss skepsis til 'utlendinger' generelt, men mente at legen "stort sett" hadde gjort jobben sin slik de forventet. Flere pasienter sa det hadde gått greit denne gang, men at de tidligere hadde negative erfaringer med utenlandske leger. Pasientenes forventninger til legevakten var ikke særlig høye, og dette lå nok i bunn for deres vurderinger. Flere var for eksempel innom for å få sykemeldinger, og hadde ingen forventninger om å få dypere sykdomsinnsikt eller adekvat behandling. Pasientene ved legevakten er en svært sammensatt gruppe, men få av våre informanter hadde særlig stor kompetanse til å vurdere rene medisinske forhold. Deres tilbakemeldinger til oss var todelt:

- a. Stor tro på at myndighetenes formelle godkjenning av legen var en garanti for at pasienten fikk en forsvarlig tjeneste.
- b. Vurderinger av legen som var basert på relativt snevre og enkle målsettinger som lett kunne innfris: Sykemelding, prøvetaking, resept på faste medisiner, antibiotika osv.

Pasientene ved legevakten synes derfor å være en relativt enkel gruppe å tilby helsetjenester. De har små forventninger og klare mål med besøket. Dette åpner for høy toleranse overfor legens atferd. Det var påfallende hvor 'lunkne' pasientene var i sine tilbakemeldinger til oss. Det var ingen som uttrykte særlig begeistring, men heller ikke det motsatte. Enkelte av pasientene mente legen ikke hadde vist særlig interesse for dem, og de tilskrev dette legens utenlandske opprinnelse. I et par tilfeller ble slike tilbakemeldinger knyttet til problemer med å forstå hva legen sa. Myndighetenes godkjenning av legene virker åpenbart beroligende på pasienter som ellers ville vært skeptiske på grunn av at legen var utenlandsk. Denne effekten sitter likevel ikke alltid like dypt. Et eksempel som viser dette illustreres av sitatet fra en eldre kvinne som hadde fått spørsmål av oss om hennes vurdering av legens faglige dyktighet:

"... å jada, legene får jo ikke lov å arbeide i Norge dersom de ikke er godkjent av myndighetene (noen sekunders pause) eller...?"

Informanten ble trolig såpass uroet over at vi kunne stille spørsmålet at hun etter noen sekunders pause ble usikker på om hennes overbevisning var riktig.

Pasientenes lave forventninger til legevakten medfører sannsynligvis økt toleranse for legens atferd. Når legen i noen tilfeller ikke innfrir forventningene skal det mindre til før pasienten også senker sin terskel for toleranse også på det atferdsmessige området. I slike tilfeller kan lett demninger for å holde igjen både fordommer, holdninger, misnøye med

språk og evt. skepsis til medisinsk kompetanse briste. Dette gjenspeiles også i det sterke innslaget av følelsesmessige forhold i mange av klagesakene.

3.2.2 Legene

Vi planla intervjuene med legene både ved å gjøre avtaler gjennom leder og ved hjelp av støttepersonalet. Disse tok kontakt med de aktuelle legene og la frem vårt ærend. Det viste seg at legene var vanskeligere å få adgang til å intervjuer enn pasientene. Dette gjaldt særlig innleide vaktleger. Dette er forståelig både fordi pasienttilgangen periodevis kan være stor og fordi disse legenes inntjening står i direkte forhold til det antall pasienter som mottas. Samtidig registrerte vi størst skepsis til vårt ærend fra de utenlandske legenes side, og det virket som om flere leger oppfattet vår orientering mot de kulturelle møtene som en påminning om noe som ikke var behagelig. Er det slik at en del leger har opplevd ubehagelige reaksjoner som medfører at de etter hvert toner ned det å være annerledes? På tross av en merkbar skepsis mot å la seg intervjuer gjennomførte vi likevel intervjuer med et utvalg utenlandske leger. Legene viste i praksis ulik grad av åpenhet overfor oss som forskere og våre spørsmål. Enkelte leger var ikke villige til å snakke om sin bakgrunn og overgangen til norske forhold i det hele tatt. Andre var mer åpne, men la vekt på å beskrive en relativt uproblematisk hverdag. En lege med ikke-europeisk bakgrunn trakk frem et eksempel på en klagesak fremmet mot ham av en pasient. Etter vår vurdering dreide saken seg primært om oppståtte kommunikative vanskeligheter mellom legen og pasienten. Legen var imidlertid overbevist om at pasienten hadde underkjent hans faglige ferdigheter, og at pasienten hadde feil. For oss fremsto dette som et eksempel på at legen, som snakket dårlig norsk, ikke ønsket å erkjenne at han opplevde kommunikasjonsproblemer overfor pasientene. For øvrig vurderte de utenlandske legene ofte pasientene som krevende, og flere av legene mente at pasientene ofte søkte hjelp for bagateller.

3.2.3 Støttepersonalet

Vi har kalt dem støttepersonalet, og formelt er det sykepleierne og de merkantilt ansattes primære oppgave å yte støtte rundt selve legetjenesten. Deres praktiske oppgaver medfører likevel at det er støttepersonalet mange pasienter har mest kontakt med. Ved legevakten er alle i støttepersonalet kvinner, og vi skal senere komme tilbake til at dette ikke alltid er uproblematisk i samarbeidsrelasjonene med legene. Mange av støttepersonalet har lang fartstid fra ulike deler av helsevesenet, fra helsesøsterarbeid via sykehustjeneste til arbeid innen bedriftshelsetjeneste. Mange har også arbeidet i en årrekke ved legevakten og dette har , sammen

med mye livserfaring, medført en trygghet på egne kvalifikasjoner og jobbutførelse. En vanlig 'pasientlogistikk' ved legevakten kan være slik:

1. Pasienten ankommer og henvender seg i mottaksluken.
2. Pasienten fyller ut skjema med personalia og problembeskrivelse. Får evt. assistanse av støttepersonalet.
3. Kort samtale med sykepleier som vurderer "om pasienten skulle vært et annet sted".
4. Sykepleier prioriterer etter hastegrad (ved stor pågang).
5. Pasienten venter på venterommet eller ved behov i eget rom med seng.
6. Legen forbereder seg ved hjelp av skjema + bruk av datajournalen (legevakten har egen elektronisk journal for pasientene). Sykepleier ber i blant legen være oppmerksom på bestemte forhold dersom hun har funnet grunnlag for det gjennom kontakten med pasienten.
7. Legekonsultasjonen. Denne kan variere i tid, men tar i gjennomsnitt mellom fem og ti minutter.
8. Ut fra legens kontor, ved behov prøvetaking som oftest tas av sykepleier.

På dagtid skjer betaling ved forskudd til sykepleier. Kveldstid betaler pasienten direkte til legen.

Som vi ser er det kun en svært begrenset del av oppholdstiden ved legevakten som brukes til kontakt med legen. I de fleste tilfellene vil sannsynligvis pasienten se mer til støttepersonalet enn legen. Dette gir flere interessante perspektiv for vurdering av det som skjer i pasientens møte med legen:

Sykepleier/støttepersonalet får innblikk i legens arbeid og pasientens vurderinger.

Særlig sykepleier vil merke om legen er interessert i deres forhåndsvurderinger eller ikke. Sykepleier vil også være den som tar del i pasientens opplevelse av det nettopp avlagte legebekøket, det være seg positive utsagn eller oppgitthet og direkte negative ytringer. Noen pasienter er også så erfarne brukere at de ber om ikke å bli sendt til bestemte leger. Det er da ofte utenlandske leger det er snakk om. En sykepleier sa at det hender hun tar hensyn til pasientens ønsker,

"særlig dersom pasienten er en gammel dame med bedende øyne".

Støttepersonalet gir pasienten informasjon.

Gjennom våre intervjuer bringer ofte sykepleierne frem opplysninger om at legene ikke informerer pasientene så godt som pasienten skulle ønske. Dette gjelder særlig noen av de utenlandske legene. Pasienten tar i blant dette opp med sykepleier i etterkant av legebesøket, gjerne i form av direkte spørsmål om sykdom, prøver og behandling.

Støttepersonalet generaliserer kunnskap.

Støttepersonalet vil med det volum som formelle og uformelle tilbakemeldinger etter hvert vil få være i en enestående posisjon til å generalisere kunnskap om hvordan møtet mellom den enkelte lege og pasientene forløper. Dette, kombinert med sykepleiernes fagkompetanse, gjør at denne gruppen ansatte også foretar vurderinger av hvordan legen utfører arbeidet. Det var heller ikke vanskelig for oss å få del i disse vurderingene. Den generaliserte kunnskapen kan i blant få ganske klare uttrykk. En sykepleier sa det slik:

”Jeg ville aldri ha brukt mange av de legene som jobber her”.

Sykepleier gir i blant tilbakemelding til legen selv eller leder.

Sykepleiernes generaliserte kunnskap om 'sannhetens øyeblikk' og legens fagutøvelse er ofte en ubrukt ressurs for evaluering av legevaktarbeidet generelt og den enkelte legens arbeid spesielt. Det hender likevel at sykepleier gir tilbakemelding på hvordan de opplever legens arbeid og pasientenes erfaringer. I slike tilfeller er ofte sykepleier i en rolle både som et ombud for pasienten og som en som har ”sett noe som det bare må sies fra om”. Dette er det imidlertid opp til den enkelte sykepleier å vurdere, og det skal ganske graverende forhold til før det sies i fra. Eksempler på slike tilfeller er at sykepleier mistenker feilbehandling eller forskrivning av medikamenter utover det legen har anledning til. Inntrykket av tilfeldighet på dette området forsterkes av manglende formelle rutiner for å fange opp slike erfaringer fra sykepleierne eller andre i støttepersonalet.

Sykepleierne som veiledere for legen.

Flere fra støttepersonalet sier de har reagert på at utenlandske leger virker dårlig forberedt på arbeidet ved legevakten. De synes å få liten opplæring, og dette medfører at sykepleierne må trå til og gi nødhjelp av opplæringsart. Dette er imidlertid ikke alltid uproblematisk. En sykepleier vi intervjuet nevnte et eksempel:

”Jeg oppdaget at legen hadde foreskrevet store mengder av et B-preparat. Dette er noe legevakten bare skal gjøre unntaksvis og ved gode grunner. Jeg ga beskjed om dette til legen. Han ble fornærmet og avviste meg. Han sa at det var han som visste hvordan dette skulle gjøres.”

Støttepersonalet nevnte ofte at deres rolle som personale var vanskeligere når de arbeidet sammen med enkelte utenlandske leger enn med etnisk norske leger. Mange opplevde at legen hadde andre forventninger til deres underordnede posisjon enn de var vant og komfortable med. Dette kan skyldes både at legen kom fra forhold hvor støttepersonalet klarere enn i Norge faktisk var underordnet. Dessuten syntes støttepersonalet at mange av de utenlandske legene hadde problemer med å forholde seg til deres kvinneroller. Kombinasjonen av legenes behov for veiledning og sykepleiernes tillagte underordnede posisjon stiller sykepleierne overfor en rekke vanskelige situasjoner:

”Vi må gå på tå hev for ikke å fornærme”.

3.2.4 Leder

Leder for legetjenesten (nedenfor kalt L) erfaringer med utenlandske leger strekker seg langt tilbake. Allerede under studiene møtte han øst-europeere som var kommet til Norge som flyktninger, og han mener at disse ble møtt med atskillig velvilje som ikke minst var begrunnet med politisk sympati.

Det er likevel først de siste ti årene antallet utenlandske leger i legevaktarbeid har vist en sterk økning. L fremhever at mange tidligere kom via andre stillinger, f.eks. i sykehus/institusjoner. Disse legene hadde dermed erfaring som en del av de nye legene ikke har før de starter legevaktarbeidet.

L mener det er grunn til å skille mellom nordiske leger og leger fra fjerntliggende land. Leger fra nabolandene er det lite tilpasningsvansker med, mens andre leger oftere kommer opp i problematiske situasjoner. Språk er imidlertid viktig; og som eksempel ble det nevnt en finsk lege med store språkproblemer som dermed også fikk problemer med jobbutførelsen.

I intervjuet nevner L særlig to problemområder:

1. Språk, også det som dreier seg om medisinske forhold.
2. Klager, som ofte skyldes kommunikative forhold eller kultur og språk.

L skiller mellom språk, kommunikasjon og kultur. Han mener at mange av klagene rettes mot medisinske forhold, men at de oftest skyldes noe som har med legens 'utenlandskhet' å gjøre. Legevakten mottar klager på legevaktleger både i skriftlig og muntlig form. Skriftlige klager kan være

rettet til L, men de kan også være stilet til fylkeslegen. Fylkeslegen innhenter alltid L's uttalelse. Fylkeslegen tar oftest utgangspunkt i og legger avgjørende vekt på den dokumentasjon (journalen) som legen kan framskaffe. Legevakten opplever oftere at denne er mangelfull fra utenlandske leger enn norske, og dette øker sannsynligheten for at fylkeslegen vil gi pasienten rett. Legevakten oppfordrer pasienter som fremmer muntlige klager til å levere disse i skriftlig form. Etter L's oppfatning skjer det imidlertid sjelden at slike klager faktisk følges opp av en skriftlig klage.

L mener at det oftere er klager på utenlandske leger enn norske, og oftere på leger med "fjernkulturell" bakgrunn. Han mener at ulikhet i forhold til for eksempel religion kan medføre andre verdier enn dem norske pasienter deler. Et eksempel på slike verdimeslige og religiøst betingede forhold er synet på forholdet mellom mann og kvinne. En del av klagene går på slike forhold; kvinnelige pasienter klager fordi de opplevde at legen hadde en nedlatende holdning til dem som kvinner:

"Et barn med feberkramper ble bevisstløst. Moren, som var en ressurssterk person, ble svært redd og bekymret. Den utenlandske legen sa da at moren var hysterisk. Historien endte med at sykepleier ved legevakten (som også var bekymret) tok barnet med seg til sentralsykehuset umiddelbart".

L har observert at det ofte tar noen år før legen er så tilpasset norske forhold at de ikke "går i baret" på det verdimeslige / kulturelle / kommunikative området.

Han fremhever at utenlandske leger ofte underkommuniserer sine svake punkter. Han har for eksempel ofte stuset over at legen selv kan betrakte sine språkferdigheter som gode, mens omverdenen opplever store problemer med å forstå hva vedkommende sier.

Faglig uenighet mellom leger og sykepleier blir ofte fremmet til L gjennom sykepleier.

L's oppfatning er at legevaktarbeid er vanskelig:

- Legen er ofte alene med pasienten
- Legen må ta raske beslutninger i vanskelige spørsmål

Legevakten har også erfaringer som tilsier at en del utenlandske leger sjeldnere enn norske/nordiske kollegaer spør andre kollegaer om råd. De tar heller en sjanse.

De utenlandske legenes vegring for å snakke om problematiske forhold gjenspeiles også ved at de er vanskeligere å lede. Særlig gjelder dette oppfølging av ulike ordninger eller bestemmelser. Han nevner bruk av egenmelding som et eksempel. Dette må L ofte minne både norske og

andre leger om, men de utenlandske tror da ofte at dette er noe som angår dem spesielt og det vil de ikke snakke om. Dette medfører en ekstra ledelsesmessig utfordring for legevaktsjefen.

L mener at legevakten nå har nok utenlandske leger. Med unntak av nordiske leger er han derfor ofte avvisende når utenlandske leger i dag spør om det er muligheter for å ta vakter. Han nevner også et eksempel på en utenlandsk lege som er svært hyggelig men fungerer så dårlig faglig at han må tas ut av vaktlisten.

Legevakten har avtalt en ansvarsfordeling med fylkeslegen om at L har et organisatorisk ansvar for de fast ansatte legene, men ikke for vaktlegene. Vaktlegene opptrer som selvstendig næringsdrivende. Det er imidlertid L's ansvar å være sikker på at legene holder mål faglig, kulturelt og språklig. Dette er viktig ikke minst fordi sykepleiernes eventuelle tilbakemeldinger på dårlig fungerende leger iblant kan sitte langt inne på grunn av faglige og organisatoriske over-underordnede posisjoner. L nevner et område hvor sykepleier har styringen; de prioriterer pasientrekkefølgen. Det har kommet frem kommentarer fra en del utenlandske leger som tilsier at disse har problemer med å akseptere at sykepleierne har et slikt ansvar.

L foreslår at de utenlandske legene må få mer praktisk treningsopplæring i feltet før de begynner med ansvarlig pasientbehandling. Han mener mange av de utenlandske legene er flinke fagfolk, men at *"problemene oftest er å få omsatt denne kunnskapen til norske forhold"*.

L er i dag glad for hver norske eller nordiske lege som tar legevaktarbeid. Han mener at klagen som framkommer på utenlandske leger er toppen på et isfjell. Han tror også at en stor del av klagesakene som havner hos fylkeslegen kommer fra legevakten(e).

3.2.5 Oppsummering fra legevakten

Mange av de ansatte ved legevakten uttalte seg på en måte som tydet på at de hadde mye erfaring med møtet mellom utenlandske leger og norske pasienter og ansatte. Svarene som ble gitt og argumentene bak disse var også i mange tilfeller 'klar tale'; det ble ikke lagt skjul på hva man mente. Unntaket var de utenlandske legene selv, som ikke virket særlig motivert for å snakke med oss eller gi noen klare svar på våre spørsmål. Det er sjelden at lederen for tjenesten ser legen i det direkte pasientrelaterte arbeidet. Han må derfor basere sine antakelser om legens virke på sine erfaringer med den enkelte lege, men da som leder. Legevaktsjefen er ellers avhengig av tilbakemeldinger fra sine andre ansatte, i første rekke støttepersonalet. Støttepersonalet ved legevakten har jevnt over lang erfaring fra ulike deler av helsetjenesten, og dette gjør at mange ikke er særlig redde for å 'si i fra' eller gi legelederen tilbakemelding på andre måter. Legevakten oppleves derfor som å være en åpen organisasjon med

mye kommunikasjon. Det ser likevel ut til at en del av de utenlandske legene ikke tar del i den åpne kommunikasjonen. Det kan være flere årsaker til dette, og vi tror at rene språklige ferdigheter bare er en liten del av det totale bildet. Vi kommer nærmere tilbake til drøftingen av de ulike problemstillingen senere i rapporten.

3.3 Fylkeslegene

Vi intervjuet i alt representanter fra seks fylkesleger, de fleste ved fylkeslegen selv. Vi har valgt å gi en samlet presentasjon av disse intervjuene som er organisert rundt et utvalg tema som pekte seg ut som særlig aktuelle.

Et generelt trekk ved datainnsamlingen i prosjektet har vært at mange opplever det vanskelig å snakke om temaet 'utenlandske leger'. Dette gjaldt også for enkelte av fylkeslegene vi tok kontakt med. Noen viste liten interesse for temaet og virket redde for hva informasjon de eventuelt gav i intervjuene skulle brukes til. Vi kan bare spekulere i hva som ligger bak denne uviljen mot å diskutere slike problemstillinger. En viktig årsak er nok debattklimaet i Norge i forhold til dette temaet. Mange er redde for å fremstå som 'rasister' dersom de uttaler seg om problemstillinger knyttet til leger med utenlandsk bakgrunn i Norge. En annen viktig forklaring kan være medisinens tradisjonelle vektlegging på likhet. Medisinens legitimitet har tradisjonelt bygget på en forestilling om en enhetlig og 'objektiv' vitenskap. Erkjennelse av *kulturelle og sosiale forskjeller mellom leger med ulik bakgrunn* kan innenfor dette 'paradigmet' av noen oppleves som en trussel mot medisinens troverdighet.

På tross av uvilje fra noen om å snakke om dette temaet, fikk vi likevel positiv respons fra de fleste fylkeslegene vi tok kontakt med. I utgangspunktet var vi blant annet interessert i informasjon om omfanget og innholdet i klagesaker rettet mot leger med utenlandsk bakgrunn. Informasjon om antall klagesaker som var rettet mot utenlandske leger viste seg imidlertid å være vanskelig å fremskaffe. Noen fylkesleger sier de er redde for at registrering av slike tall vil bidra til at leger med utenlandske bakgrunn skilles ut som en uddifferensiert gruppe. En todeling av klagesakene, i de rettet mot etnisk norske leger og de rettet mot leger med utenlandsk bakgrunn, vil kunne føre til at en overser alle de ulike *individuelle og sosiale forhold* som påvirker om *en bestemt* utenlandsk lege får en klage rettet mot seg. En har lett for å relatere klager rettet mot utenlandske leger til en generalisert årsak; at de har utenlandsk bakgrunn. Noen få fylkesleger har registrert hvor mange av klagesakene som er rettet mot leger med utenlandsk bakgrunn. Disse tallene sier imidlertid ikke stort når vi ikke har informasjon om det totale forholdstallet mellom etnisk

norske leger og leger med utenlandsk bakgrunn i fylket. Totaltallene har vist seg vanskelige å få tak i.

Vi har på grunn av dette ikke klart å skaffe informasjon om leger med utenlandsk bakgrunn prosentvis er mer utsatt enn leger med etnisk norsk bakgrunn for å få klager rettet mot seg. Vi har derfor valgt å konsentrere oss om fylkeslegenes erfaringsbaserte kunnskap om problemstillinger knyttet til utenlandske leger. Fylkeslegenes erfaringer med leger med utenlandsk bakgrunn bygger like mye på muntlige henvisninger fra pasienter, pårørende og andre leger avgir, som på formelle skriftlige klager. Det er i denne sammenheng interessant å registrere at leger som tar kontakt ofte sier at de snakker på vegne av annet helsepersonell når de tar opp kritikkverdige forhold. Dette peker i retning av at helsepersonell som ikke er leger opplever det som vanskelig å ta kontakt med fylkeslegen.

En svakhet ved vår innfallsvinkel er at den medfører en fare for å svartmale situasjonen. Fylkeslegenes erfaring med utenlandske leger baserer seg på de tilfeller der det har oppstått *problemer*, og er således ikke representativ for utenlandske leger generelt. Det er viktig å ha i mente at vi gjennom disse intervjuene i begrenset grad får informasjon om de områdene der ulikhet mellom leger spiller en *positiv* rolle. Uten å undervurdere fylkeslegenes generelle innsikt i og kunnskap om legetjenesten i sine fylker er det likevel en fare for at bildet kan bli ensidig.

I det følgende skal vi gå nærmere inn på de områder som fylkeslegene mente det knyttet seg spesielle utfordringer til:

1. Kunnskap om norsk helse og sosialsystem

En fylkeslege sier at de største problemene knyttet til utenlandske leger er relatert til håndtering av kronisk syke, heller enn øyeblikkelig hjelp. I håndteringen av de kronisk syke må legen forholde seg til samarbeidspartnere som trygdekontor, arbeidskontor, psykiatri, barnevern, forebyggende helse. Det byr på problemer å klare å sette seg inn i praksis og kultur ved disse ulike etatene, særlig innenfor korte tidsrammer. De utenlandske leger kan ha mangelfulle kunnskaper om når sykemeldinger skal skrives ut, om ulike regler i trygdevesenet, om når en kan få attføring, lover knyttet til for eksempel tvangsinnleggelse i psykiatrien, om når og hvordan skriftlig rapportering skal utføres, om når taxi skal dekkes etc. I mange deler av landet står legen i primærhelsetjenesten ganske alene og må selv, på egen hånd, bygge opp sin kunnskap om norsk spesialisthelsetjeneste, trygdesystem, sosialsystem etc. Noen fylkeslegeembeter arrangerer kurs for utenlandske leger for å øke deres kunnskap og forståelse for disse forholdene. Slike sporadiske initiativ er imidlertid ikke tilfredsstillende.

En faktor som kan forsterke problemet med manglende kunnskap er at leger fra EØS land i dag fritt kan få norsk lisens uten tilleggskrav i form av språkkurs og opplæring i ”nasjonale fag” (rettsmedisin, reseptlære m.m.).

Statens helsetilsyn *anbefaler* leger fra EØS land å ta norskkurs og opplæring, men dette er ikke et formelt krav for å få lisens slik det er for leger utenfor EØS ³ Tidligere var det slik at alle leger, uansett opprinnelsesland, måtte ha et tilleggskurs i norsk medisinallovgivning.

Problemet med manglende kunnskap om norsk helse og sosialsystem kan ha flere årsaker og er ikke ensidig å finne i at leger har hatt sin utdanning og praksis i et annet land. Utstrakt bruk av vikarer er også en årsak; legene, uansett etnisk bakgrunn, er ofte i et geografisk område så kort tid at de ikke rekker å sette seg skikkelig inn i disse forholdene.

2. Kunnskap om sykdomspanoramaet i Norge

Noen fylkesleger viser til episoder der utenlandske leger har oversett sykdommer som er vanlige i Norge, fordi disse sykdommene er svært sjeldne i legens opprinnelige hjemland. En fylkeslege viser for eksempel til en klage der legen overså smittsom hjernehinnebetennelse fordi han ikke var klar over hvor utbredt denne sykdommen er i Norge. I hans hjemland var sykdommen svært sjelden.

3. Kommunikasjon

Alle fylkeslegene peker på kommunikasjon som en hovedutfordring i utenlandske legers jobbutførelse. Mange klager kan derfor tilskrives årsaker av kommunikativ art. Vi vil gå nærmere inn på slike kommunikasjonsproblemer i det følgende:

1. Pasienten sier at de ikke har mottatt viktig informasjon av legen.

Når det gjelder denne problemstillingen kan dette ha ulike årsaker. I mange tilfeller er informasjonen formidlet, men grunnet legens språkkunnskaper har ikke budskapet blitt forstått. Pasienten har ikke bedt legen gjenta budskapet og legen har ikke forsikret seg om at budskapet nådde fram. En annen årsak kan være at legen har brukt en faglig terminologi som er vanskelig tilgjengelig for pasienten.

2. Pasienten opplever legen som arrogant.

3 Statens Helsetilsyn, Veiledningsserie 1 - 94: *Godkjenning som lege i Norge: Om vilkårene for norsk godkjenning for leger utdannet i andre lan*”

Mangelfulle språkkunnskaper bidrar til et 'arrogant uttrykk.' Når en ikke har et operasjonelt fullgodt språk tar en ikke med de 'oppmykende' ordene en norskfødt lege kanskje ville gjort:

'Da sier vi det slik at du prøver denne medisinen en stund og så kommer du tilbake om to uker slik at jeg kan få høre hvordan det går''

høres annerledes ut enn

''Ta denne medisinen og kom tilbake om to uker''.

Noen av fylkeslegene trakk også fram at ulikhet i utøvelsen av legerollen kan bidra til at den utenlandske legen oppleves som arrogant. Mange norske pasienter forventer en mer dialogorientert legerolle.

3. Legen kontekstualiserer informasjon fra pasienten på en annen måte enn pasienten selv.

For å illustrere hvordan kontekstualisering av informasjon får betydning tar vi med et eksempel fortalt av en fylkeslege:

En pasient kommer til legen og sier 'Jeg sover dårlig.' En norsk lege som er oppvokst i samme området vil da ofte tolke denne setningen som 'jeg har det ikke bra, det er noe som plager meg'. Han vil kjenne igjen den underkommuniserte stilen ettersom den kjennetegner mange i pasientens generasjon i dette området av Norge. En lege med bakgrunn fra et annet land, eller for så vidt fra en annen del av landet vil kanskje tolke utsagnet: 'jeg sover dårlig' mer bokstavelig og gi pasienten sovemedisin, uten å ta opp det bakenforliggende budskapet med pasienten.

Eksempelet viser hvordan et budskap tolkes forskjellig alt ettersom det kontekstualiseres. Klager rettet mot utenlandske leger kan ha sin årsak i denne typen av kommunikasjonsbrist. Pasienten tar for gitt at legen fanger opp de implisitte meldinger han eller hun sender.

4. Kvinnelig helsepersonell og kvinnelige pasienter opplever at mannlige utenlandske leger behandler dem respektløst.

Ulikt kjønnsrollemønster er noe som mange av fylkeslegene nevner som et problemområdet. Kvinner klager på at de er behandlet på en respektløs måte av utenlandske, mannlige leger og kvinnelig helsepersonell klager på at utenlandske leger ikke respekterer dem på lik linje med mannlige kolleger.

4. Pasientens holdninger

En fylkeslege gir uttrykk for at han er overrasket over hvor få klagesaker som tydelig kan tilskrives holdninger hos pasienten. Han finner heller ikke aldersforskjeller på pasientene som leverer klager som kan tilskrives negative holdninger til utenlandske leger generelt. Ifølge denne fylkeslegen er det ikke slik at eldre har vanskeligere enn yngre for å venne seg til utenlandske leger.

En fylkeslege peker på at ordlyden i klagesakene ofte gir en pekepinn i retning av at holdninger hos pasienten er en medvirkende årsak til at de har valgt å gå til det skritt å sende inn en klage. Pasientene trekker da legens nasjonalitet og/eller hudfarge inn i sin beskrivelse av situasjonen. En finner da uttalelser som: *”først kom vi til en utenlandsk lege som var arrogant og ikke undersøkte barnet skikkelig. Så kom vi til en norsk lege som stilte den rette diagnosen....”*

Ifølge fylkeslegene kan det at det blir en klagesak ut av en episode ofte tilskrives både kritikkverdige forhold hos legen og holdninger hos pasienten.

5. Legevakten: En arena for misforståelser

Flere av fylkeslegene trekker fram legevakten som den arena der det hyppigst skjer misforståelser og at mange av klagesakene er rettet mot denne instansen. Her skal ting skje fort, det er travelt og kommunikasjonsproblemer forekommer derfor lettere. I et av fylkene hvor vi intervjuet fylkeslegen gjaldt alle klager som ble rettet mot utenlandske leger i tidsrommet 1. januar til 30. august 2000 (totalt syv klager) forhold ved legevakten.

6. Mangel på stabilitet

Troms er et fylke med stor legemangel. Det er også et fylke der den prosentvise andelen av leger med utenlandsk bakgrunn⁴ er høy. I 1999 ble 26% av de ca 138 primærlegeårsverkene gitt av utenlandske leger. 81% av kommunene har en utenlandsk lege ansatt.

Gjennomsnittlig ansettelsestid for de utenlandske legene er kort i Troms. I 1999 hadde 32,6% av de utenlandske legene vært ansatt mindre enn 1 år. Det at mange leger er ansatt som korttidsvikarer bidrar til denne korte gjennomsnittstiden. De 14 kommunene i Troms (av totalt 25) som har færre

⁴ Fylkeslegen i Troms definerer 'utenlandsk lege' som leger som i ikke er født i Norge og som ikke har sin utdannelse fra Norge.

enn 3000 innbyggere bruker ca 75 kortidsvikarer hvert år p. g. a. ubesatte stillinger. *Alle* vikarene i de små kommunene har utenlandsk bakgrunn.

Også kommunelege 1 i Troms har kort gjennomsnittlige ansettelsestid. Gjennomsnittlig ansettelsestid for kommunelege 1 (utenlandske og norske) for perioden 01.09.98 – 01.05.2000 er **5,4 år**. Dersom en trekker fra tre kommuner der kommunelege 1 har vært ansatt mer en 20 år blir gjennomsnittlig ansettelsestid for kommunelege 1 **3,8 år**. Gjennomsnittlig **10** (40%) av totalt **25** kommunelege 1 stillinger har i perioden vært besatt av utenlandske leger.

Mangel på stabilitet er et stort problem i forhold til utenlandske leger. Problemstillinger knyttet til språk, manglende kunnskap om norsk helse og sosial system, kjennskap til lokalsamfunn og kultur etc forsterkes ved at legene blir i Norge bare i en kort periode. I tillegg opplever pasienten det som frustrerende å gang på gang måtte etablere relasjoner til nye leger. I mange tilfeller er det slik at når legen begynner å fungere tilfredsstillende språklig og kunnskapsmessig, så er engasjementet over og de forlater kommunen.

7. Isolasjon

Fylkeslegene i de nordligste kommunene trekker fra isolasjon som utfordring. Mange utenlandske (og norske) leger i de nordligste fylkene driver alene en praksis i små kommuner. De må håndtere en rekke problemstillinger på egen hånd uten nevneverdig støtte fra andre. De må blant annet sette seg inn i lokale forhold, helse- og sosialsystem, rutiner for å drive en legepraksis, medisinskfaglige problemstillinger etc. Denne isolasjonen opplever mange utenlandske leger som en stor belastning.

Isolasjon bidrar også, ifølge en fylkeslege, til å redusere stabiliteten ytterligere. Leger i små kommuner savner et kollegafellesskap og et faglig inspirerende miljø rundt seg. Dette bidrar til at de forlater småkommunene til fordel for sykehus eller større legekantor i byer.

For utenlandske leger kan isolasjonen få spesielt store følger fordi de i utgangspunktet har mindre kunnskap om norske forhold.

4 Diskusjon

Gjennom dette prosjektet har vi fått innblikk i problemstillinger knyttet til utenlandske legers virke i norsk allmennlegetjeneste sett fra ulike perspektiver. De ulike informantene har alle hatt ulike strategiske interesser i sin fremstilling av sakskomplekset. Det finnes et administrativt ståsted der kommunelege 1 og fylkeslegene lar seg plassere, videre har vi ståstedet til de utøvende utenlandske legene og til pasientene. Disse ulike informantgruppene har også ulike erfaringer og datakilder. Vi har valgt å dele diskusjonsdelen inn etter en kategorisering av de ulike problemstillingene som ble berørt av informantene. Presentasjonen av disse problemstillingene følger etter en mer generell og innledende gjennomgang av rolleforståelse i møtet mellom lege og pasient:

1) Rolleforståelse som utgangspunkt for innsikt i sannhetens øyeblikk.

Berg og Hjortedal (1994) mener det i Norge har skjedd en endring av legerollen fra en mer autoritativ utøvelse av rollen til en mer dialogorientert rolleutøvelse. De skiller mellom fire idealtypiske lege–pasient rollepar:

1. Autokraten og undersåten
2. Pateren og pasienten
3. Forretningspersonen og kunden
4. Aktivisereren og deltakeren

'Autokraten og undersåten' representerer en maksimal grad av hierarki. Alt initiativ kommer fra legen og pasienten forholder seg passiv. 'Pateren og pasienten' er også en hierarkisk relasjon. Legen er pater; han er faderlig og ansvarlig. Pasienten er en viktig kilde til informasjon, men det er legen som spør og tar avgjørelser. I relasjonen 'forretningspersonen og kunden' er ikke pasienten lenger tillitsfullt underdanig, hun er mistenksom og underdanig. Pasienten oppsøker legen fordi hun ønsker å 'kjøpe en tjeneste'. Hun forventer ikke at alle leger er like kompetente og velger derfor lege bevisst. Pasienten ønsker å bli *overbevist* om at legen vet hva han gjør, og legen blir derfor opptatt av å overbevise pasienten. I relasjonen 'aktivisereren og deltakeren' er den hierarkiske avstanden mellom lege og pasient sterkt redusert. Idealet er at møtet mellom lege og pasient skal preges av dialog: det skal være et 'møte mellom eksperter'. (Tuchet, Bourton, Olson og Williams 1985 i Berg og Hjortdal 1994). I ekstrem form innebærer denne typen relasjon at rollene lege og pasient jevnes ut. Pasientens kunnskap blir av like stor betydning som legens kunnskap.

Dette er selvsagt idealtypiske rollebeskrivelser, men vi mener likevel de kan kaste lys over de observasjoner som er gjort i vårt prosjekt. Fylkeslegene trekker for eksempel frem at det ofte er på det mellommenneskelige plan at det oppstår problemer mellom leger med utenlandsk bakgrunn og norske pasienter. Legene fremstår som autoritære og lite opptatt av dialog. Pasienten sitter igjen med en følelse av ikke å ha blitt tatt på alvor. Litt av årsaken til dette kan ligge i at mange norske pasienter nå i større grad forventer en deltakerrolle i forhold til egen helse.

I en rekke andre land kan andre og mer hierarkisk orienterte legeroller ha større legitimitet og utbredelse. Dette, sammen med legens språkkunnskaper, kan være en forklaring på hvorfor mange informanter rapporterer at pasientene ofte opplever utenlandske leger som autoritære. Mangelfulle språkferdigheter, sammen med begrenset erfaring med mer dialogorienterte legeroller, kan bidra til at pasienten opplever legen som både uhøflig og autoritær.

Uttrykket sannhetens øyeblikk er hentet fra tyrefektingen, og betegner det avgjørende øyeblikket før matadoren retter sitt dødelige støt mot tyren. Sannhetens øyeblikk er på mange måter høydepunktet i forestillingen, og det publikum har størst forventninger til. Dersom matadoren mislykkes i sin avslutning innfris ikke publikums forventninger, og de går skuffet hjem. Sett mot en slik bakgrunn har nok både matadoren og tyren, som fremstår i en enkel kamp om liv og død, det lettere enn aktørene i møtet mellom pasient og lege.

For det første er ikke forventningene like samkjørte mellom de involverte partene. Som vi har sett knyttes vurderingen av legetjenestene til et bredt spekter av faktorer som langt på vei virker sammen. De ulike rollepartene som idealtypisk er skissert ovenfor illustrerer dette. Mulighetene for at partene er i utakt i ulike deler av selve *tjenesteleveransen*, det vil si måten tjenesten overbringes og mottas på, er store.

For det andre kan det være ulike oppfatninger mellom pasient og lege om hva som faktisk er sykdom og adekvat behandling. Dette, kombinert med ulike forventninger til leveransen og praktiske barrierer som for eksempel språkferdigheter, gjør at tjenesten i blant fremstår som fjern og lite tilpasset pasientens behov.

Så til de ulike problemstillingene som danner utgangspunkt for diskusjonen av data:

2) Korte arbeids-/oppholdsperioder i deler av landet: Et problem som virker gjensidig forsterkende med språk og kommunikasjonsvansker?

Alle pasientene som ble intervjuet i Nord-Norge, uttrykte at det viktigste for dem var at de fikk en fast lege. De opplevde det som svært belastende at de ofte måtte forholde seg til legevikarer. Et av problemene med

legevikarer var at disse ikke kjente sykehistorien til den enkelte pasient. Dersom legevikarene i tillegg var utenlandske og det oppsto kommunikasjonsproblemer på grunn av språkvansker eller mistolkning av kulturelle tegn og symboler, ville dette i følge enkelte informanter forsterke problemene knyttet til gjennomtrekk fordi gjenfortellingen av sykehistorien og bakgrunnen for at lege ble konsultert lett ville kunne misforståes eller ikke bli oppfattet. En av hypotesene vi lanserer på bakgrunn av vårt materiale er derfor: *Man vil finne en negativ interaksjonseffekt av kombinasjonen av korte vikariater og dårlig kommunikasjon knyttet til kulturelt baserte misforståelser eller dårlige språkferdigheter.*

3) Trygdelovgivning og norsk helsevesen; sykmeldinger og spesialisthenvisninger.

De utenlandske legene kan ha mangelfulle kunnskaper om når sykemeldinger skal skrives ut, om ulike regler i trygdevesenet, om når en kan få attføring, lover knyttet til for eksempel tvangsinnleggelse i psykiatrien, om når og hvordan skriftlig rapportering skal utføres, om når taxi skal dekkes osv.. Informanter med en administrativ rolle var opptatt av problematikken omkring utenlandske legers oppfølging av regler og praksis ved det enkelte legekantor, samt mer generelt om utenlandske legers oppfølging av nasjonale retningslinjer og regler knyttet til trygdemedisinske spørsmål. Både fylkeslegene, de utenlandske legene og kommunelege 1 informantene vektla at mange av de utenlandske legene på egen hånd må bygge opp sin kunnskap om for eksempel norsk spesialisthelsetjeneste, trygdesystem og sosialsystem. Legesekretærene var også opptatt av denne problematikken, og fremhevet at leger som manglet forståelse for de administrative rutinene, påførte støttepersonalet merarbeid.

Problemet med manglende kunnskap om norsk helse og sosialsystem kan ha flere årsaker. Utstrakt bruk av vikarer er også en årsak; legene, uansett etnisk bakgrunn, er i et område så kort tid at de ikke rekker å sette seg skikkelig inn i disse forholdene. Dette kan imidlertid ikke forklare manglende innsikt i felles nasjonale retningslinjer, for eksempel knyttet til bruk av bredspektret antibiotika eller til trygdemedisinske problemstillinger.

4) Utenlandske legers forståelse av eget virke? Kamouflering av ulikhet?

Flere av våre informanter var villige til å diskutere medisin som fag på en åpen og fordomsfri måte. På tross av dette er det vårt inntrykk at det hersker en oppfatning om at faget medisin har en sterk universell karakter, og at diskusjonene om faget foregår innen bestemte rammebetingelser. De faglige diskusjonene vil derfor både struktureres og ikke minst begrenses av slike oppfatninger. Begrensningene foregår bl.a. ved at likheten i medisinsk praksis gis en dominerende posisjon og ulikheten og

kontroversene underkommuniseres. Vi har verken i dette prosjektet eller et annet prosjekt vi har utført i et sykehusmiljø kunnet registrere noen eksplisitt vilje til å diskutere medisin som et kulturelt betinget fag. Som en etnisk norsk informant sa det: ”*Du vet, vi er jo en gjeng med skolelys over hele verden*”. Underforstått: Vi er et stort fellesskap som har en noenlunde lik oppfatning av hva medisinen som fag er. Vår erfaring er at også utenlandske leger i Norge blir sosialisert inn i en virkelighet hvor det fremstår som en målsetting at legene er enige om hva som er god og mindre god fagutøvelse. Dette gir seg blant annet utslag i at utenlandske leger underkommuniserer sin ulikhet. Mange utenlandske leger har opplevd det som ubehagelig at vi gjennom våre prosjekt har rettet oppmerksomheten også mot områder der de er unike, det vil si skiller seg fra ’de andre’. Dette forsterkes sannsynligvis av at norsk medisin er basert på stor grad av manualisering av jobbutførelsen. Dette innebærer at det vanligvis stilles strenge krav til både å følge prosedyrer som er nedfelt i manualer samt til skriftlig dokumentasjon av hva som er gjort og hvilke vurderinger som ligger til grunn for det som er gjort. Dermed blir ikke suksesskriteriene knyttet til å bruke sin unikhet, men tvert i mot å sikre seg ved å tilpasse seg suksesskriterier i Norge. Disse er som regel basert på likhetstenkning. Målsettingen blir å score best mulig der man blir målt.

Vårt inntrykk er at mange utenlandske leger bruker mye energi på å få til dette. Likevel er det mange som ikke lykkes, hvilket understrekes av negativ presseomtale og hyppig problematisering av vanskeligheter knyttet til utenlandske legers virke.

5) Kulturen i forhold til ledelse og kvalitetssikring; manglende oppfølging av legers virke - et stort problem?

Vårt datamateriale gir inntrykk av at helsepersonellet har stor tiltro til egen faglig og profesjonell autonomi. Materialet viser videre at den faglige kvaliteten langt på vei sikres gjennom på den ene siden utdanning og eksamen og på den andre siden skriftlige prosedyrer for jobbutførelse. Særlig gjelder dette situasjoner hvor legen utøver tjenesten uten et kollegafellesskap. I blant får vi inntrykk av at dette nærmest overflødiggjør enhver form for ledelse. Dette medfører en vegring både fra ledelse og utøvende leges side for å øve kontroll med hva som foregår når legen utøver sitt yrke. Med unntak av situasjoner som er veiledningspregede blir det nærmest betraktet som uhørt at en leder stiller spørsmål ved en ansatts jobbutførelse. Det ser ut til at dette også gjelder mellom leger som er kollegaer. Det skal ofte mye og svært graverende atferd til før en leder eller lege ’tør’ å blande seg inn i en ansatt eller kollegas jobbsituasjon.

Flere av fylkeslegene ga uttrykk for at de hadde etablert et skille mellom fag og atferd, og dette ble ofte lagt til grunn ved vurdering av klagesaker. Dette får to konsekvenser:

- De fleste klager forklares med at det var forhold ved legens atferd det var noe galt med. Dette gjør at flere fylkesleger oppfatter klagesakene som faglig sett lette å behandle.
- Faget forklares som en lite eksakt vitenskap og det tillegges derfor relativt vide handlingsrom. Grensene for hva som er 'akseptabel fagutøvelse' blir derfor tolket vidt.

Det kan stilles spørsmål ved om det er riktig å etablere et slikt skille. Er det slik at faget lever sitt eget liv uavhengig av atferden til legen som utøver det? Er etableringen av et slikt skille og ikke minst etableringen av vide grenser for hva som betraktes som 'faglig' forsvarlig et forsøk på å forenkle en etter hvert svært komplisert situasjon?

Frykten for å observere, kontrollere og eventuelt gripe inn medfører at andre yrkesgrupper i blant reagerer. Det er særlig sykepleiere, som nok ofte ser mer av legens arbeid enn både legens leder og andre leger gjør, som griper inn. Dette blir imidlertid preget av tilfeldigheter og gjort avhengig av sykepleierens mot, personlighet, samvittighet osv. I tillegg er det sjelden etablert formelle muligheter som gir sykepleierne anledning til å gi legeledere slike tilbakemeldinger. De fleste steder opererer med såkalt todelt ledelse, hvor sykepleierne og legene tilhører separate linjer i organisasjonen. Når disse formelle skillene brytes, skyldes det ofte mangel på evne og vilje til å utøve tjeneste- og fagorientert legeledelse. Ofte dreier nok legeledelse seg i praksis mest om administrative oppgaver.

6) Pasientenes tiltro til myndighetenes godkjenningsordninger. "Utenlandske leger er like gode som norske leger, eller ...".

Gjennom intervjuene med pasienter fikk vi inntrykk av at pasientene ofte hadde begrenset mulighet til å vurdere legens faglige ferdigheter. Pasientenes tillit til legen ble derfor basert på to forhold:

- Myndighetenes godkjenning av legene.
- Legenes atferd i behandlingssituasjonen (sannhetens øyeblikk).

De fleste pasientene ga uttrykk for stor tiltro til myndighetenes godkjenning av de utenlandske legene. Dette ble av mange nærmest fremstilt som et halmstrå som de klamret seg fast til i mangel andre vurderingskriterier. Selv i situasjoner hvor pasienten åpenbart var i tvil om legens kompetanse ble gjerne setningene avsluttet med "*men myndighetene slipper jo ikke til noen som ikke kan sine ting, så...*". Etter vår oppfatning pålegger dette godkjenningsmyndighetene et stort ansvar, og vårt inntrykk er at det ikke finnes gode nok redskaper til å vurdere om legens kvalifikasjoner er tilfredsstillende. I de tilfellene pasientene oppdager dette er det ofte på bakgrunn av legens atferd i behandlingssituasjonen. Når avstanden mellom det som skjer i sannhetens øyeblikk og pasientens

forventninger blir for stor virker det som om pasienten åpner for å stille spørsmål også ved legens medisinskfaglige kvaliteter. Dersom dette skjer i stor målestokk kan dette lett slå tilbake på de myndighetene som har godkjent legene, og påvirke disses legitimitet i befolkningen.

7) Geografiske forskjeller i vektingen av problemstillinger

Det er store geografiske forskjeller i hvor opptatt en er av de problemstillinger som dette prosjektet berører. Utkantsteder, særlig i de nordligste landsdelene, sliter vanligvis mest med å få søkere til ledige stillinger. Dette har i mange tilfeller medført at utenlandske leger med liten arbeidserfaring i Norge søker til slike steder for å få sin første norske praksis. I tillegg er inntjeningsmulighetene gode på steder med lav dekning, og flere av våre informanter har pekt på at en del utenlandske leger synes å være sterkt motivert av slike muligheter. Erfaringene viser likevel at mange blir relativt kort tid på slike steder, og dette gjør at legene ikke rekker å tilegne seg nødvendig kjennskap til lokale forhold eller kunnskaper om den enkelte pasienten. Også pasientatferden blir påvirket av dette. Pasientene orker enkelte steder ikke å 'investere' i å fortelle legen særlig mye om seg selv. Dette får, særlig i kombinasjon med mangelfulle språklige ferdigheter og liten kunnskap om lokale eller nasjonale kulturelle forhold hos legen, uheldige konsekvenser for kvaliteten på tjenesten.

Problemstillingene i de nordligste landsdelene får mye oppmerksomhet både i dagligtalen og i media. I tillegg opplevde vi allerede tidlig i prosjektperioden stor interesse for prosjektet både fra enkelte kommuneleger og ikke minst fra fylkeslegen i 'vårt' fylke, Nordland.

I de sørlige landsdelene har vi inntrykk av at opptattheten av problemstillingen rundt utenlandske leger i allmenntjenesten varierer mellom ulike kommuner og fylker. Som vi var inne på tidligere i rapporten viste de fylkeslegene vi trakk som utvalg til våre intervjuer varierende interesse. Dette kan skyldes at innslaget av utenlandske leger er mindre i de fleste sør-norske kommuner sammenlignet med kommuner lenger nord, slik at problemstillingene ikke blir like fremtredende. Det kan også tenkes at det hersker en frykt for å kategorisere leger med utenlandsk bakgrunn. Vårt materiale tyder på at mange føler seg lite komfortable med å omtale de problemstillinger vi i blant har rettet oppmerksomheten mot. Dette kommer for eksempel til syne ved at mange er redd for å bli oppfattet som rasistiske dersom de vurderer deler av de utenlandske legenes virke negativt. Vi har likevel inntrykk av at legevaktene i de større byene i økende grad bruker utenlandske leger, og derfor er mer opptatt av problemstillingene som har vært aktuelle i vårt prosjekt enn det som er vanlig i den øvrige allmennlegetjenesten.

8) Relasjonelle forhold vs medisinskfaglig virksomhet i klagesaker: Kvalitetssikring?

Flere av informantene med lederfunksjoner vektla konsultasjonens kvalitet som en avgjørende del av allmennlegetjenesten, der legens kommunikasjonsferdigheter er av stor betydning. Legens vilje til å ta seg tid og til å lytte ble også vektlagt av pasientene vi intervjuet. Steine, Finset og Lærum (2000), fant at pasienter vektla god kommunikasjon, følelsesmessige forhold og relasjonen til legen som de viktigste faktorene for kvalitetsbedømmelsen av legekonsultasjonen. I en studie av amerikanske legers behandling av eldre pasienter, vises det at effektiv pasient-lege kommunikasjon er assosiert med bedre behandlingsresultat, bedre pasientfornøydheter og bedret kontinuitet i relasjonen mellom lege og pasient (Steward, Meredith Brown og Galajda, 2000). Ut fra dette, blir det et sentralt spørsmål om utenlandske leger faktisk kommuniserer dårligere med norske pasienter. I vårt utvalg finner vi at så ikke nødvendigvis er tilfelle fordi pasientene forteller at legene kompensere ved å ta seg bedre tid. Vårt utvalg er imidlertid ikke representativt på en måte som muliggjør generalisering. En amerikansk studie gjennomført av Cooper-Patric et al. (1999) viser at mennesker med afrikansk-amerikansk bakgrunn opplever kommunikasjonen i legekonsultasjonen som dårlige enn hvite. Den beste kommunikasjonen ble oppnådd når lege og pasient tilhørte samme etniske gruppe. Det er klart at denne forskningen ikke kan overføres direkte til norske forhold, men den understreker vår teoretiske beskrivelse av forhold ved ulik kulturtilhørighet som kan vanskeliggjøre kommunikasjon.

Profesjoner har et felles trekk ved at mottakeren av tjenesten vanligvis ikke har forutsetninger for å bedømme tjenestens kvalitet. Derfor må det stilles krav til en profesjons interne kontroll av tjenestene som ytes. For leger er en sentral del av denne kontrollen journalføringen, som er lovpålagt. Dersom journalføringen er mangelfull, svekkes kontrollmuligheten av en leges arbeid. Bortsett fra ekstern informasjon som prøveresultater osv., er legejournalen intet annet enn legens egen beskrivelse av sitt eget arbeid og er under ingen omstendighet en objektiv virkelighetsbeskrivelse. Journalen kan inneholde medisinskfaglig adekvate resonnementer, men like fullt kan disse resonnementene bygge på feilaktige forutsetninger dersom legen ikke har hatt en tilfredsstillende dialog med pasienten.

Under samtalene med informanter som hadde administrative funksjoner, samt med legesekretærene, fikk vi vite at misnøye med utenlandske leger svært ofte dreide seg om det sosiale samspillet mellom lege og pasient. Følgende punkter er tidligere nevnt:

1. Pasienten sier at de ikke har mottatt viktig informasjon av legen.
2. Pasienten opplever legen som arrogant

3. Legen kontekstualiserer informasjon fra pasienten på en annen måte en pasienten selv.
4. Kvinnelig helsepersonell og kvinnelige pasienter opplever at mannlige utenlandske leger behandler dem respektløst.
5. Flere av fylkeslegene sa at klagen hadde ”dårlig medisinsk faglig” fundamentering, og at de derfor ofte raskt ble avvist. En slik formulering er ikke spesielt overraskende, gitt at det er legeprofesjonen som sitter med fagkunnskapen som danner grunnlag for vurdering av tjenestens kvalitet. Siden det ofte ikke er andre enn lege og pasient til stede under konsultasjonen, kan påstander om uakseptabel atferd ende opp med bli påstander som står ord mot ord. Dette er også naturlig, gitt de subjektivt betingede begrensninger som ligger i dokumentasjonen som en journal utgjør i slike sammenhenger.

Dessuten viste flere fylkesleger til at slike klager kan henge sammen med holdninger som pasienten har til utenlandske leger. Det typiske for slike saker var derfor at de ikke ble tatt til følge.

Flere av disse momentene må trolig sees i lys av at det ikke finnes noen praksis for at kollegaer eller overordnede systematisk evaluerer legens kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter i konsultasjonssituasjonen. Det virker ikke som det er noen tradisjon for oppfølging av for eksempel konsultasjonssituasjonene. Kvalitetssikringen av konsultasjonen overlates derfor delvis til pasientene. Den nyankomne legen er alene faglig i utøvelsen av legetjenesten, uten direkte observasjon av sin faglige aktivitet. Det må være rimelig å spørre som dette er en god praksis både for den enkelte faglig isolerte lege og om det ivaretar pasientens rettigheter, spesielt når en ser på den refererte dokumentasjonen der det beskrives hvor viktig kommunikasjonen mellom lege og pasient er.

5 Strategiforslag – veier å gå for å sikre god tjenesteyting

Vår studie tok utgangspunkt i at det er lite kunnskap om hva som faktisk skjer i møtene mellom utenlandske leger og norske pasienter. Studien viser at det følger en rekke utfordringer med en rekrutteringspraksis som den norske, og at konsekvensene overfor publikum ofte er store og utilsiktede. Utviklingen på området er imidlertid langt på vei drevet av nødsituasjoner, og særlig i de nordligste delene av landet har situasjonen vært prekær. Dette er nok også grunnen til at myndighetene i de senere årene har lempet på tidligere krav til for eksempel språkferdigheter. Vårt mest grunnleggende råd til myndighetene og politikere er at man legger forholdene til rette slik at det i fremtiden blir mulig å tilpasse landets utdanningskapasitet slik at denne kommer i samsvar med etterspørselen etter leger. Kostnadene ved dette er selvsagt store, men det synes på den annen side heller ikke å være noen lettvint lavkostløsning på god integrasjon av utenlandske leger. Mange utenlandske leger står overfor store omstillinger før de kan yte en tjeneste som står i forhold til norske pasienter, kollegaer og ledes forventninger. Vi tar til orde for at det satses på å legge forholdene til rette for slike omstillinger **og at det erkjennes at dette er ressurskrevende**. Situasjonen i dag kjennetegnes ved to forhold:

- Pasientene er usikre, justerer delvis ned sine forventninger og stoler på at myndighetene har oversikt bl.a. gjennom godkjenningsordninger.
- Kontrollapparatet, ledelsesformen og manglende tiltak medfører at kvaliteten på enkelte utenlandske legers arbeid i verste fall ikke er tilfredsstillende og i beste fall er varierende.

Våre forslag til satsinger tar således utgangspunkt i at det fremskaffes vilje og ressurser til å gjennomføre omfattende endringer.

Strategiene eller endringstiltakene kan grupperes i tiltak som berører hele eller større deler av allmennlegetjenesten utover det som gjelder leger med utenlandsk bakgrunn og tiltak som rettes inn mot de utenlandske legenes situasjon spesielt:

5.1 Generelle tiltak

5.1.1 Ledelse

Norsk legeledelse er preget av tiltro til legenes selvstendighet og autonome fagutøvelse. Det kan også være slik i en del andre land, men det finnes også

eksempler fra nære land som har helt andre tradisjoner på det ledelsesmessige området. Vi har for eksempel møtt leger som har ønsket at lederen skulle være mer synlig, også for å kontrollere deres fagutøvelse. De ble usikre når lederen ikke ga dem tilbakemelding, og denne usikkerheten ble forsterket av at mye var nytt og ukjent. I en slik situasjon må legene finne ut av forholdene etter beste evne, med de mulighetene for feilskjær som ligger i dette. Legeledelse bli i mange tilfeller praktisert som en administrativ funksjon, og frykten for å utøve faglig styring kan ofte forklares ved tiltroen til 'kollegaers' integritet og autonomi. Selve kvalitetssikringen foregår ved utvelgelse til utdanning og eksamensprestasjoner. Det kan tenkes at dette fungerer bra når legene utelukkende kommer fra utdanningsinstitusjoner som er velkjente. Vi tror heller ikke at de land som de utenlandske legene kommer fra nødvendigvis har lavere kvalitet på sine utdanningsinstitusjoner. I kvalitetsbegrepet ligger imidlertid en rekke forhold som ikke kan måles i en skole- eller eksamenssituasjon. Mange av disse vil være av kulturell art, og vil medføre konsekvenser for yrkesutøvelsen.

Konsekvensen av det ovennevnte er at det bør bygges opp systemer for kvalitetssikring av legenes totale ferdigheter, ikke bare dem som fører til en godkjent utdanning. En måte å gjøre dette på er å etablere lederfunksjoner som utøver reell faglig ledelse, herunder kontroll og veiledning/rådgivning. Først når lederen tør å involvere seg i legenes arbeid blir det mulig for lederen å vite hva som faktisk foregår. Dette vil også gjøre lederen i stand til å generalisere kunnskap om hvilke utfordringer som er størst slik at disse kan møtes ved overordnede strategier som for eksempel opplæringstiltak. I dag er det ofte andre grupper, som for eksempel sykepleiere, som må gjøre dette arbeidet. Dette er ikke i samsvar med etablert arbeidsdeling mellom yrkesgruppene og bryter også de fleste steder med organisasjonens linje.

Vi foreslår derfor at det lages opplæringsopplegg som trener legene på en mer aktiv lederrolle og hvor det legges vekt på evne til å gi aktiv støtte eller veilede i yrkesutøvelsen.

5.1.2 Fra ensretting mot mangfold?

Helsetjenestene er generelt preget av rettighetsorientering og likhetstenkning. Dette har bl.a. medført en prosedyreorientert legetjeneste. Prosedyrene har to funksjoner; de sørger for likhet i tjenesten og de sikrer legen dokumentasjon på at jobben er korrekt utført. Den sterke ensrettingen har likevel noen utilsiktede effekter, og den viktigste er kanskje at de utenlandske legenes mangfoldspotensiale ikke blir utnyttet. Med dette mener vi at de utenlandske legene for det første blir forventet å være like sine norske kollegaer og på noen områder blir sosialisert inn ved

å bruke prosedyrene. Den labre interessen for legenes ulikhet kan bidra til å forklare hvorfor så mange av de utenlandske legene ikke ønsket å snakke med oss om sin bakgrunn. De var snarere opptatt av å bagatellisere at de hadde bakgrunn fra et annet land og kanskje også andre forhold, og vise til at det meste gikk greit. Dette skjedde selv om omgivelsene ikke delte denne oppfatningen. Vi foreslår at det etableres en større åpenhet og interesse for hva disse legene kan bidra med og som er deres unike kompetanse snarere enn at man slik som i dag undertrykker slik ulikhet ved å late som om alle leger er like uansett hvor i verden man kommer fra. Jf sitatet: ”*Vi er jo en gjeng skolelys*”. Det finnes en rekke verktøy som kan brukes for dem som vil prioritere slik mangfoldstrening (se bl.a. Olsson, Pedersen og Dahle (2001)).

5.1.3 Bryt skillet mellom fag og atferd

Flere av våre informanter hadde etablert et skille mellom på den ene siden fagutøvelse og på den andre siden legens konkrete atferd. Uttalelser som at ”*det er bare et spørsmål om høflighet*” eller ”*fagutøvelsen skal defineres vidt, det er atferden det kommer an på*” var ikke uvanlige. Ofte er dette også pasientens innfallsvinkel på en klagesak; pasienten kan ikke faget og kommer til kort på dette området men klager på det som oppfattes som atferd. Noen av fylkeslegene fremhevet også dette ved å vurdere de fleste klagesakene som enkle å behandle ved at det i første rekke var atferd det var snakk om. Vi vil advare mot en slik forenkling og tar til orde for å se kompleksiteten og interaksjonen mellom fag og atferd. Sett fra pasientens side vil dette ofte være to sider ved samme sak, og legens evne til å kommunisere og faktisk produsere tjenesten *sammen med* pasienten burde være vesentlig også for hvordan tjenesten til slutt fremstår også faglig sett.

Vi foreslår derfor at det etableres en forståelse for at fag og atferd ikke så lett lar seg skille, og at for eksempel opplæringstiltak tar hensyn til dette. I dag preges situasjonen av at snevre mangler som for eksempel faglige ”kunnskapshull” (i beste fall) søkes kompensert gjennom opplæringstiltak mens den atferdsmessige siden blir overlatt til tilfeldigheter og (i verste fall) i blant ender som personalsaker. Det er viktig i dette arbeidet å ikke basere tiltakene på stereotyper om hele grupper, men ta utgangspunkt i individet som den sentrale enheten.

5.1.4 Hierarki i lege- pasientrollene

Vi finner store variasjoner mellom rollefordeling i lege-pasientrelasjonen, hvor de klareste hierarkiene grovt sett fremstår etter dimensjonene alder, kjønn og legens nasjonalitetsbakgrunn. Våre funn viser store variasjoner

mellom de utenlandske legene, men vi fikk rikelige tilbakemeldinger på at flere av legene ikke følte seg komfortable med det som ble betraktet som kravstore pasienter. Noen informanter peker på at enkelte eldre norske leger synes å være mindre komfortable med den endrede pasientatferden, hvor pasienten selv deltar i vurdering av sin helsetilstand og selve behandlingen. Dette er et område hvor norske pasienter og noen utenlandske leger ikke er på bølgelengde. I en knapphetssituasjon vil legen komme i en maktsituasjon ved å representere et knapt gode, og det er fare for at pasientene tilpasser seg dette ved å akseptere legens overordnede posisjon. Faren ved dette er at legen da er på kollisjonskurs med trenden i den norske pasientatferden.

Vi foreslår at det etableres treningsopplegg overfor utenlandske leger som rettes inn mot å tilpasse og forberede legene på de forventninger de vil møte hos pasientene. Slike treningsopplegg bør være rettet mot praktiske situasjoner og gjennomføres både innledningsvis som en del av forberedelsen til yrkesutøvelse og ved jevnlig oppfølging de første tre årene etter oppstart i Norge. Opplegget kan også legges til rette slik at det egner seg for nyutdannede norske leger eller norske leger utdannet i utlandet.

Tiltak spesielt overfor utenlandske leger:

Det vil være flere veier å gå for å kvalifisere utenlandske leger til tjeneste i Norge. Noen er skissert ovenfor, andre vil være av spesifikk faglig art. Behovet for tiltak vil selvsagt variere mye, men vi har gjennom vår studie funnet at det er særlig behov for tilleggskvalifikasjoner på følgende områder:

- Kommunikasjonsstil.
- Kunnskap om andre deler av helsevesenet eller hjelpeapparatet som for eksempel psykiatri, trygdevesen, sosialtjeneste osv..
- Sykdomslære med vekt på hvilke sykdommer som er hyppig forekommende i Norge.
- Spesialkunnskap om kronisk sykes situasjon.
- Språk.

Vi vil ikke kommentere de enkelte kvalifikasjonsområdene spesifikt, men ønsker å anbefale noen generelle fremgangsmåter som også kan gjelde på andre områder.

Kunnskapsformidling blir ofte gjennomført etter tradisjonelle pedagogiske prinsipper hvor læringen foregår på særskilte arenaer, ofte utenfor den daglige arbeidssituasjonen. Ofte blir slik læring ineffektiv i situasjoner hvor

'den lærende' ikke er fortrolig med de omgivelser læringen rettes inn mot (for eksempel prinsippene for fordeling av hjelp i en velferdsstatsmodell) og gjerne heller ikke fullt ut behersker det språk som læringen formidles i. Vi anbefaler at det etableres rutiner som sikrer at læringen knyttes til de daglige utfordringer på arbeidsplassen, og at dette skjer ved at legen får muligheter til å relatere sine utfordringer til aktuelle pasienter. Slik læring kan foregå individuelt ved at lederen eller en annen egnet 'fadder' avsetter tid til dette, men det kan også være at det er mest hensiktsmessig å la denne læringen inngå som en del av en kompetanseutvikling av hele arbeidsplassen. Dette krever at det settes av tid til slike aktiviteter, for eksempel i allerede eksisterende møter. Ved å la utviklingen omfatte flere ansatte unngår man lettere den stigmatisering som ellers kan forekomme, og som kan medføre at det utvikles motstand mot å delta i slike læringsopplegg. I tillegg til utvikling av praktiske kunnskaper kan også språktrening foregå på denne måten.

En annen fremgangsmåte kan være å samle flere utenlandske leger slik at de samlet kan gjennomgå slik utviklingsbasert læring. Det kan også være steder hvor det er mulig å la en utenlandsk lege med lang norgeserfaring formidle sine erfaringer til leger med kortere fartstid.

Generelt ser det ut til at mye av legenes læring i dag må foregå i situasjoner hvor legen er alene med pasientene uten muligheter for veiledning og støtte.

Som det fremgår ovenfor er våre forslag basert på at en for det første tar i bruk metoder som bryter med frykten for å kommunisere usikkerhet. Dette krever i første rekke vilje til at ledelsen prioriterer dette. Målsettingen må være mer åpenhet og utvikling av større evne til å sette ord på det som det vanligvis ikke er rom for å snakke om. For det andre krever slike satsinger innsats av ressurser både i form av tid og penger.

5.1.5 Forslag til aktuelle fremtidige forskningstema

Rapporten berører en rekke problemstillinger som dette prosjektet ikke gir rom for å belyse mer enn rent overfladisk. Vi tror likevel at det er viktig å iverksette forskning på flere av disse problemstillingene ettersom det synes å være en utbredt kunnskapsmangel. Med tanke på det store innslaget av utenlandske leger i Norge kan det forventes stor nytteverdi av intensivert forskning på området. Denne nytteverdien vil først og fremst komme pasientene til gode i form av bedre tilrettelagte legetjenester. Vi nevner nedenfor noen slike aktuelle forskningstema:

5.1.5.1 Forholdet mellom utenlandske leger og støttepersonalet

Det er en nær sammenheng mellom det arbeidsmiljøet som utgjør de omkringliggende rammebetingelser for en tjeneste og innholdet i den

tjenesten som publikum tilbys. Dette prosjektet har avdekket store kulturelle og kommunikative ulikheter mellom en del utenlandske leger og det personalet som arbeider sammen med dem (sykepleiere, annet helsepersonell og merkantilt ansatte). Det vil være nyttig å skaffe til veie mer informasjon om disse møtene og hvilke konsekvenser som fremstår for publikum. Eksempler på problemstillinger er arbeidsmiljømessige forhold som synet på ledelse, kjønn, likestilling samt ulikhet i oppfatningen av faglige grenseoppganger mellom profesjonene som bl.a. medfører ulike forventninger til faglig autoritet, over-underordnet posisjon og atferd i pasientbehandlingen.

5.1.5.2 Spesielle problemstillinger i de nordligste landsdelene

Norge har lenge slitt med legedekningen i Nord-Norge. Dette har medført utvikling av motivasjonsordninger for å trekke til seg og sikre kontinuitet blant leger generelt. Effekten av slike ordninger kan diskuteres, og man ser uansett at det er vanskelig å sikre at legene blir over lengre tid. Vi har fått inntrykk av at denne situasjonen har medført at befolkningen i en del kommuner tar til takke med en dårligere kvalitet på tjenesten bare tjenesten er der. Det blir nesten slik at det viktigste er at legen er der, ikke hvordan han/hun utøver sitt virke. I en slik nødsituasjon blir det nærmest luksuspregget å utøve kritikk mot legen eller forvente særlig mer enn det nødvendigste. Vi vet enda for lite til å kunne si hvordan dette over tid vil påvirke publikums forventninger og atferd som kunder. Det er likevel alvorlig dersom underdekning kombinert med det store innslaget av utenlandske leger medfører en degradering av publikums forventninger.

5.1.5.3 Utenlandske leger og fastlegeordningen

Det er nå en enestående anledning til å studere fastlegeordningens virkemåte på publikums atferd og prioriteringer. Er det for eksempel slik at publikum vil prioritere norske leger eller leger fra våre nærområder fremfor leger fra for eksempel ikke-europeiske land? Hva skjer når publikum ikke får sitt ønske oppfylt og tilvises en utenlandsk lege? Hva skjer over tid når lege og pasient får tid til å bli kjent med hverandre? Hvordan vil dette påvirke pasientens tilfredshet og forekomsten av klagesaker?

Vi foreslår at det gjennomføres et forskningsprosjekt som kartlegger erfaringene på dette området over tid, for eksempel en periode på tre år etter fastlegeordningens iverksettelse.

5.1.5.4 Ulikheter i forskrivningspraksis

Gjennom vårt prosjekt fremkommer det opplysninger, særlig fra støttepersonalet, som indikerer at en del utenlandske leger har en mer liberal forskrivningspraksis enn sine norske kollegaer. Det kan være flere

årsaker til dette, og forklaringene kan spenne fra at legen har importert en praksis fra sitt hjemland som ikke er blitt tilpasset norske forhold til at legen kan bruke en liberal praksis for å tilfredsstille pasientenes ønsker. En liberal forskrivningspraksis kan slik sett kunne knyttes til manglende forståelse for norske forhold og reglene som gjelder i Norge. Det kan imidlertid like gjerne være et resultat av en tafatthet overfor pasienten som kompenseres ved slik positiv 'fremvisning av makt'.

5.1.5.5 Betydningen av språk

Mye av den offentlige debatten knyttes opp til språklige ferdigheter eller mangel på slike. Ofte medfører slike debatter en amputert forståelse for språkets sammenheng med kultur, verdier og ren atferd. Kroppsspråk og holdningsbasert atferd vil for eksempel bety mye i denne sammenheng. Det vil være nyttig å gjennomføre en studie som har som målsetting å både rydde i temaet språk samt klargjøre hvilken betydning språk har og hvilke faktorer som oftest spiller sammen med de rene språklige ferdighetene.

5.1.5.6 Utenlandske legers oppfatning av eget virke

Vi hadde i vårt prosjekt et klart inntrykk av at mange utenlandske leger underkommunerer det problematiske ved å jobbe i Norge. På tross av dette oppleves det likevel som attraktivt å jobbe i Norge. Dette ble bl.a. dokumentert ved at flere leger hadde kommet tilbake til Norge etter å ha vært en periode i hjemlandet. Et prosjekt kan således ha som formål å både kartlegge de faktorer utenlandske leger opplever som spesielt positive ved å jobbe i Norge og hva de opplever som vanskeligst. Hvordan påvirker for eksempel lønnsforhold og øvrige arbeidsvilkår trivselen og hvordan oppleves det å møte et helsevesen som kanskje representerer andre prioriteringer og medisinsk forståelse enn det legen var vant med fra hjemlandet? En innfallsvinkel til en slik studie kan også være å måle legens oppfatning av betydningen av å spesialisere seg. En hypotese kan her være at en del utenlandske leger opplever at de har tatt det store spranget ved i det hele tatt å ta arbeid og bosette seg i et annet land, og at de faglige ambisjonene dermed ikke blir like fremtredende slik at færre frivillig velger å spesialisere seg.

5.1.5.7 Ulikhet mellom medisinske tradisjoner

Utenlandske leger møter ofte et norsk helsevesen som er lite opptatt av betydningen av ulikhet og differensiering i tjenestetilbudet. Dette innebærer at det er liten interesse for disse legenes alternative kompetanse basert på utdanning og arbeidserfaring fra et annet land. Vi vet i dag mye om hvilke faglige krav disse legene underlegges i Norge, men vi vet samtidig lite om hvilken tilleggskompetanse disse legene har og som kunne vært et bidrag til helsetjenesten. En slik innfallsvinkel krever imidlertid en annen forståelse

for betydningen av mangfold enn den som kjennetegner helsevesenet i dag, men kan være en positiv innfallsvinkel til kartlegging av utenlandske legers ubrukte potensiale.

5.1.5.8 Tilegning av virkelighetsforståelse

Vi foreslår et prosjekt som skal identifisere hvordan utenlandske leger tilegner seg en forståelse av den norske virkeligheten. Det kan forventes at mange leger bruker mye ressurser på å oppnå en god forståelse for generelle samfunnsmessige forhold og mer spesifikke medisinske forhold som kjennetegner Norge. Sentrale spørsmål i en slik studie vil være hvilke strategier ulike leger velger for å oppnå en slik forståelse og hvilke resultater de ulike strategiene gir for legen selv og ikke minst for omgivelsene og pasientene.

6 Referanser

- Abelson, R.P. (1981). Psychological status of the script concept. *American Psychologist*, 36, 715-729
- Berg, O. og Hjortdal, P. (1994), *Medisinen som pedagogikk: En studie av pasienters erfaringer med leger*. Univers. forlaget, Oslo.
- Bjertnæs, M.A. (2000). *Innvandring og innvandrere*. Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå
- Cantor, N. (1981). A cognitive-social approach to personality. In N. Cantor & J.F. Kihlstrom (Eds.), *Personality, cognition and social interaction*. (pp. 23-44). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Cooper-Patrick, L., Gallo, J.J., Gonzales, J.J., Vu, H.T., Powe, N.R., Nelson, C., & Ford, D.E. (1999). *Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship*, *JAMA*, 282(6), 583-589
- Dovidio, J.F., Evans, N., & Tyler, R.B. (1986). Racial stereotypes: The contents of their cognitive representations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 22-37
- Fiske, S.T., & Taylor, S.E. (1984) *Social cognition*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, California: Sage Publications
- Hamilton, D.L.(1979). *A cognitive-attributinal analysis of stereotyping*. *Advances in experimental social psychology*, 12, 53-85
- Haviland, W.A. (1987). *Cultural Anthropology*, 5th ed. New York: Holt, Rinehart and Winston
- Higgins, E.T., & Bargh, J.A. (1987). Social cognition and social perception. *Annual Review of Psychology*, 38, 369-425.
- Jick, T.D. (1979). *Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action*. *Administrative Science Quarterly*, 24, 602-611.
- Knudsen, J.C. (1986) *Flyktninger og livsløp: Fra Vietnam via transittleir til Norge*. Statens flyktningssekretariat, Sosial antropologisk institutt i Bergen.
- Kroeber, A.L., Untereiner, W., & Kluckhohn, C. (1952). *Culture : a critical review of concepts and definitions*. Cambridge, Mass. : The Museum, 1952

- Malkki, L. (1996) "Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism, and Dehistoricization." *Cultural Anthropology* Vol. 11 Nr. 3
- Norman, Richard (1984) *Service management*. Bedriftsøkonomens forlag, Oslo.
- Olsson, T.B., Pedersen, C., Dahle, I. (2001), *Med sjal på jobb*, Compendius forlag AS.
- Otterstad H.K. (1991). Legevakt i allmennlegetjenesten i Vestfold. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 111.
- Statens helsetilsyn (1994). *Godkjenning som lege i Norge*, Veiledningsserien, 1-94.
- Steine S., Finset A., Lærum E. (2000). Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 120(3), 349-353
- Stewart, M., Meredith, L., Brown, J.B., & Galajda, J. (2000). The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes. *Clinical and Geriatric Medicine*, 16, 25-36