

Det helsevitenskapelige fakultet

Behandles voksne mannlige og kvinnelige immigranter i 2018/2019 likt hos legen i primærhelsetjenesten i Norge, vurdert ut fra legens kjønn, konsultasjonstid, spesifikke trekk i kommunikasjonen og klinisk undersøkelse?

En observasjonsstudie

—

Ida Constanse Riis Jakobsen

Masteroppgave i medisin (MED-3950) mai 2020

Forord

Hensikten med denne oppgaven er å muliggjøre en forståelse for hvordan pasientens og legens kjønn kan ha betydning for det kliniske møtet der pasienten er immigrant. Dette er et bidrag til å skape ettertanke og innsikt som kan gjøre at vi lærer mer om oss selv som helsepersonell i møte med pasienter som er immigranter. Ved å få et bredere vitenskapelig grunnlag for hvordan forholdene er i dag, vil det også være mulig å ta bevisste valg for å motvirke eventuelle ulikheter i hvordan pasienter møtes basert på kjønn.

Prosjektet har ingen forhistorie og er finansiert av godvilje. Det er tilknyttet Forskningsnettverk for Flyktningehelse og diskutert med medlemmer av nettverket.

Jeg vil rette en ekstra stor takk til min veileder og førsteamanuensis ved ISM, Torsten Risør, som stadig har vært tilgjengelig og som har tenkt og idemyldret sammen med meg, stilt opp for å bli intervjuet som en ressurspersonen i en slags forstudie, hjulpet meg med å finne frem til problemstilling, litteratur og fremgangsmåte, og som hele tiden har holdt meg målrettet og sett løsninger der jeg har sett problemer. Takk til Gunnar Fæhn og Anne Kjahl, som jeg har fått intervjuet som ressurspersoner for å få ideer til konkretisering av problemstillingen i forstudien. Hjertelig takk til Glenn Dyresen og resten av den fantastiske gjengen som har hjulpet meg med å samle inn materiale, vist meg rundt og tatt meg godt i mot ved et transittmottak i Norge. Takk til Ali M. Ettehadulhagh, som også har hjulpet til med å samle inn materiale og stilt opp for diskusjoner. Og til syvende og sist vil jeg takke mine foreldre, Kari R. Jakobsen og Tom E. Jakobsen, og min forlovede, Jacob C. Wood, som hele tiden har heiet på meg og hjulpet meg der de har hatt mulighet til det; Derav en spesiell takk til min far som både satt meg i kontakt med flere ressurspersoner og ordnet det slik at jeg fikk besøke både asylinternat, transittmottak og asylmottak. Denne oppgaven hadde ikke vært til uten hver og en av dere.



Ida Constance Riis Jakobsen

Tjøme, 27.05.2020.

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag.....	IV
2	Forkortelser og ordforklaringer	V
3	Innledning	1
3.1	Migrasjon og helse	1
3.1.1	Asylsøkere i Norge	2
3.2	Kulturbegrepet.....	3
3.3	Kjønn og stereotyper	4
3.4	Fremmedspråklig pasient.....	5
3.5	Kjønnsforskjeller mellom lege og pasient.....	6
3.6	Kommunikasjon og kjønnsforskjeller i lege-pasientforholdet	8
3.7	Problemstilling og avgrensning	9
3.7.1	Formål og begrunnelse av valg	10
4	Materiale og metode.....	10
4.1	Forstudie	10
4.2	Datamateriale og studiepopulasjon.....	11
4.3	Observasjonsstudie 2018/2019	12
4.3.1	Forberedelse.....	13
4.3.2	Utførelse	14
4.3.3	Utfylling av problemstilling.....	14
4.3.4	Behandling av data.....	14
5	Resultater	14
5.1	Konsultasjonstid.....	15
5.2	Andre faktorer	17
5.2.1	Antall bekreftende nikk og ”mm” fra legen	17
5.2.2	Berøring.....	18
5.2.3	Ord på pasientens morsmål.....	18
5.2.4	Tolk.....	18
5.2.5	Annet.....	18
6	Diskusjon	19
6.1	Kjønn	19
6.2	Gjennomsnittlig konsultasjonstid	19
6.3	”Tid før legen stiller første spørsmål” og ”presentering av problemstilling i første setning”	20
6.4	Berøring.....	21

6.5	Bekreftende "mm" fra legen	21
6.6	Tolk.....	22
6.7	Klinisk undersøkelse	23
6.8	Innhold i samtalen	24
6.9	Sterke sider ved oppgaven	25
6.10	Svake sider ved oppgaven.....	26
6.11	Etikk.....	27
6.12	Mulige implikasjoner av funnene	29
7	Konklusjon	30
	Litteraturliste	31
	Vedlegg 1:.....	40
	Vedlegg 2:.....	42

1 Sammendrag

Innledning: Kjønnforskjeller er vist å ha en betydning i forholdet mellom lege og pasient. Det er et stort antall flyktninger som har kommet til Europa de siste årene, og migrasjon og flyktningehelse er aktuelle tema. Møtet mellom forskjellige kulturer kan være utfordrende. Kan det i tillegg påvises kjønnforskjeller i lege-pasientforholdet ved et transittmottak i Norge i 2018/2019? Denne observasjonsstudien tar for seg problemstillingen der legen er mann, og baserer seg hovedsakelig på målt konsultasjonstid og andre definerte variabler.

Metoder: En forstudie ble utført med intervju av ressurspersoner, og litteraturlesing førte til videre spissing og presisering av problemstillingen. Selve observasjonsstudien ble utført ved å følge en mannlig lege ved et transittmottak, der tiden på konsultasjonene og seks andre variabler ble målt for kvinnelige og mannlige pasienter. Resultatene ble sammenlignet mellom de to pasientgruppene.

Resultater: Den gjennomsnittlige konsultasjonstiden var 38 minutter for de kvinnelige pasientene, og 42 minutter for de mannlige. Legen brukte i gjennomsnitt 2 ord på pasientens morsmål når pasienten var kvinne, og gjennomsnittlig 3 når pasienten var mann. Antall bekræftende ”mm” fra legen var gjennomsnittlig 4 for den mannlige pasientgruppen, og tilsvarende 0 for den kvinnelige. Flere kvinner tok opp spørsmål om maten ved mottaket og om barna sine.

Konklusjon: Studien peker mot et mønster for enkelte mulige forskjeller som det er verdt å undersøke videre i større studier, gjerne med både mannlige og kvinnelige leger inkludert.

2 Forkortelser og ordforklaringer

WHO:	World Health Organization, Verdens helseorganisasjon.
Immigrant:	Innvandrer, en person som flytter til et annet land med sikte på å bosette seg der.
Asyl:	Et ukrenkelig fristed. Beskyttelse. Gis i Norge til de som blant annet defineres som flyktninger ifølge Flyktningkonvensjonen av 1951 og mennesker som står i fare for utsettelse for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved tilbakevending til hjemlandet.
Asylsøker:	En person som har søkt om asyl i Norge, men som ikke har fått søknaden sin endelig avgjort.
Flyktning:	Asylsøker som har fått innvilget søknaden sin om asyl i Norge.
Familiegjenforent:	Når en asylsøker får status som flyktning og familien får tillatelse til å komme etter.
Transittmottak:	Et midlertidig bosted for asylsøkere inntil de er intervjuet av myndighetene, der de må gjøre rede for hvem de er og grunnen til at vedkommende søker asyl, og har gjennomgått helsesjekk.
Asylinternat:	En lukket institusjon for utlendinger som hovedsakelig oppholder seg ulovlig i Norge og i påvente av transport ut av landet. Personer plasseres ved internatet av rettsapparatet eller av politiet, ved sistnevnte bare i inntil 48 timer.

3 Innledning

3.1 Migrasjon og helse

I løpet av de siste fem årene har det via TV, radio og internett vært stadig mer oppmerksomhet rundt flyktninger i Europa. En økende grad av flyktninger som ankommer Europa eller reiser gjennom denne regionen, og migrasjon regnes blant annet som en stor offentlig helsemessig utfordring for WHO European Region (1-2). Det skilles ofte mellom asylsøkere og flyktninger både i faglitteratur og når det kommer til statlige bestemmelser, som rett på helsehjelp. Ut fra definisjoner er en asylsøker en person som befinner seg i en prosess der det søkes om beskyttelse, mens en flyktning er en person som har fått innvilget beskyttelse og dermed oppholdstillatelse i Norge (1,3).

Selv om helseproblemene til flyktninger gjerne er lik helseproblemene til resten av populasjonen, vil det være visse grupper med høyere prevalens (4). Flyktninger er ofte en sårbar gruppe når det kommer til ikke-overførbare sykdommer, på grunn av deres eksposisjon for risiko forbundet med befolkningsbevegelser: Psykososiale forstyrrelser, reproduktive helseproblemer, høyere neonatal mortalitet, narkotikamisbruk, ernæringsforstyrrelser, alkoholisme og eksponering for vold (4). Helsestatusen til asylsøkere og flyktninger er imidlertid lite dokumentert, noe som gjør det vanskelig å kartlegge vanskeligheter rundt helsetilbudene (1). Det en for øvrig har sett mest på er perinatal¹ og mental helse, og selv om det ikke finnes datamateriale til å danne et konsist, generaliserende bevis, ser en tegn på at det finnes signifikante nivåer av helsebehov som ikke blir møtt (1).

I tillegg til statlige bestemmelser som regulerer asylsøkere og flyktningers tilgang på helsetilbud, finnes barrierer som kommunikasjonsvansker, for eksempel mangel på tolk, og kulturelle problemer; Som kjønnspreferanser når det kommer til legen og hvordan symptomer og sykdom uttrykkes på bakgrunn av ulike kulturer (1-2). I tillegg kommer strukturelle problemer, som kan dreie seg om transport til/fra helsefasiliteter, byråkratiske barrierer og tilgang på spesialisthelsetjeneste (1-2). Gangen i og lengden på asylsøknadsprosessen samt

¹ Det som gjelder svangerskapstiden etter 22. uke, fødselen samt barnets syv første levedøgn.

frihetsberøvelse og det å ha flyttet langt bort fra der en kommer fra, har stor påvirkning på helsen (1).

Med tanke på den pågående ”krisen” i sør - Middelhavet og rundt Hellas, er det lite som tyder på at det vil bli en nedgang i antallet flyktninger, og det er ikke usannsynlig at disse tallene vil fortsette å stige i nærmeste fremtid (1).

3.1.1 Asylsøkere i Norge

Før en person som har flyktet fra landet sitt har fått status som flyktning, eller får avslag på sin søknad og ikke får innvilget oppholdstillatelse i ankomstlandet, har vedkommende altså status som asylsøker. Under prosessen med å søke asyl, får asylsøkeren bo ved et transittmottak, men dette er bare midlertidig. Mens asylsøkeren venter på behandling av asylsøknaden, har de tilbud fra staten om å bosette seg ved et asylmottak (3). I slutten av 2014 bodde det omtrent 14 460 asylsøkere i mottak i Norge, dette antallet var gått ned til 5 640 tre år senere (5). Ca. 2/3 av asylsøkerne er menn (5). Hvis søkeren kan forsørge seg selv og eventuelle familiemedlemmer, er det ikke noe i veien for at vedkommende fritt kan bosette seg i en ønsket kommune (3). Når en asylsøker får innvilget søknaden sin og skifter status til flyktning, må vedkommende flytte ut av et eventuelt statlig mottak og bosette seg som en ordinær innbygger i en kommune, hvis personen ikke allerede er bosatt slik (3).

I følge G. Fæhn (2017 personlig meddelelse) er under 10 % av pasientene ved asylinternatet i Norge kvinner; Av omtrentlig 113 asylsøkere som bodde der mot slutten av 2017, var ca 6-7 av dem kvinner. Han sier videre at de på et tidspunkt opplevde å ha 15 kvinnelige asylsøkere der, noe de selv syntes var mange. Majoriteten av asylsøkerne er menn mellom 20 - 30 år. Nye asylsøkere som ankommer internatet screenes i løpet av to-tre dager, det er en stor spredning i helsetilstanden til de som bor der. For å få en legetime må pasientene søke om dette ved å fylle ut et skjema med personalia. De som er ved internatet har krav på øyeblikkelig hjelp og primærhelsetjeneste, inkludert nødvendig tannhelsehjelp. Det er for det meste bare unge menn som sendes til tannlege, det er sjeldent at man opplever å sende kvinner dit. Flyktninger, asylsøkere og familiegjennforente har helserettigheter som er definerte i de norske lover, disse kan en lett finne frem til via Helsedirektoratet.

3.2 Kulturbegrepet

Kultur er et begrep som kan være vanskelig å definere og å forstå seg på. Flere samfunnsforskere har kommet frem til at mange av de grunnleggende verdiene og store deler av den kulturelle kunnskapen i en kultur er uuttalt og ubevisst (6). Kulturen kan på en måte beskrives som en populasjons ”virkelighet”, da det fremkommer av Wadel (6) at vi ved å studere fremmede kulturer kan bli mer oppmerksomme på at det finnes andre virkeligheter enn den vi selv oppfatter. Det kan således legges frem at det vi beskriver som virkelighet mer eller mindre er vår egen sosiale og kulturelle skapelse (6).

Kirmayer (7) skriver om begrepet ”kulturell kompetanse”, som er dominert av arbeid fra USA, der kulturelle forskjeller settes sammen på spesifikke måter som reflekter historien, demografien og politikken. Begrepet sikter på å gjøre helsetilbud mer tilgjengelige, akseptable og effektive for mennesker som har en annen etnisk-kulturell bakgrunn enn majoriteten i samfunnet (7). Dette er dermed en kompetanse som en helsearbeider bør inneha for å kunne møte et menneske fra en annen kultur, med andre verdier, normer, tro og holdninger, og tilby denne personen helsehjelp av godkvalitet (7). I noen tilfeller vil en kunne oppnå kulturell kompetanse ved å bruke en type etnisk-kulturell matching, noe som kan gjøres på flere nivåer i samfunnet, men på et lege-pasient-nivå gå ut på at legen modifierer måten vedkommende interagerer med pasienten på, tar i bruk kulturelle tilpassede tiltak eller tilbyr pasienten tiltak ut fra pasientens egne kulturelle tradisjoner (7).

På New Zealand ble det utviklet et alternativt konsept, med begrepet ”kulturell sikkerhet”, som heller drar oppmerksomheten mot problemet med makt og sårbarhet, som resulterer fra deres historie med kolonisering og urbefolkning (7). Begrepet kan forsøkes forklart ut fra at det overlapper noe med konsepter som ”kulturell sensitivitet”, ”kulturelt ansvar” og ”kulturell ydmykhet” (7). Kirmayer (7, s. 159) skriver videre om kulturell sikkerhet at:

The key threats to cultural safety identified by patients included: inability to communicate with service providers; poor attitudes by staff resulting in not being

treated with respect (for example, patients being treated as if they were stupid, subjected to stereotypes and prejudice); not being able to have their families present; not being listened to; not being given clear explanations; being forced to comply with unfamiliar forms of care or treatment; being powerless or unable to take action to help themselves or their loved ones; overall inflexibility of the system; feeling isolated because no one around them shared their culture or language); not having access to appropriate interpreter services.

Forskjellige kulturer innebærer enkelte forskjellige normer og verdier, og en ser gjerne dette på tvers av landegrenser. Det kan også finnes forskjellige kulturer innenfor samme landegrense, for eksempel i land med flere offisielle språk (8).

3.3 Kjønn og stereotyper

Kjønn er et begrep som er mulig å dele inn i hva som forstås med det sosiale kjønn og det biologiske kjønn (9-10). Da det forventes annerledes reaksjoner og oppførsel mellom menn og kvinner i forskjellige situasjoner og områder i dagliglivet kan dette forklares gjennom at det sosiale kjønn ofte tildeles kjønnsnormer basert på sosial og kulturell interaksjon (9-11). Et klinisk møte vil være formet av forskjeller mellom lege og pasient når det kommer til sosial posisjon og makt, som videre er assosiert med forskjeller i blant annet kulturell kunnskap og identitet, språket og religionen som ligger i den kulturelle identiteten (7). I enkelte kulturer dominerer menn mer over kvinner, og legeyrket har høyere status i noen kulturer sammenliknet med andre, noe som kan påvirke kommunikasjonen mellom lege og pasient (8). Det kan dermed ikke ses bort fra at det kan bli en kollisjon mellom ulike stereotyper og kjønnsrolleidentiteter i møte med en mannlig pasient og en kvinnelig lege, i en kultur der mannen dominerer over kvinnen, og legeyrket har vært et mannsdominert yrke med høy status (8,12). I følge Brink-Muinen (8) ser man et mindre psykososialt kommunikasjonsmønster mellom mannlige pasienter og kvinnelige leger, noe som tyder på at mannlige pasienter og kvinnelige leger må bli vant med hverandre, særlig fordi andelen av kvinnelige leger øker, spesielt i Vest - Europa.

3.4 Fremmedspråklig pasient

Forskning tyder på at kjønn både har noe å si for hvordan kommunikasjonen foregår mellom lege og pasient, og hvorvidt pasienten er fornøyd med legen sin (13). I en forskningsartikkel av Bischoff, Hudelson og Bovier, kommer det frem at forskjellig kjønn mellom lege og fremmedspråklige pasient, der en profesjonell tolk har inngått, ikke har negativ innvirkning på om pasienten er fornøyd etter konsultasjonen (13). Derimot tyder den samme artikkelen på at det er en signifikant dårligere kommunikasjon mellom lege og fremmedspråklig pasient der det er en forskjell på kjønn mellom lege og pasient, når der det ikke blir brukt profesjonell tolk (13).

Utvikling av passende strategier for å implementere kunnskap om kjønnsforskjeller mellom lege og pasient vil være viktig for å kunne sikre høy kvalitet i helsetjeneste der kjønn er av sensitiv betydning (13).

Menn går sjeldnere til legen enn kvinner, og det viser seg at menn med minoritetsbakgrunn oppsøker helsevesenet enda sjeldnere (14). Disse blir ofte glemt av helsevesenet, og noen mulige årsaker til at mange av disse ikke oppsøker legehjelp, kan være manglende tillitt til norsk helsevesen og språklige og kulturelle hindringer (14). Den manglende tilliten kan igjen muligens skyldes det at innvandrermenn er mer utsatt for fordommer, stereotype oppfatninger og rasisme i samfunnet generelt (14). Menn og unge som har flyktet fra krig kan være spesielt sårbare, der mange kan ha forferdelige opplevelser, som vold, tortur og overgrep både i hjemlandet før flukten, men også under flukten (14). I tillegg ligger det stigmatisering og tabuer rundt dette med psykisk helse (2), og dokumentering av disse utfordringene er beskrevet i offentlige rapporter og meldinger gjennom flere år (14).

Når en fremmedspråklig pasient mestrer språket som legen bruker til en viss grad, men dermed er begrenset i sin måte å forklare og uttrykke sine bekymringer, symptomer og diskutere behandling, kan det være svært nyttig at en profesjonell tolk er tilstede (2). Dette fordi mangel på bruk av tolk har blitt identifisert som en av de viktigste barrierene for tilgang på helsetilbud for nykommere, og en profesjonell tolk forbedrer kommunikasjonen betraktelig fremfor å bruke venner, bekjente, familiemedlemmer og lignende (2).

3.5 Kjønnforskjeller mellom lege og pasient

Det finnes en signifikant forskjell i hvordan mannlige og kvinnelige leger praktiserer; Hva som blir gjort i en konsultasjon og hvilke tiltak som iverksettes (15-17). Kvinnelige leger fokuserer mer på forebyggende tiltak og psykososial rådgivning (16), der menn på den andre siden bruker mer tid på det tekniske, som anamnese og fysisk undersøkelse (15). En meta-analyse av Roter, Hall og Aoki (16) viser til at konsultasjoner der legen er kvinnelig, gjennomsnittlig er to minutter (10 %) lengre enn konsultasjoner der legen er mann.

Måten vi kommuniserer med hverandre på blir påvirket av hva slags kjønn vi har selv har og hva slags kjønn de vi kommuniserer med har, og i tillegg er det sannsynlig at kulturelle normer og verdier påvirker kommunikasjonen mellom lege og pasient (8). I en studie utført av Brink-Muinen, van Dulmen, Messerli-Rohrbach og Bensing (8), der en har sett på kjønnkombinasjoner mellom lege og pasient og kommunikasjonsmønstre på tvers av vesteuropeiske land, finner man kjønnforskjeller innen tre ulike kommunikasjonsmønstre; Et biomedisinsk, et biopsykososialt og et psykososialt mønster (8). Forskjellen i kommunikasjonsmønstrene på tvers av landegrensene kunne hovedsakelig forklares ut fra forskjeller i konsultasjonene med den mannlige legen, uavhengig av pasientens kjønn (8).

Flere studier kommer frem til at kvinnelige leger utviser en varmere atferd med mer oppmuntring og beroligelse, de stiller flere psykososiale spørsmål, fokuserer mer på følelser og kommuniserer på en måte som er mer pasient-sentrert (12,15-16,18-19). De har også en mer støttende og vennligere måte å kommunisere på, ved å bruke mer oppmuntrende nonverbal kommunikasjon som å smile og nikke, sammenlignet med sine mannlige kollegaer (12,15-16,18-19). Selv om det er påvist en klar forskjell mellom hvordan kvinnelige og mannlige leger kommuniserer på, finnes det også en del likheter, og ifølge en meta-analyse av Roter, Hall og Aoki (16) er kvaliteten på den medisinske informasjonen som blir gitt til pasientene lik, uavhengig av legens kjønn, noe som også gjelder mengden sosial prat med pasientene.

I følge Carrard og Mast (12) behandles kvinner og menn ulikt i samfunnet for øvrig, noe en finner igjen i medisinske settinger, da kjønn påvirker hvordan personer oppfører seg både basert på personens eget kjønn og kjønnnet til den som vedkommende interagerer med. Dermed vil pasienter opptre annerledes både på bakgrunn av pasientens eget kjønn, men også avhengig av kjønnnet til legen. Hos fastlegen viser det seg at pasienter uttrykker seg mer positivt med enighet overfor kvinnelige leger, de snakker mer og gir mer medisinsk informasjon (12). Pasientene gir også mer psykososial informasjon til kvinnelige leger enn til sine mannlige leger, muligens på grunn av den aktive alliansen som de kvinnelige legene bygger med pasientene sine, men det viser seg også at de kvinnelige legene stiller flere psykososiale spørsmål og virker mer interessert i pasientens følelsesliv og det som foregår ellers i livet til pasienten (12). Det viser seg også at kvinnelige leger oftere blir avbrutt av sine pasienter enn det mannlige leger blir, noe som tyder på at pasientene opptrer mer dominante overfor sine kvinnelige leger (12).

Kvinnelige pasienter drar oftere til legen og har høyere totale medisinske utgifter i året, og legebekøene deres inneholder mer forebyggende tiltak, mindre fysisk undersøkelse og færre diskusjoner om tobakk, alkohol og annet stoffmisbruk (15). De mottar mindre råd om livsstil og psykososiale problemer enn sine mannlige motparter, uavhengig om legen er mannlig eller kvinnelig (20).

Om det er de mannlige eller kvinnelige pasientene som ender opp med å være mest fornøyd med sin fastlege, er noe uklart, da Bertakis (15) sin review viser at pasienter med kvinnelig lege er mest fornøyd og at kjønnskombinasjonen der både lege og pasient er kvinne viser seg å resultere i flest fornøyd pasienter. Sistnevnte støttes av Carrard og Mast (12), men de hevder allikevel også at kvinnelige pasienter ikke er mer fornøyd med fastlegen sin enn mannlige pasienter. I en studie av Schmittiel, Grumbach, Selby og Quesenberry (20) viser det seg at blant pasientene som selv velger fastlegen sin, er de kvinnelige pasientene sterkest representert, og flesteparten velger en kvinnelig lege. Allikevel er det disse pasientene som er minst fornøyd med legen sin (20). Dette mønsteret ble ikke observert blant de pasientene som ikke fikk velge legen sin selv, og kan tyde på at det muligens ligger noe i forventningene som pasientene som velger legen sin har (20). Når det kommer til kjønnskombinasjonen mannlig

pasient og mannlig lege, er dette den kombinasjonen der maktforskjellen er størst og der legen utviser mye større dominans over pasienten (12).

3.6 Kommunikasjon og kjønnsforskjeller i lege-pasientforholdet

Kommunikasjon mellom lege og pasient ser således ut til å bli formet av forhold som vi i begrenset grad har kontroll over; forhold som kjønn, språk, etnisitet, kulturelle preferanser. Trening på kommunikasjon har da også blitt styrket i medisinerutdanningene og er tema som også løftes frem ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, og studentene må allerede fra og med 1. året oppfylle arbeidskrav som går ut på pasientkontakt, kommunikasjon mellom legestudent og pasient, og refleksjon rundt dette. Medisinstudiet har tidligere vært et mannsdominert studium og følgelig et mannsdominert yrke, men det ser nå ut til å bli stadig mer dominert av kvinner (9). Torsten Risør har forklart den nye kjønnsfordelingen i Danmark, der to tredeler av de nystartede medisinstudentene er kvinner, ut fra at det både er et klart flertall av kvinner som i det hele tatt blir studenter, og at kvinnelige studenter oppnår bedre eksamensresultater enn menn på videregående (9). Den skjeve kjønnsfordelingen blant medisinstudenter vil føre til at det blir flere kvinnelige enn mannlige leger i de fleste spesialiteter (9,21).

Det er blitt studert hvordan det er med avbrytelser og forstyrrelser i konsultasjoner mellom turnusleger og pasienter i sykehus, der en kan se at det finnes en forskjell i utfallet basert på kjønn. En studie av Rhoades, McFarland, Finch og Johnson (22) fant at turnusleger avbryter pasientene sine før de er ferdig med å snakke i en av fire konsultasjoner, og at de mannlige turnuslegene avbryter pasientene sine i flere tilfeller enn sine kvinnelige kollegaer. De fant også at alle turnuslegene avbrøt sine kvinnelige pasienter oftere enn de mannlige pasientene (22). Om avbrytelser under en konsultasjon oppfattes som positivt eller negativt av pasientene avhenger også av kjønnskombinasjonen til lege og pasient (12).

Når det kommer til videre spesialisering etter at grunnutdanningen av medisinstudiet er fullført, sees det at mannlige og kvinnelige leger velger ulike spesialiteter basert på erfaringer de gjør underveis i studiet (23). Det ser ut til at menn i større grad velger interesse ut fra faginteresse, mens det for kvinnenes del er mer komplekst og handler en del om arbeidsklima,

arbeidsmiljø og machokultur (9,23). Dette fører til at mannlige leger er overrepresentert innen noen spesialistfelt og underrepresentert innen andre, og likeledes med kvinnelige leger.

Generelt ser det således ut til at hvordan det kommuniseres mellom mennesker henger sammen med kjønnen til de som kommuniserer. Dette kan forklares i større grad av de stereotypene og kulturelle normer som finnes i et konkret samfunn og hvordan disse passer eller ikke passer inn i de ulike rollene de har (12). Risør (9) legger frem forskjellen mellom kvinnelige og mannlige leger, og kommer frem til at selv om legens kjønn har en betydning, trenger den ikke være spesielt negativ eller positiv, bare annerledes. Mye tyder dermed på at kombinasjonen av kjønnene til lege og pasient både påvirker interaksjonen mellom dem og utfallet av konsultasjonen (15-16). Kvaliteten på de forebyggende råd som gis til pasientene, altså sannsynligheten for at pasienten faktisk vil følge rådene, kan bli påvirket av legens egne egenskaper, assosiert til demografiske forhold som kjønn, alder og etnisitet, og oppfatninger/forestillinger, og det er derfor viktig at legen er bevisst på disse (24).

Når en forsker på kjønnets påvirkning på kommunikasjonsmønstre er det derfor viktig å ta hensyn til alle de mulige kjønnkombinasjonene, men også hvilket land disse befinner seg i og hvilke land personer som en sammenligner dette med, befinner seg i (8).

3.7 Problemstilling og avgrensning

Vi kan stadfeste at kjønnsforskjeller kommer til uttrykk både i valg av yrkesliv, hvordan kommunikasjon foregår, hvordan vi behandler andre og hvordan andre behandler oss. Vi vet at det eksisterer forhold omkring kjønn og kulturelle aspekter som virker inn på det kliniske møte mellom lege og pasient på mange – og ofte subtile – måter som får betydning for kvalitet og utfall av det kliniske arbeid. Da det holder på å bli en større omveltning i kjønnsfordelingen av leger samt en økt tilflytting av mennesker fra andre deler av verdenen, vil det være aktuelt å utforske disse forholdene omkring kjønn og kulturelle aspekter i Norge. Måten dette blir forsøkt på i denne oppgaven er å søke opp situasjoner der nettopp disse forholdene forventes å være aktive og hvor det derfor kan bli mulig å konkretisere hva som kan være nyttig å forske mer på. Problemstillingen i oppgaven går dermed ut på å finne svar på om voksne, mannlige og kvinnelige immigranter behandles likt i primærhelsetjenesten ved

et transittmottak i Norge i 2018/2019, der legen er mann. Oppgaven vil ta for seg immigranter av undergruppen asylsøkere, som befinner seg ved et transittmottak i Norge. Svaret på problemstillingen vil i hovedsak vurderes på bakgrunn av forskjellen i gjennomsnittlig konsultasjonstid for de kvinnelige og de mannlige pasientene. Imidlertid vil også seks andre faktorer som har betydning for samspillet i konsultasjonen bli vurdert: Tid før legen stiller det første spørsmålet, presentering av problemstillingen i første setning, antall bekræftende nikk og ”mm” fra legen, antall berøringer mellom lege og pasient, avstanden som legen og pasienten sitter med og antall ord på pasientens morsmål brukt av legen.

3.7.1 Formål og begrunnelse av valg

Formålet med denne oppgaven er å belyse et mindre kjent tema, å forstå hvordan pasientens og legens kjønn kan ha betydning for det kliniske møte, der pasienten er asylsøker med en annen kulturell bakgrunn enn legen. Problemstillingen ble til som følge av en lengre prosess, som har omfattet både litteraturlæsning, intervju av ressurspersoner og diskusjoner med veileder, medelever, foreldre med flere. Den ble valgt fordi jeg har en interesse for kjønnsmessige forskjeller i samfunnet, synes det er spennende med mennesker fra andre kulturer og fordi jeg vil bidra til å gjøre noe for mennesker som har måttet forlate hjemlandet sitt, og muligens befinner seg i en ekstra sårbar helsemessig og relasjonell situasjon på grunn av dette.

4 Materiale og metode

4.1 Forstudie

En slags forstudie ble startet ved å kontakte en veileder innenfor temaet jeg interesserte meg for; Sammen diskuterte vi muligheter og luftet tanker rundt aktuelle temaer. Jeg fikk flere ideer, tenkte mye, skrev ned tankene mine og leste deretter litteratur som veilederen min anbefalte. Samtidig som jeg leste aktuelle artikler, tok jeg notater, gjorde meg flere tanker rundt interessante vinklinger og stilte meg selv spørsmål som jeg skrev ned. Deretter utformet jeg en mal for et intervju, vedlagt som Vedlegg 1, på bakgrunn av litteraturen jeg hadde lest og spørsmålene jeg hadde stilt meg selv. Med utgangspunktet i denne malen, intervjuet jeg veilederen min, som har erfaring i å møte flyktninger i primærhelsetjenesten. Jeg gjorde meg

opp flere tanker og refleksjoner rundt de svarene jeg fikk og noterte alt dette. Deretter leste jeg mer relevant litteratur anbefalt av min veileder.

Jeg fikk avtalt å komme til et asylinternat i Norge i 2017, for å møte en lege og en sykepleier som møter asylsøkere i hverdagen. Der fikk jeg intervjuet Gunnar Fæhn og Anne Kjahl med utgangspunkt i den utarbeidede intervju-malen jeg hadde laget. Med dette i bakhodet, gjorde jeg meg flere tanker som jeg skrev ned, jeg skiftet vinkling på en problemstillingen mot selvskading og selvmord blant flyktninger, og jeg leste flere relevante artikler anbefalt av min veileder ut i fra den nye vinklingen. Etter dette tenkte jeg igjen mye og noterte ideer og spørsmål jeg satt igjen med. Jeg diskuterte temaet, aktuelle problemstillinger og alternativer med foreldre og folk rundt meg, og fikk klarnet tankene mine etter dette; Vinkling ble på nytt skiftet, og spisset inn mot nåværende tema. For å avgrense problemstillingen så jeg på litt mer faglitteratur fra databaser som Pubmed, Medline, Cochrane Library og Google Scholar. Videre fikk jeg hjelp av veilederen min til å konkretisere problemstillingen.

4.2 Datamateriale og studiepopulasjon

Studiepopulasjonen for denne oppgaven er asylsøkere ved et transittmottak i Norge. Inklusjonskriteriene var at pasienten måtte være asylsøker ved et transittmottak i Norge, som hadde ankommet landet i løpet av de siste fem årene og være 18 år eller eldre. Pasienter ble ekskludert fra studien dersom de kom for legetime med sine barn (der barnet var pasienten) eller dersom pasienten var under 18 år.

I siste del av Vedlegg 2 er sammendrag av to konsultasjoner der pasientene er flyktninger som hadde legetime ved et fastlegekontor i Norge. Disse ble ikke inkludert i studien, men legges ved som en illustrasjon på hvordan dette kan se ut. Grunnen til at de er ekskludert fra studien er at det er umulig å sammenligne disse med resten av materialet, da det er spesielt fire grunnleggende ulikheter mellom de to uthentingene; (1) Det er to forskjellige definerte populasjoner (asylsøkere og flyktninger), (2) det er ikke samme lege ved konsultasjonene (legen ved transittmottaket er en erfaren lege innenfor feltet og fastlegen er en ung turnuslege med noe erfaring fra psykiatri. De har begge ulike egenskaper, dog de er begge mannlige leger), (3) legetimene er i utgangspunktet ikke satt opp til å vare like lenge (legetimene ved

transittmottaket er satt opp til å vare en klokke time, mens legetimene ved fastlegekontoret er satt opp til å vare 30 minutter), (4) av materialet fra konsultasjonene med de to flyktingene er begge to mannlige pasienter, noe som også gjør det uegnet å sammenligne disse to med hverandre basert på kjønn.

4.3 Observasjonsstudie 2018/2019

Veilederen min søkte REK om godkjenning i november 2017, da jeg planla å observere pasienter, selv om prosjektet ikke vil gå inn i vurdering av diagnostikk eller behandling.

Observasjonsguide:

Problemstilling:	Pasientens kjønn:	Resymé
Tid før legen stiller første spørsmål:		
Presentering av problemstilling i første setning:		
Antall bekræftende nikk og ”mm” fra legen:		
Antall berøringer mellom lege og pasient:		
Avstand mellom lege og pasient:		
Tolk: Ja/nei	Tolkens kjønn:	
Total tid:		

Figur 1: Det originale oppsettet jeg utformet og hadde med meg for å notere under hver konsultasjon.

I sommeren 2018 startet jeg kartlegging av nødvendige hjelpemidler, planlegging av gjennomføring av observasjonsstudien og utviklet en observasjonsguide, se Figur 1. I en tidsperiode avgrenset til noen dager i 2018 og tilsvarende i 2019, utførte jeg en

observasjonsstudie med kvantitative vurderinger, liknende metoden som er brukt i artikkelen ”Communication behaviours in a hospital setting: an observational study” av Coiera & Toombs (1998). Jeg har ingen personlige opplysninger som kan identifisere pasientene fra notatene mine.

4.3.1 Forberedelse

Før den første datainnsamlingsperioden i 2018, ringte jeg dagen i forveien og bekreftet med transittmottaket at jeg fikk komme og være med legen der neste dag. Jeg ble fortalt at det var satt opp fem pasientkonsultasjoner. Jeg gjorde klart notatblokk, penn, stoppeklokke og syv sider med oppsett for observasjonsguiden i notatblokken, så det skulle være enkelt å ta notater på en strukturert måte. Mellom sidene med notater hadde jeg en blank side, slik at notatene fra forrige konsultasjon ikke skulle syns under fremtidige konsultasjoner med tanke på taushetsplikten.

Før vi gikk i gang med den første pasienten på dagens liste, var det en konsultasjon som ikke var satt opp på forhånd. Det dreide seg om en kvinnelig pasient som hadde kommet til legekantoret fordi hun ville stille legen ett spørsmål. Jeg fikk være med og tok notater på et av de ekstra observasjonsoppsettene jeg hadde laget, men glemte å ta tiden på konsultasjonen da den kom så brått på. Denne målingen ble dermed ikke inkludert i denne studien.

Etter den første datainnsamlingsperioden, ble jeg oppmerksom på at legen kom med ord på pasientens morsmål, noe som så ut til bidra med å skape allianse, tillitt og en god stemning mellom legen og pasientene. Jeg endret derfor litt på observasjonsoppsettet mitt ved å legge til et ekstra punkt; ”Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen”. Dermed fortsatte jeg å notere hvor mange ganger legen brukte ord på pasientens morsmål i de kommende konsultasjonene ved den andre datainnsamlingsperioden i 2019. Ved den andre datainnsamlingsperioden gjorde jeg i forkant klart det samme utstyret som forrige gang, med et lett endret observasjonsoppsett.

4.3.2 Utførelse

Jeg hadde på vanlige, formelle klær, i likhet med legen jeg fulgte. Alle pasientene ble spurt om det var greit at jeg som medisinstudent fikk være med på konsultasjonen. Ingen av pasientene svarte nei. Jeg satt på en stol i et hjørne, mellom pasienten og legen, og deltok ikke aktivt i konsultasjonen. Stoppeklokken ble startet da pasienten kom inn på legekontoret og stanset igjen når vedkommende gikk ut døren. Jeg fylte opplysninger inn i observasjonsoppsettet mitt, se Figur 1, og prøvde å notere så mye som mulig av hva jeg observerte.

4.3.3 Utfylling av problemstilling

Jeg noterte ned problemstillingen basert på hva som stod oppført i timelisten, slik at dette punktet var kort og konsist. Etter konsultasjonene dobbeltsjekket jeg alle innsamlingsdataene mine i det jeg førte de over fra analog skriveblokk til digitalt, og jeg endret eller la til informasjon i dette punktet dersom jeg i ettertid av observasjonene fant det relevant. På denne måten ville jeg unngå feil dersom det viste seg at det som var skrevet i timelisten ikke stemte med den faktiske problemstillingen.

4.3.4 Behandling av data

Samme dag som jeg hadde vært ute og observert konsultasjonene ved transittmottaket, satte jeg meg ned og digitaliserte data fra skriveblokken min. Jeg laget sammendrag av alle konsultasjonene ved å samle det viktigste og å luke ut enkelte deler informasjon som ikke var like relevant for denne studien. Alle konsultasjonstidene ble i tillegg samlet, jeg regnet ut variasjonsbredde og gjennomsnittsverdien for konsultasjonstid for kvinnelige og mannlige pasienter. Alle tallene ble plottet inn i tabeller og presentert på en oversiktlig måte.

5 Resultater

Se Tabell 1 og Tabell 2 for oversikt over de variablene som ble observert i gruppen med henholdsvis kvinnelige og mannlige pasienter.

5.1 Konsultasjonstid

Den gjennomsnittlige konsultasjonstiden for den kvinnelige pasientgruppen er 38,4 minutter, med en variasjon på 19 minutter mellom korteste og lengste konsultasjon, og standardavvik på 7,6. Tilsvarende er gjennomsnittlig konsultasjonstid for den mannlige pasientgruppen 42,2 minutter, med en variasjon på 36 minutter mellom korteste og lengste konsultasjon og et standardavvik på 12,2.

Kvinnelige pasienter, tabell over faktiske observerte variabler:

Pasient	Total tid på konsultasjon	Problemstilling	Antall bekreftende ”mm” fra legen	Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen
k1	44	Oppfølging av pasient med hepatitt B-infeksjon.	0	3
k2	48	Oppfølging uregelmessige blødninger. Depresjon.	0	0
k3	30	Oppfølging av stoffskifteproblemer.	0	0
k4	41	Oppfølging av høyt blodtrykk.	0	1
k5	29	Oppfølging av lavt stoffskifte.	0	4
Gj.sn.	38	-	0	1,6 (2)

Tabell 1: Oversikt over variabler observert for kvinnelige pasienter. Konsultasjonstiden er avrundet til nærmeste hele minutt.

Mannlige pasienter, tabell over faktiske observerte variabler:

Pasient	Total tid på konsultasjon	Problemstilling	Antall bekræftende ”mm” fra legen	Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen
m1	51	Oppfølging kløende utslett.	1	2
m2	22	Anmodning om Viagra.	0	1
m3	41	Oppfølging av medisiner, rehabilitering alkoholiker.	0	2
m4	39	Første møte mellom legen og pasienten, oppfølging av DM type II.	4	6
m5	58	Psykiatrisk samtale samt oppfølging av medisiner.	12	2
Gj.sn.	42	-	3,4 (4)	2,6 (3)

Tabell 2: Oversikt over variabler observert for mannlige pasienter. Konsultasjonstiden er avrundet til nærmeste hele minutt.

Den lengste konsultasjonen blant de kvinnelige pasientene var med pasient k2, se sammendrag i Vedlegg 2 over konsultasjonene for mer informasjon. Denne varte 48 minutter og dreide seg om en kompleks problemstilling. Hovedproblemet var uregelmessige blødninger, men det ble også tatt opp og sett i mulig sammenheng med pasientens fra før av kjente depresjon, behandlet med SSRI² og sovetabletter ved behov, og situasjonen hun befinner seg i sammen med sine barn med den ukjente statusen på asylsøknaden. Konsultasjonen inneholdt ingen klinisk undersøkelse.

² Serotoninreopptakshemmer, antidepressivt legemiddel.

Konsultasjonen med pasient k5 var den korteste blant de kvinnelige pasientene, og varte i 29 minutter og dreide seg om en oppfølging av pasient med lavt stoffskifte. Dette var en enkel problemstilling. Det ble ikke foretatt noen klinisk undersøkelse, og samtalen handlet i grove trekk om doseøkning av medisiner.

I gruppen av mannlige pasienter var den lengste konsultasjonen på 58 minutter. Dette var med pasient m5. Den ble foretatt uten tolk. Problemstillingen var kompleks, da det dreide seg om psykisk samtale med oppfølging og oppstart av medisiner, samt oppfølging av behandling for psoriasis. Legen så på pasientens psoriasis-plakk, det ble ikke foretatt noen klinisk undersøkelse ut over det. Fokuset i konsultasjonen var samtalen, og dette var konsultasjonen der legen brukte desidert flest ”mm” i sin aktive lytterrolle.

Den korteste konsultasjonen blant de mannlige pasientene, konsultasjonen med m2, varte i 22 minutter. Det var en enkel problemstilling der pasienten kom med anmodning om potensmiddel. Det inngikk ingen klinisk undersøkelse i konsultasjonen.

5.2 Andre faktorer

To av faktorene; ”Tid før legen stiller første spørsmål” og ”presentering av problemstilling i første setning” var likt for begge pasientgruppene og uaktuelle å måle, ettersom gangen i konsultasjonene forløp seg på den måten at legen var den parten som åpnet samtalen og presenterte problemstillingen i alle tilfellene.

Seks av 10 pasienter ble undersøkt klinisk; Fordelingen var lik blant kvinner og menn.

5.2.1 Antall bekreftende nikk og ”mm” fra legen

I gruppen kvinnelige pasienter ble det ikke observert noen bekreftende nikk og ”mm” fra legen. Blant konsultasjonene med de mannlige pasientene ble det observert til sammen 17 ”mm” fra legen, der 12 av de var under samme konsultasjon, med m5, som dreide seg om blant annet psykisk samtale, og var den lengste konsultasjonen. Det ble ikke observert noen

nikk fra legen hos noen av pasientene, dermed tas det videre bare utgangspunkt i faktoren ”antall ”mm” fra legen”.

5.2.2 Berøring

Det ble ikke observert noen berøring, definert som fysisk kontakt mellom lege og pasient foruten om håndtrykk og ved klinisk undersøkelse, i noen av gruppene. Avstanden mellom lege og pasient under konsultasjonen var den samme for både de kvinnelige og de mannlige pasientene, denne var fiksert med et bord mellom partene.

5.2.3 Ord på pasientens morsmål

Legen brukte til sammen åtte ord på pasientenes morsmål i gruppen kvinnelige pasienter, gjennomsnittlig ett-to ord per konsultasjon. I gruppen mannlige pasienter brukte legen til sammen 13 ord på pasientens morsmål, noe som var et gjennomsnitt på to-tre ord per konsultasjon.

5.2.4 Tolk

Alle de kvinnelige pasientene hadde tolk tilstede under konsultasjonen, i to av tilfellene var det en mannlig tolk, mens det i tre av tilfellene var kvinnelig tolk. Av de mannlige pasientene hadde tre av dem tolk tilstede, alle disse var mannlige.

5.2.5 Annet

Tre av kvinnene tar opp temaet om maten på mottaket og at de ikke er helt fornøyde med denne. De to resterende kvinnelige pasientene tar opp spørsmål om vitamin D-tilskudd. Tre av kvinnene inkluderer barna sine i samtalen, med anmodninger om tiltak for disse, som mat og vitamintilskudd.

Én av de mannlige pasientene kommenterer at han misliker maten i Norge (m1), en annen at sengen hans er hard (m4). Altså er det to av de mannlige pasientene som kommenterer forhold

på mottaket, sammenlignet med tre av de kvinnelige. Ingen av de mannlige pasientene tar opp spørsmål om vitamin D-tilskudd eller inkluderer eventuelle barn i samtalen.

6 Diskusjon

6.1 Kjønn

Pasientens kjønn ble notert på bakgrunn av pasientens fremtreden og mine egne observasjoner. Det presiseres at pasienten aldri ble spurt om å oppgi sitt kjønn i forbindelse med denne studien. Pasientene er dermed delt inn i ”menn” og ”kvinner” ut fra det kulturelle kjønnnet, uten hensyn til det biologiske. Dersom noen av pasientene er transseksuelle, definerer seg som et andre kjønn eller ikke vil defineres basert på kjønn i det hele tatt, er dette noe som ikke er tatt hensyn til her. Å utføre en større studie der en inkluderer flere typer kjønn ville være interessant, med tanke på om det hadde vært mulig å se noe lignende mønster som i denne studien, men denne ville da også bli mer kompleks. I tillegg ville det bydd på andre utfordringer, da kjønnsidentitet og seksuell orientering er tabubelagt i flere land som det kommer asylsøkere fra.

6.2 Gjennomsnittlig konsultasjonstid

Konsultasjonene er satt opp for å være i en hel klokke time. Etter å ha vært ved transittmottaket igjen et halvt år etter første felt dag, har det skjedd en forandring i måten legetimene blir organisert på, og pasientene må nå selv følge med på en liste som blir hengt opp på utsiden av legekantoret. Det har muligens vært litt vanskelig å innføre det nye systemet, da enkelte pasienter ikke møter til timene sine fordi de ikke er klar over at de har legetime, fordi de ikke har skjont at de må følge med på denne nye listen selv. Dette at pasientene må hentes og følgelig kommer for sent til timen sin, gjorde at legen havnet på etterskudd i timeplanen sin, noe som muligens påvirket tiden på noen av konsultasjonene. Dette gjelder bare de siste observasjonsdataene, altså av de mannlige pasientene, noe som kan ha påvirket resultatene i denne observasjonsstudien. Forandringen som skjedde ville forventes å gå ut over den mannlige pasientgruppen i form av at disse ville få kortere konsultasjonstid. Paradoksalt nok endte den mannlige gruppen opp med lengst gjennomsnittlig konsultasjonstid.

Alle konsultasjonene som ble observert var oppfølginger av pasienter som legen allerede kjente fra før av og tidligere hadde undersøkt, bortsett fra én. Den eneste førstegangskonsultasjonen, pasient m4, dreide seg om en pasient som fra før var diagnostisert med diabetes mellitus type 2, og som gikk på medisiner. Dette ble dermed også en type oppfølging, og konsultasjonen artet seg ganske likt som de andre. Det kan forventes at en førstegangskonsultasjon har en lengre varighet enn en oppfølgingskonsultasjon, men i dette tilfellet varte konsultasjonen kortere enn gjennomsnittlig konsultasjonstid for mannlige pasienter. En mulig tilleggsfaktor som kan bidra til å forklare årsaken til at denne konsultasjonen ikke ble lengre, er forsinkelsene i pasientfremmøtene på grunn av de nevnte misforståelsene rundt systemet for legetimene.

6.3 "Tid før legen stiller første spørsmål" og "presentering av problemstilling i første setning"

Disse variablene viste seg å være vanskelige å skille mellom, da konsultasjonene ikke foregikk på den måten jeg hadde sett for meg at de ville gjøre. Jeg hadde tatt utgangspunkt i hvordan jeg så for meg en konsultasjon i allmennpraksis, der pasienten ofte kommer til time og får presentere problemstillingen, og legen følger opp med relevante spørsmål for å komme nærmere svaret på hva som feiler pasienten. På transittmottaket foregikk konsultasjonene noe annerledes, der de generelt startet med at legen åpnet samtalen og presenterte det han hadde oppfattet som problemstillingen. Dette gjaldt både i de tilfellene der pasienten var kjent for legen fra tidligere og i det tilfellet der legen ikke kjente til pasienten fra før. Alle konsultasjonene jeg observerte forløp seg dermed på denne måten, ved at legen presenterte problemstillingen til pasienten, både til de mannlige og kvinnelige. Dette kan komme av en kombinasjon av flere faktorer; At det er sånn det foregår ved transittmottaket, det kan være legens stil, eller det kan ha noe med kultur å gjøre. G. Fæhn (2017 personlig meddelelse) nevner at vi på medisinstudiet normalt lærer at gangen i en konsultasjon starter med sykehistorie og deretter klinisk undersøkelse, men at det foregår litt på en annen måte med de pasientene han møter, med at pasientene ofte går rett på undersøkelsen ved å vise frem med en gang hvor han/hun har vondt. Dermed kan det tyde på at det ikke bare er ved det ene stedet jeg har samlet inn materiale til denne studien at gangen i konsultasjonen skiller seg fra det en lærer om på medisinstudiet.

I dagens medisingrunnuddanning er det mye fokus på kommunikasjon mellom lege og pasient, og medisinstudentene lærer hvor viktig det er å lytte til pasienten. Det eksisterer en forskjell mellom kvinnelige og mannlige leger for hvor lang tid det tar fra pasienten får begynne å fortelle om hvorfor han/hun kom til legetime, til legen begynner å stille spørsmål, også avhengig av om pasienten er en kvinne eller en mann (22). Dette var altså ikke en faktor jeg kunne ta med og evaluere i min studie for å se om de samme konklusjonene kunne trekkes til å gjelde mannlige og kvinnelige pasienter som er asylsøkere, da pasienten aldri fortalte legen hva som var grunnen til at han/hun kom til time. Det kan være mulig å forklare dette på bakgrunn av kulturforskjeller, der legen i enkelte kulturer har høyere status og det kanskje forventes at legen skal styre konsultasjonen og opptre mer paternalistisk (8).

6.4 Berøring

I følge litteraturen er det en forskjell i hvordan kvinnelige og mannlige leger kommuniserer, også når det gjelder non-verbal kommunikasjon, som bekreftende smil og nikk. Jeg ønsket å undersøke om et slikt mønster kunne sees i denne studien, og prøvde dermed å observere antall berøringer mellom lege og pasient, utenom håndtrykk og klinisk undersøkelse, for å se om det var en forskjell mellom de kvinnelige og de mannlige pasientene. Noen slik fysisk kontakt ble ikke observert, verken hos de kvinnelige eller de mannlige pasientene. Dette kan komme av flere grunner, der én tenkelig er at det ikke hadde vært naturlig i de settingene som forelå. Unødvendig fysisk kontakt er ikke alltid ønsket kontakt, og kanskje er dette noe den aktuelle legen er bevisst på. En annen tenkelig grunn er at et vennskapelig klapp på skulderen eller lignende kan ha forekommet utenfor konsultasjonstiden, altså da jeg ikke var observant nok til å ha plukket opp dette.

6.5 Bekreftende ”mm” fra legen

Det var meget vanskelig som observatør å legge merke til hver gang legen kom med bekreftende ”mm” ved samtale med pasienten. Årsaken kan være min egen uerfarenhet som observatør, der det var flere faktorer jeg forsøkte å få med meg samtidig i løpet av konsultasjonen. Jeg observerte at legen brukte flere bekreftende ”mm” mot slutten av observasjonsstudien, noe som kan ha vært forårsaket av at jeg med tiden hadde blitt dyktigere

i rollen som observatør. I konsultasjonen jeg la merke til flest ”mm” fra legen var med pasient m5, som dreide seg om psykisk samtale. Det var ikke tolk tilstede under denne konsultasjonen. Dynamikken ble dermed annerledes, og legen lyttet aktivt til pasienten i stedet for å høre hva tolken hadde å si på pasientens vegne. Det blir vanskelig å konkludere med at det var mangel på tolk som var årsaken, da den andre konsultasjonen der det heller ikke ble brukt tolk var med pasient m3. Jeg hadde sett for meg at det da muligens kunne latt seg forklare ut fra problemstillingen og samtaleemnet i konsultasjonen, ettersom konsultasjonen med m5 dreide seg om psykiatri, noe som innebærer at samtalen i seg selv og det å lytte til pasienten, anerkjenne vedkommende og de psykiske vanskene er veldig viktig, da dette allerede er nevnt i oppgaven som tabubelagte tema i flere land som asylsøkerne kommer fra. Men konsultasjonen med pasient m3 dreide seg også noe om psykiatri, og det ble ikke observert noen ”mm” fra legen i løpet av denne.

6.6 Tolk

Tolkens kvaliteter, kjønn, ferdigheter osv. kan ikke velges på forhånd av konsultasjonene, da tolk ved transittmottaket blir bestilt basert på språket som skal oversettes og hvilke tolker som mestrer det aktuelle språket som er tilgjengelig ved aktuelt tidspunkt. Dermed kan tolken i seg selv påvirket konsultasjonen og samspillet mellom lege og pasient, og dermed også resultatene i denne studien, på flere måter. Enkelte ganger var det bruk av samme tolk ved flere konsultasjoner. Det er mye som kan trekkes frem og utforskes rundt bruken av tolk, men dette er et helt eget tema om samspill og påvirkning, som ikke var hovedfokus i denne oppgaven. Det bør nevnes at bruk av tolk kan ha påvirket både konsultasjonstiden og samspillet også i de tilfellene der det ikke var tolk til stedet. I denne studien gjelder dette to konsultasjoner, med pasient m3 og pasient m5. Det kan tenkes at det å ikke bruke tolk kan føre til kortere konsultasjonstid, da legen og pasienten kan prate direkte til hverandre og ikke via tolk. Det viste seg imidlertid her at begge konsultasjonene, på henholdsvis 41 og 58 minutter ligger rett ved og langt over den gjennomsnittlige konsultasjonstiden for menn, som var 42 minutter. Et oppstående spørsmål vil dermed være om det muligens hadde vært nyttig å hatt tolk tilstede under disse konsultasjonene, da bruk av profesjonell tolk har vist å redusere kjønnsrelaterte kommunikasjonsbarrierer i situasjoner med fremmedspråklige pasienter (13). Eller det kan være andre årsaker til at disse konsultasjonene ikke er under gjennomsnittstiden, som for eksempel samtaleemnet (se avsnitt ovenfor).

6.7 Klinisk undersøkelse

Den kliniske undersøkelsen bestod i hovedsak av måling av blodtrykk og puls, ellers var det ett tilfelle av palpering og ett av inspeksjon av lokaliserte områder, i tillegg til at kroppsvekt ble tatt av en pasient. Den kliniske undersøkelsen skal være målrettet og basert på anamnesen. Den er dermed ganske ulik fra konsultasjon til konsultasjon, og deler av den starter allerede før selve konsultasjonen, da en ofte får mye informasjon bare ved å se hvordan pasienten kommer seg fra venterommet og til stolen på legekantoret. Å ta tiden på klinisk undersøkelse for å se om det er mulig å finne målbare forskjeller mellom kvinnelige og mannlige pasienter er derfor veldig vanskelig, og var noe jeg ikke fikk til i denne studien, til tross for at jeg forsøkte.

Under konsultasjonen med pasient k3 var det aktuelt med palpering av hals som del av den kliniske undersøkelsen. Jeg hadde sett for meg at dette kunne by på problemer, ettersom pasienten var en kvinne med hijab og den undersøkende legen var en mann. Det kunne tenkes at pasienten ikke ville tillate å bli undersøkt av en mannlige lege. Dette viste seg imidlertid ikke å være et problem; Pasienten løsnet på hijaben sin og ordnet det slik at legen fikk undersøkt halsen hennes. Hun tok også den ene armen sin ut av genseren, under der hadde hun på seg en t-skjorte, slik at legen kunne måle blodtrykket. De andre tilstede i rommet var en kvinnelig tolk og undertegnede.

G. Fæhn (2017 personlig meddelelse) forteller at han som regel ikke opplever noe problem som mannlige lege når det kommer til klinisk undersøkelse av kvinnelige pasienter ved asylinternatet. Han sier at de pleier å samarbeide og tar av seg eventuell hijab, men at det ikke gjøres noen sensitive undersøkelser ved dette stedet, som gynekologiske undersøkelser. De får ha på skjorte når de undersøkes. Det er sjeldent det spørres etter en kvinnelig lege, det har muligens skjedd én gang tidligere i løpet av flere år. A. Kjahl (2017 personlig meddelelse) kan på den andre siden fortelle at det har hent at mannlige asylsøkere har takket nei til å bli undersøkt av henne, nettopp på grunn av at hun er en kvinnelig sykepleier, men at det ikke er ofte at det skjer. Det kan dermed virke som at en kjønnsforskjell mellom lege og pasient ikke er et stort problem, og at helsepersonell legger til rette for at pasientene skal ha det så

behagelig som mulig. Videre ser det ut som at det tas hensyn til pasientens ønske i de sjeldne tilfellene der pasienten har problemer med klinisk undersøkelse i forbindelse med kjønnsforskjellene mellom lege og pasienten selv.

6.8 Innhold i samtalen

I den lengste konsultasjonen blant de kvinnelige pasientene, altså konsultasjon med pasient k2, ble det i tillegg til psykisk helse diskutert uregelmessige blødninger. Pasienten forteller da om sin egen menssyklus til en mannlig lege og mannlig tolk uten at det observeres noen faktorer som tyder på at det er problematisk. Pasienten ser verken brydd eller ukomfortabel ut, det observeres ikke noe annerledes i væremåten hennes enn når de snakker om andre temaer. Pasienten henvendte seg bare til tolken og legen, og det er derfor liten grunn til å tro at jeg som kvinnelig observatør hadde noen positiv innvirkning på dette. En annen faktor var at pasienten kjenner legen godt fra før, de har en tilsynelatende god relasjon og han har behandlet barna hennes tidligere og spør hvordan det går med de. Det tas opp temaer som psykososiale faktorer, som hvordan miljøet er i mottaket og hvordan maten er der.

Tre av de kvinnelige pasientene tok opp spørsmålet om legen kunne gjøre noe med maten i mottaket. Av de mannlige pasientene var det imidlertid kun én som nevnte at han misliker maten i Norge, uten å videre spørre om legen kunne gjøre noe med dette. Legen nevnte til undertegnede i tiden mellom konsultasjonene at de kvinnelige pasientene som regel pleide å spørre han om det var noe han kunne gjøre med maten på mottaket, men at dette ikke som regel var tilfellet med de mannlige pasientene. Det kan dermed virke som at kvinnelige pasienter er mer opptatt av dette enn det de mannlige pasientene er, av ukjente årsaker.

Psykososiale temaer blir oftere tatt opp med kvinnelige leger (12). Dermed var det uventet å kunne se antydningen til et mønster der pasientene tar opp psykososiale faktorer med den mannlige legen. Årsaken til dette mønsteret i denne studien kan være mange. Det kan blant annet tenke seg at gruppen leger som velger å jobbe med asylsøkere og flyktninger, uavhengig av legens kjønn, kanskje allerede har en økt interesse for hele den sammensatte situasjonen til pasienten? Legen som jeg fikk følge ved transittmottaket spør omtrent alle pasientene om de vet noe om asylsaken sin, selv om det ikke er noe han kan gjøre for å

påvirke denne. Til tross for dette tar han opp temaet og viser empati for disse personene som befinner seg i en vanskelig livssituasjon. Jeg tolker dette dit hen at legen vet hvor mye dette har for å si for pasientenes psykiske helse, og at han genuint bryr seg om menneskene som bor på mottaket. I intervjuet som jeg gjennomførte som et forstudium med Gunnar Fæhn og Anne Kjahl ved asylinternatet, sier G. Fæhn (2017 personlig meddelelse) at: ”Når folk kommer med et problem, prøver jeg å finne underliggende årsak. Snakke om hjemlandet og spørre om hvorfor de flykta. Finne ut hvor skoen trykker, hvor tankene deres svever”. Det kan se ut som at dette utsagnet støtter teorien om at disse mannlige legene har en økt interesse for det sammensatte mennesket som er pasienten.

Et fenomen jeg bet meg merke i under utførelsen av denne studien er at de kvinnelige pasientene tok opp problemstillinger angående sine barn, noe som ikke ble observert hos de mannlige pasientene. Det er på den andre siden uklart om noen av de mannlige pasientene hadde barn som de tok seg av. Av samtaletema virket også den kvinnelige pasientgruppen generelt mer interessert i vitamintilskudd. Dersom kvinnene ved mottaket har et større ansvar for og oppmerksomhet mot familiens trivsel, der også ernæring inngår, er det ikke så uforståelig om dette er tema som naturlig blir tatt opp under legekonsultasjonen.

6.9 Sterke sider ved oppgaven

Denne oppgaven har både sterke og svake sider, og en av førstnevnte er at den samme legen ble observert under alle konsultasjonene. I tillegg er observasjonene og målingene utført av den samme personen hver gang, noe som minsker risiko for systematisk forskjell i innsamlingen av informasjonen (observasjonsbias).

Observasjon som metode i studien kan sees på som en styrke i seg selv, da den har gitt tilgang på data som ikke kunne ha fremkommet på annen måte. Det har gitt mulighet til å fange opp flere nyanser som mistes selv i lyd- eller videoopptak; som stemmeleie, stemning i rommet og små, nesten umerkelige kroppsuttrykk, da jeg selv har vært tilstede og med i situasjonene. Det er kompleks menneskelig interaksjon som måles, og jeg har fungert som måleapparatet. Ettersom at jeg merket mulige endringer i hvordan jeg plukket opp forskjellige observasjoner, som at jeg registrerte flere bekreftende ”mm” mot slutten av observasjonene, kan det hende at

lengre tids observasjon kunne styrket kvalitetene mine som et menneskelig måleapparat. Gjennomføring av forstudien med intervju av ressurspersoner kan også sees på som en styrke i denne oppgaven, da jeg allerede før jeg hadde formet en problemstilling måtte sette meg inn i rollen som en slags antropolog.

Et siste element som kan trekkes frem som en styrke er studiedesignet, som ga tilgang på de aktuelle situasjonene som jeg ønsket å observere for å kunne få innsikt i problemstillingen min.

6.10 Svake sider ved oppgaven

Det er flere svakheter ved denne oppgaven som er basert på en liten studie. For det første er observasjonene og målingene er gjort av en uerfaren observatør/forsker, noe som vil føre til at kvaliteten på innhenting av data muligens forbedres noe med tiden, ettersom undersøkerens erfaring med dette vil øke underveis. Dette øker risiko for observasjonsbias. I tillegg noterte jeg så mye som jeg klarte på den analoge notatblokken min i løpet av konsultasjonene. Dette for at jeg skulle få med meg så mye som mulig, og at jeg heller ville risikere å ta for mange notater enn for få. Da jeg senere på dagen satt meg ned for å digitalisere data fra skriveblokken min, sorterte jeg ut enkelte deler informasjon som ikke er like relevant for denne oppgaven. Det at jeg prøvde å notere så mye som mulig under konsultasjonen kan være en faktor som påvirket mine evner til å observere andre variabler som inneholder non-verbal kommunikasjon i observasjonsoppsettet mitt. På den andre siden, kan dette også være en styrke i oppgaven, da det fremkommer av Wadel (6, s. 23 – 24) at det å ta detaljerte feltnotater, spesielt i starten av feltarbeidet, det som gjør det mulig for antropologer å følge sin egen forståelsesutvikling.

En annen svakhet jeg vil legge vekt på er gruppen som ble studert; Jeg hadde planlagt å utføre mine målinger ut fra definisjonsgruppen flyktninger, noe som viste seg å være en stor utfordring som ikke lot seg gjennomføre i praksis. Ettersom flyktninger er bosatte i en kommune og følger fastlegeordningen som alle andre, var det en uforutsigbar tilgang på data. Det ble forsøkt innhentet under et 8 uker langt praksisopphold ved et legekantor i Norge, men det ble bare samlet inn data fra to mannlige pasienter som var flyktninger i løpet av den tiden.

I følge Wadel (6) er samhandlinger som en feltarbeider inngår i, noe som bør foregå på folks egne premisser, det blir dermed vanskelig å planlegge hva som skal skje, og en må ofte ta det en får der og da. En må være fleksibel og i stand til å endre både metoder, det en kan få tilgang til å observere, og teorier og hypoteser (6). Slike ting kan en ofte bli nødt til å endre eller justere på flere ganger underveis, og kan fortone seg som kaotisk både for forskeren selv og andre (6). Jeg måtte stadig endre på større eller mindre elementer i oppgaven min etter hvert som den ble formet, men dette kan da heller sees som en mer naturlig del av studien min, heller enn en svakhet.

Det tredje punktet jeg vil legge frem er det at jeg ikke snevret inn problemstillingen til å gjelde asylsøkere fra et begrenset opprinnelsesland. Hvor pasienten kommer fra kan ha mye å si for hvilken kulturell bakgrunn pasienten har, utdannelsesnivå og forståelse av helse med mer. Et fjerde poeng som er verdt å nevne er inkonsekvensen i bruk av tolk, da dette elementet både kan ha ført til lengre/kortere konsultasjonstid, en unaturlig eller annerledes måte å kommunisere på når det gjelder non-verbal kommunikasjon, som nikk, ”mm” og berøring. I tillegg vil tolkens egenskaper, dersom han/hun var tilstede, kunne tenkes å påvirke samspillet i konsultasjonen.

6.11 Etikk

Det kan være utfordrende å ta hensyn til enkelte individer ved å anonymisere pasienter, leger og enkeltmennesker med tanker og meninger, samtidig som å være åpen om fremgangsmåter, metoder, resultater og mulige årsaker til resultatene samt å gi disse folkene den anerkjennelsen og takknemlighet de fortjener. I Kvale (25) sin bok om intervju tar han opp etiske spørsmål i intervjuundersøkelser, som det har vært fint å kunne støtte seg noe til i denne oppgaven. Selv om han tar for seg intervju som metode, kan det han skriver om være plausibelt for observasjonsstudien min, da dette i likhet med et intervju også kan sees på som et moralsk tiltak, da interaksjon mellom mennesker blir studert. I tillegg består forstudien i denne oppgaven av et intervju med ressurspersoner. Jeg sørget for å innhente godkjenning av sitater og informasjon fra nevnte ressurspersoner før jeg inkluderte dette i oppgaven.

Kvale (25) tar for seg etikkregler og etiske teorier, og diskuterer hvordan disse ikke gir endelige svar, men kan fungere som retningslinjer i løpet av et forskningsprosjekt der en stadig tar normative valg. Et viktig etisk spørsmål i denne sammenheng er det om rapportering. Det handler om dette med fortrolighet og spørsmålet om konsekvensene for de deltakende og den gruppen eller institusjonen som representeres, når informasjon rapporteres og publiseres (25). Det oppstår dermed en stor konflikt mellom det etiske kravet om fortrolighet og de grunnleggende prinsippene for vitenskapelig forskning, da førstnevnte begrenser muligheten for å reprodusere og kontrollere forskningsresultater av andre forskere (25). Det har på den måten vært utfordrende å bevare pasientenes anonymitet for å overholde taushetsplikten i Lov om helsepersonell, kapittel 5, §21, og samtidig presisere den definerte studiepopulasjonen videre og oppgi hva slags problemstillinger som blir tatt opp i konsultasjoner, da dette har vært relevant for om det dreier seg om komplekse eller enkle problemstillinger. Hvilke måneder datainnsamlingsperiodene ble utført har dermed blitt sensurert fra oppgaven, for å sikre at pasientene ikke blir gjenkjennbare. Imidlertid er årstallet for innsamlingen bevart for å bevare åpenhet om metoden. På samme måte er legen som jeg fikk følge, og plassen for innsamlingen anonymisert, av hensyn til pasientene der, og også til legen selv.

Et annet etisk spørsmål som er verdt å nevne er det som følger av en av de etiske retningslinjene for humanistisk forskning, nemlig informert samtykke. Et informert samtykke i denne sammenheng innebærer at forskningsdeltakerne samtykker til å delta i undersøkelsen etter at de har blitt fullt informert om undersøkelsens generelle formål, designet i hovedtrekk samt risiko og fordeler ved å delta (25). En skal også sikre seg deltakerens frivillige deltakelse og dens rett til å trekke seg fra undersøkelsen når som helst (25). Det er en fin balanse mellom å gi en for mye informasjon i detaljer og det å utelate aspekter ved designet (25). Spesielt var det i mitt tilfelle hensiktsmessig å holde noe informasjon tilbake for pasientene, da det kan tenkes at enkelte pasienter muligens ville forsøkt å bruke kortere tid hos legen, kanskje av høflighet, dersom de visste at jeg ville sammenligne tider. Som det fremkommer av Kvale (25) bør enhver villedende informasjon eventuelt korrigeres i ettertid av en undersøkelse. Dette ble ikke gjort i forbindelse med denne oppgaven, og noe av årsaken kan tilskrives at pasientene takket for seg og gikk etter at de var ferdig med konsultasjonen hos legen jeg observerte, uten å virke interesserte i å få noe mer forklart i forbindelse med min

tilstedeværelse. En annen del kan forklares ut fra at legen hadde et tidsskjema som skulle følges, og i tillegg var pasientene der tross alt for å se legen, ikke for å snakke med meg. Det kan diskuteres om jeg burde levert ut skriftlig informasjon på forhånd og eventuelt i ettertid. Å skrive en kontrakt med deltakerne ville vært i god tråd med de etiske retningslinjene og sikret dette med informert samtykke med pasientens rett til å når som helst trekke seg fra undersøkelsen samt fortrolighet. En utfordring med dette ville i så fall være å skrive dette på et språk som pasienten mestrer, i tillegg til at en må sikre seg at pasienten kan lese og skrive. Hjelp fra en tolk hadde imidlertid muligens kunnet bidra til å løse dette.

Når det kommer til stykket er det forskerens personlige egenskaper, som integritet, ærlighet, rettferdighet, kunnskap og erfaring, som er avgjørende for de moralske valg som blir tatt (25). Å kunne støtte seg til etiske retningslinjer og etiske teorier i de sammenhenger der etiske interesser må veies opp mot de vitenskapelige, kan være en god hjelp for å ta riktigst mulig valg, og det å delta i forskningsmiljøer vil gi ytterligere bidrag til bakgrunnskunnskaper (25).

6.12 Mulige implikasjoner av funnene

Funnene i denne studien kan forhåpentligvis kaste lys på et tema som bør undersøkes videre. Det er tidligere forsket en del på kjønnsforskjeller i lege-pasient-relasjonen, men det er enda ikke gjort slike studier der pasientgruppen er immigranter. Kanskje oppgaven kan åpne opp for videre forskning og flere spørsmål som vil ha nytte av å bli besvart innenfor en populasjon som er sårbar. Belysningen av temaet og oppmerksomhet rundt disse kjønnsforskjellene vil også forhåpentligvis føre til en mer selvbevisst lege, som kan bruke dette til det beste for pasientene sine.

Videre relevante forskningsspørsmål vil være hvilke av gruppene som i størst grad benytter seg av helsetjenestene ved asylmottak i Norge; for eksempel om det er noen forskjell i hyppigheten på legebeseøk hos kvinnelige og mannlige asylsøkere. Det ville være interessant å utforske disse kjønnsforskjellene videre i større studier med både mannlige og kvinnelige leger, og kartlegge om dette dreier seg om forskjeller som påvirker helsen til asylsøkere.

7 Konklusjon

Sammenlignet med de kvinnelige pasientene hadde den mannlige pasientgruppen lengst gjennomsnittlig konsultasjonstid, men også størst spredning i tidene mellom de korteste og de lengste konsultasjonene. Som skrevet i innledningen, har det kommet frem at mannlige immigranter har sjeldnere kontakt med helsevesenet sammenlignet med kvinnelige immigranter. Kanskje resultatene i denne studien er et uttrykk for at helsen til denne pasientgruppen kaller på en økt oppmerksomhet. Over halvparten av de kvinnelige pasientene tok opp spørsmål angående sine barn og et par hadde spørsmål om vitamintilskudd, i motsetning til de mannlige pasientene som ikke tok opp dette. Flere kvinnelige pasienter enn mannlige tok opp forhold på mottaket, som misnøye med kosten. Hvis kvinner tar på seg et større ansvar for familiens helse, er det viktig at legen ved mottaket er observant på dette og kan bruke det som en ressurs i samtalen, som vi har sett i eksemplene i denne studien. Funnene i denne studien støtter opp om hypotesen om at kjønn er en faktor som påvirker lege-pasientforholdet. Dette er et område som så vidt har blitt belyst i denne oppgaven, men som har behov for mer forskning.

Litteraturliste

1. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. Health Evidence Network synthesis report 44.
2. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. CMAJ. September 2011;183(12):959-967.
3. Flyktninghjelpen. Begreper om flukt [Internett]. Oslo: Flyktninghjelpen; 12. september 2015 [hentet 28. oktober 2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.flyktninghjelpen.no/nyheter/2015/september/begreper-om-flukt/>
4. WHO Regional Office for Europe. Migration and health: key issues [Internett]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 [hentet 28. oktober 2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>
5. Bahus VB. asylsøker [Internett]. Store norske leksikon; [hentet 1. mai 2019]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/asylsøker>
6. Wadel C. Feltarbeid i egen kultur. 1. rev. utg. Wadel CC, Fuglestad OL. u.s.: Cappelen; 2014.
7. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. Transcultural Psychiatry. April 2012;49(2):149-164.

8. Brink-Muinen AVD, Dulmen SV, Messerli-Rohrbach V, Bensing J. Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices. *Patient Education and Counseling*. December 2002;48(3):253-264.
9. Risør T. Lægens køn er et socialt køn. *Ugeskrift for læger*. 18. juni 2007;169(25):2413-15.
10. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *International journal of epidemiology*. August 2003;32(4):652-657.
11. Johnson JL, Greaves L, Repta R. Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *Int J Equity Health*. 2009;8(14):1-4.
12. Carrard V, Mast MS. The impact of gender stereotypes in patient-physician interactions [Internett]. Sveits: ResearchGate; 2015 [hentet 29. oktober 2017].
Tilgjengelig fra:
https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_63784364A0DA.P001/REF
13. Bischoff A, Hudelson P, Bovier PA. Doctor-patient gender concordance and patient satisfaction in interpreter-mediated consultations: An exploratory study. *Journal of Travel Medicine*. January 2008;15(1):1-5.
14. Spilker RS, Saastad A, Ashraf U, Ekendahl-Dreyer AS, Gupta R. Innvandrer mann – på helsa løs? Minoritetshelse i Dagens Medisin [Elektronisk artikkel]. 13. desember 2017 [Hentet 6. mai 2019];21. Tilgjengelig fra:
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/12/13/innvandrer-mann--pa-helsa-los/>
15. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*. September 2009;76(3):356-60.

16. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *JAMA*. 2002;288(6):756-764.
17. Bernardes SF, Costa M, Carvalho H. Engendering pain management practices: The role of physician sex on chronic low-back pain assessment and treatment prescriptions. *J Pain*. 2013;14(9):931-940.
18. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology*. September 1994;13(5):384-392.
19. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J. The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. September 2009;76(3):348-355.
20. Schmittdiel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP Jr. Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practice. *J Gen Intern Med*. November 2000;15(11):761-769.
21. Risør T. Lægens køn – hvad er problemet? *Ugeskrift for læger*. 19. september 2011;173(38):2329.
22. Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Family Medicine*. July-August 2001;33(7):528-532.
23. Birkeli C. Hvorfor velger mannlige og kvinnelige leger ulike spesialiteter? *Tidsskr Nor Legeforen*. Februar 2019;139(4):371.
24. Schieber AC, Delpierre C, Lepage B, Afrite A, Pascal J, Cases C et al. Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general

practice? Results from the INTERMEDE study. Family Practice. December 2014;31(6):706-713.

25. Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Danmark: Hans Reitzel; 1999.

Referanse: Bernardes SF, Costa M, Carvalho H. Engendering pain management practices: The role of physician sex on chronic low-back pain assessment and treatment prescriptions. J Pain. 2013;14(9):931–40.			Studiedesign: Kase-kontroll
Formål			Grade - kvalitet C
Materiale og metode			Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Undersøke om legens kjønn modererer effektene av pasientens smerteadfærd og diagnostisk bevis på patologi (EP: Evidence of pain) når det kommer til behandling som blir gitt og henvisning for kroniske korsryggsmærter, og å undersøke formidlingsrollen av smertetroverdighet vurderinger og psykologiske tilskudd på disse effektene</p> <p>Konklusjon</p> <p><i>Legens kjønn modererer innflytelsen av kliniske tegn på smertehåndteringspraksis og den medierende rollen av smertevurderinger på disse effektene. Det kan potensielt øke kliniskernes bevissthet om påvirkning av kjønnsforutsetninger for smertehåndteringspraksis og bidra til utvikling av mer kjønnsfølsom tjenesteyting.</i></p> <p>Land</p> <p>Portugal</p> <p>Ar data innsamling</p> <p>2009 og 2010</p>	<p>Populasjon</p> <p>-kase (definisjon/validert?): Mannlige pasienter med kroniske korsryggsmærter med/uten smertepåvirket adferd og med/uten EP</p> <p>-kontroller («fri for sykdom»): Kvinnelige pasienter med kroniske korsryggsmærter med/uten smertepåvirket adferd og med/uten EP</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskriterier. Ikke opplyst om.</p> <p>Hovedeksponering: Pasienter med kroniske korsryggsmærter som ble vurdert hos enten mannlig eller kvinnelig allmennlege</p> <p>Viktige konfunderende faktorer Sosiodemografiske og smerte-relaterte variabler på legens smertevurdering, behandling og henvisning; Ingen signifikante effekter ble funnet og variablene ble dermed ikke inkludert videre i analysene.</p> <p>Statistiske metoder Pearson korrelasjon, t-test, univariate analyser, lineær regresjonsanalyse</p>	<p>Hovedfunn</p> <p>Hvor stor er effekten?</p> <p>- EP effekten var sterkere hos mannlege leger (MEPabsent = 4.37, SDEPabsent = 1.83; MEPpresent = 2.11, SDEPpresent = 1.35), $F(1, 268) = 42.67, P < .001, h2 = .14$ enn hos kvinnelige leger (MEPabsent = 3.82, SDEPabsent = 1.71; MEPpresent = 2.80, SDEPpresent = 1.48), $F(1, 268) = 24.24, P < .001, h2 = .08$</p> <p>CI</p> <p>Ikke oppgitt, ikke relevant</p> <p>Bifunn</p> <p>EP hadde signifikant total effekt på PTP (farmakologisk behandling), men det var ingen signifikant effekt av legens kjønn eller interaksjonsbegrepet. EP hadde også en signifikant effekt på smerte troverdigheten, men igjen var det ingen signifikant effekt av legens kjønn eller interaksjonsbegrepet. Effekten av EP på NPTP (non-farmakologisk behandling) kan se ut til å delvis være mediert av legens kjønn.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet klart formulert? - Ja. • Er kase-kontroll design egnet for formålet? - Ja. Det dreier seg om between-subjects design for å sammenligne to grupper; Mannlege og kvinnelige pasienter som utsettes for enten mannlig eller kvinnelig lege. • Er kase rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykdom.) (seleksjonsbias)* - Ikke godt beskrevet, men de var alle frivillige, og mottok ingen materialistisk eller økonomisk kompensasjon. De ble rekruttert ved forskningsmøter, noe som diskuteres som en svakhet med studien. • Diagnosen validert? (Classific. bias) (prev/insi kase?) - Diagnose satt med EP • Er kontrollene rekruttert på en «god» måte? - På samme måte som kase • Kan det utelukkes at kontrollgr. fri for aktuelle sykdom? (classific. Bias) - Her er kontrollene da basert på kjønn og ikke delt inn pga sykdom. • Var kase-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper?* - Ja, de er hentet fra samme befolkningsgruppe. • Non-responders/nekter å delta – frafalls analyser? Forskjeller kase/kontroll-gruppe?* - Det er ikke opplyst om frafall, i verken kase/kontroll-gruppe • Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer?* - Ja. • Er main exposure validert? (Classific. Bias?) - Ja, på den måten den blir brukt her. • Er gruppene «behandlet» likt – kan påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) - Det man var ute etter her var å se om utfallet ble likt, det er ikke oppgitt om det ble brukt en mal som legene skulle bruke når de vurderte pasientene, men informasjonen og instruksjonene var skriftlige og like. • Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? - De tre første av de fire variablene (EP, smerteadfærd, pasientens kjønn og legens kjønn) var satt opp slik at de ikke var tilfeldige for å unngå konfundering, og dermed kunne teste ut variabelen «legens kjønn» på de to gruppene mannlege og kvinnelige pasienter. • Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classific bias) - Det var ingen eksponering for fare, skade da gruppene ble eksponert for legekonsultasjon. Tiltakene er målt og gradert likt i begge grupper (henvisning/non-farmakologisk behandling/farmakologisk behandling/henvisning) • Var den som målte eksponering/samlet inn data blinda mht hvem som var kase/kontroll? (Classific bias) - Ikke mulig å blinde • Tror du på resultatene? - Ja • Kan resultatene overføres til praksis? - Ja. Det å være klar over det faktum at kvinnelige og mannlege leger behandler pasienter annerledes, kan hjelpe legen til å være mer bevisst på egen praksis. • Støtter litteratruen resultatene? - Ja. <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke - Studien har både teoretisk og praktisk påvirkning • Svakheter - Pasientene ble gitt som nedskrevne caser til legene, noe som gjør den reelle fremstillingen av pasienten (spesielt smerteadfærd) begrenset. - Farmakologisk behandling og non-farmakologisk behandling er ikke spesifiserte, det er dermed vanskelig å si om det samme mønsteret i resultatene ville bli funnet innenfor disse. - En kan ikke forutse om de samme resultatene vil gjelde for andre smertetilstander. - En vet ikke om dette vil kunne gjelde for andre kulturer - Legene ble rekruttert ved forskningsmøter, og en kan dermed ikke se bort fra seleksjonsbias der de som valgte å delta er mer motiverte og involverte i profesjonell selv-aktualisering. <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer?</p> <p>- Ja</p>

Referanse: Mitter LK, Rizzo JA, Horwitz SM. Physician gender and cesarean sections. Journal of Clinical Epidemiology. January 2000;53(2000):1030-1035.		Studiedesign: Kasus-kontroll	
		Grade - kvalitet	
		C	
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Undersøke ikke-medisinske variabler, som legens kjønn, som en potensiell forklarende faktor for valget av å utføre keisersnitt i tre settinger: Universitetspraksis, privat praksis og i helse vedlikehold organisasjon (HMO) praksis.</p> <p>Konklusjon Arbeidet med å redusere forekomsten av keisersnitt må fokusere på videreutdanning av helsepersonell og avgrensning av ikke-kliniske faktorer som viktige elementer ved valg av spesifikke kliniske behandlingsmåter.</p> <p>Land USA, Connecticut.</p> <p>Ar data innsamling 1990 og 1995.</p>	<p>Populasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> -kasus (definisjon/validert?) * Kvinner som føder via keisersnitt. -kontroller («fri for sykdom») * Eksklusjonskriterier: Ikke oppgitt <p>Inklusjons-/eksklusjonskrit. - Inklusjonskriterier: Kvinner som fødte barn enten vaginalt eller via keisersnitt ved Yale-New Haven Hospital i Connecticut, USA.</p> <p>- Eksklusjonskriterier: Ikke oppgitt.</p> <p>Hovedeksponering: Fødsel</p> <p>Viktige konfunderende faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opplæring av nyansatte, som begynner hver juli mnd. - Tidligere keisersnitt (det ble laget en ekstra modell for mødre uten tidligere keisersnitt for å se om viktige forskjeller i resultatene fra modell-estimeringen oppstod). - Pasient-spesifikke variabler: Mors alder, rase, paritet, sivilstatus, geografisk bosted, røyking, misbruk av rusmidler, type forsikring og fødselsår. - Praksissetting: Universitetspraksis, privat praksis eller HMO. - Holdninger hos helsearbeideren, som bekymring for feilbehandling, preferanser angående bekvemmelighet og tidsfordeling, kvaliteten på lege-pasient interaksjonene, hendelse under medisinsk trening, opplevd trygghet av keisersnitt. - Variabler hos legen: Alder, "board certification", utenlandsk utdannelse. - Kliniske karakteristikk av fødselen inkludert komorbiditet, testing indisert føtal risiko, toxemi, multipel gestasjon, tilstedeværelse av blødning eller infeksjon inkl. STD, medfødte anomalier hos den nyfødte og bruken av oxytocin-infusjon. - Klokkeslett for fødselen. <p>Statistiske metoder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Logistisk multivariat regresjonsanalyse. 	<p>Hovedfunn Hvor stor er effekten? (adjusted odds ratio og CI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Odds ratio at en fødsel tatt i mot av en mannlig lege over alle praksissettingene er via keisersnitt er 1.38 (95 % CI: 1.00-1.88). Statistisk signifikant på 5 % nivå. - Odds ratio for mannlige leger i universitetspraksis er 2.82 (95 % CI: 1.43-5.55). Statistisk signifikant på 1 % nivå. - Odds ratio for mannlige leger i privat praksis er 1.65 (95 % CI: 1.05-2.60). Statistisk signifikant på 5 % nivå. - Legens kjønn har ingen merkbart effekt på valget av keisersnitt i HMO setting. <p>Bifunn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kvinner som fødte vaginalt hadde mindre sannsynlighet for å ha hatt en mannlig lege, en lege med "board certification" eller en lege i en undervisningsrolle. - Det er en dramatisk forskjell i karakteristikkene av mødre og nyfødte i praksis-setting; I universitetspraksis var 49,3 % av mødrene som gjennomgikk keisersnitt røykere, noe som var over tre ganger insidensen av røykere i privat praksis og to ganger insidensen i HMO. - Det var høyere insidens av keisersnitt hos leger med variablene "undervisningsrolle" og "board certification". - Føtale karakteristika assosiert med høyere insidens av keisersnitt inkluderer: Abnormal test for føtal velvære og andre føtale komorbiditeter (blødning, medfødte defekter, fødselsskader og multiple graviditeter). - Kveldefødsler hadde mindre sannsynlighet for å være keisersnitt. - Høyere alder hos mor og nulliparitet er assosiert med høyere insidens av keisersnitt. - Mødre som er svarte har mindre sannsynlighet for å få keisersnitt. - Komorbiditet hos moren, klinisk tilsynelatende infeksjon hos mor (for eksempel STD) og toxemi (er faktorer som er assosiert med signifikant høyere sannsynlighet for keisersnitt. 	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er formålet klart formulert? - Nei. - Er kasus-kontroll design egnet for formålet? - Ja. - Er kasus rekruttert på en «god» måte? (Alle i en tidsperiode/grader av sykd.) (seleksjonsbias)* - Ja, medisinske journaler hentet likt ut fra februar, mai, august og november for å balansere effekten av opplæring av nyansatte i juli. - Diagnosen validert? (Classific. bias) (prev/insi kasus?) - Ikke aktuelt. Kasus er de som føder gjennom keisersnitt, opplysninger om dette hentet ut fra medisinske journaler. - Er kontrollene rekrutterte på en «god» måte? - På samme måte som kasus. - Kan det utelukkes at kontrollgr. fri for aktuelle sykdom? (classific. Bias) - Feil i journaler kan jo skje, men det er lite sannsynlig at det vil være i en så stor grad at det ville ført til classific. Bias. - Var kasus-kontrollgruppene hentet fra sammenlignbare befolkningsgrupper?* - Ja. - Non-responders/nekter å delta – frafalls analyser? Forskjeller kasus/kontroll-gruppe?* - Ikke oppgitt. - Er gruppene sammenlignbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer?* - Uklart, da kvinner med høyriskosvangerskap og komplikasjoner uavhengig vil ha høyere sannsynlighet for keisersnitt. - Er main exposure validert? (Classific. Bias?) - Ja. - Er gruppene «behandlet» likt – kan påvirke «exposure»? (deteksjonsbias?) - Nei. - Har forfatterne tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/analyse? - Både ja og nei. Det er brukt multivariat logistisk regresjonsanalyse og i utfallet for hele data-settet kommer det ikke frem om de har inkludert/ekskludert kvinner som tidligere har hatt keisersnitt, noe de har angitt som en uavhengig variabel for økt sannsynlighet for keisersnitt. Det kan dermed tenkes at de er inkludert, siden det er snakk om "hele data-settet", i såfall er det ikke tatt hensyn til denne uavhengige variabelen. I tillegg er hovedfunnene med odds ratio for mannlige leger i de tre forskjellige praksissettingene oppgitt i teksten for gruppene der alle pasientene er inkludert (altså er kvinner med tidligere keisersnitt inkludert). Det kan derfor stusses over hvorfor tallene for gruppene med kvinner uten tidligere gjennomgått keisersnitt er oppgitt, men ikke tatt for seg i teksten eller blitt kommentert. - Er eksponering for fare, skade, tiltak målt og gradert likt i begge gruppene? (Classific bias) - Nei, slik eksponering er ikke målt eller gradert i noen grupper. - Var den som målte eksponering/samlet inn data blinda mht hvem som var kasus/kontroll? (Classific bias) - Ikke aktuelt. - Tror du på resultatene? - Til en viss grad. - Kan resultatene overføres til praksis? - En må først finne årsaken til hvorfor mannlige leger oftere velger keisersnitt enn kvinnelige leger. I introduksjonsdelen i denne artikkelen opplyses det at kvinnelige obstetrikere muligens har bedre informasjon om kostnader og fordeler av de alternative måtene å føde på og i tillegg muligens er bedre til å kommunisere denne kunnskapen til pasientene. I diskusjonsdelen fastslås det at kvinnelige leger har en bedre medfødt forståelse av den kvinnelige kroppen og dens fysiske prosesser, som fødsel, og at de også kommuniserer og utdanner pasientene sine før og under fødselen mer effektivt enn deres mannlige kolleger. Dersom det er slik, kan det muligens overføres til praksis ved å forsøke å øke informasjon og kommunikasjonsevne hos mannlige obstetrikere. - Støtter litteraturen resultatene? - Tidligere forskning på legens kjønn og sammenheng med valg av keisersnitt har funnet liten assosiasjon. - Annen litteratur har vist at legens kjønn har noe å si når det kommer til kirurgi, da kvinnelige leger har rapportert utførelse av halvparten så mange hysterektomier som mannlige leger (fra diskusjonsdelen i denne artikkelen). Dette kan tenkes å støtte resultatene i denne studien. <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styrke - Materiale hentet fra pasientjournaler ved et stort henvisningscenter, som gir klinisk informasjon og nøyaktighet fra detaljerte pasientjournaler fra en erfaren lege. - Forskerne har testet for forskjeller i legens kjønn på tvers av praksissettinger. - Svakheter - Dataene er mindre generaliserende, da de ikke er hentet fra flere stater. - Den tilgjengelige datamengden fra HMO-pasienter var relativt liten, så disse resultatene bør tolkes med forsiktighet. <p>Har resultatene plausible biologiske forklaringer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja. Det diskuteres også i artikkelen at disse kjønnsforskjellene likner de man observerer i allmennpraksis, der kvinnelige allmennleger tilbyr sine kvinnelige pasienter flere kjønns-spesifikke forebyggende tilbud, som mammografi og celleprøve, sammenlignet med mannlige allmennleger.

Referanse: Borges NJ, Navarro AM, Grover AC. Women physicians: Choosing a career in academic medicine. Academic Medicine. January 2012;87(1):1-10.			Studiedesign: Kohortestudie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Grade - kvalitet ^B
			Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Øke forståelsen for hvorfor, hvordan og når kvinnelige leger begir seg ut på karrierer i akademisk medisin.</p>	<p>Populasjon: Kvinnelige leger som arbeider ved medisinske fakulteter i sentrale- og sørlige regioner i Statene.</p> <p>Kohorter: Det ble bare sett på denne ene gruppen av kvinnelige leger som man ønsket å undersøke.</p> <p>Hoved utfall: Karriere i akademisk medisin.</p> <p>Viktige konfunderende faktorer: Etnisitet, spesialitet og akademisk rang.</p> <p>Statistiske metoder: Ingen bruk av statistiske metoder i denne kvalitative studien.</p>	<p>Hovedfunn</p> <p>Between exposures/unexposed: Rate/proportion/ratio/rate difference How strong is the association (RR)? What is the absolute risk reduction (ARR)? CI (wide/narrow) Dose-response?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble funnet 5 hovedtemaer for hvorfor de intervjuede kvinnene hadde valgt å gå inn i akademisk medisin: (1) "fit"/"passende", med undertemaene prestisje, personlighet, interesse og lønn som et ikke-problem, (2) miljøet ved det akademiske helsesenteret, (3) innflytelsen av mennesker i livet deres, (4) eksponering for akademisk medisin og (5) interesse for praktisering av klinisk medisin. - Det ble funnet 5 hovedtemaer for hvorfor deltakerne valgte akademisk medisin: (1) skifte av spesialitet, (2) misnøye med tidligere karriere, (3) emosjonalitet, med undertemaene affinitet og frykt, (4) foreldrenes innflytelse og (5) måter å ta en beslutning på, med undertemaene tilfeldig/passiv, reflekterende/intuitiv, aktiv/planlagt, og "foreclosure"/aldri sett for seg noe annet. - Det ble funnet 4 hovedtemaer for hvorfor deltakerne valgte akademisk medisin: (1) som praktiserende lege, (2) som stipendiat, (3) som turnuslege og (4) som medisinstudent. <p>Bifunn</p> <p>Det ble også spurt deltakerne om hva de visste om fellet akademisk medisin under utdannelsen og opplæringen, og funnene var at de visste svært lite angående karrierer i akademisk medisin under studiene (de så på seg selv som "naive"), og at de visste litt mer som turnusleger.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formålet klart formulert? - Ja. • Er gruppen rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? (seleksjons bias) - Ikke aktuelt, da det bare finnes én gruppe i denne studien. • Var gruppen sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias)* - Ingen grupper ble sammenliknet. • Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon?* - Ja, de er representative for kvinnelige leger innenfor akademisk medisin i sørlige og sentrale deler av Statene. • Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? (Classification bias)** - Det er bare studert én gruppe. Eksposisjon og utfall ble målt likt og pålitelig blant alle individene i undersøkelsen. Det ble laget en kodebok basert på konsensus for å kvalitativt evaluere transkriptene, deretter gikk en av forskerne gjennom alle de kodede transkriptene for å verifisere koding og løse eventuelle diskrepanser. • Er den som vurderte resultatene (endepunkt-ene) blindet for gruppetilhørighet?* - Ikke aktuelt. • Var studien prospektiv? - Nei, den var retrospektiv. • Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (Attrition bias/follow-up-bias) - Ingen oppfølging. 53 personer ble intervjuet. • Er det utført frafallanalyser? (Eval. attrition bias) - Nei. Men det er gjort rede for antall ledere ved ulike fakulteter som ble kontakten (73), antall som svarte med utlevering av lister over ansatte ved fakultetet (7 = 9,6 %), antall kvinnelige leger som ble kontakten (81) og hvor mange av dem som ble intervjuet (53). • Var oppfølgingsstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? - Ikke aktuelt. Intervjuten varte fra 10 til 45 minutter. • Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring/analyser? - Ja; Dersom det for eksempel var tre kaukasiske kvinner ved en skole, brukte de en randomisert prosess for å velge en deltaker fra denne gruppen for å sørge for mangfold i utvalget av deltakere. • Tror du på resultatene? -Bradford Hills criteria (time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency....) - Ja. • Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? - Nei, dette er resultater som gjelder for denne gruppen mennesker. Forskerne mener at disse resultatene kanskje ikke kan generaliseres til alle kvinner innenfor akademisk medisin. • Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? - Annen litteratur på området svekker ikke resultatene. • Hva betyr resultatene for endring av praksis? - Å eksponere/introdusere medisinstudenter og turnusleger for karrieremuligheter som inkluderer akademisk medisin, kan være positivt for å vekke oppmerksomhet og potensiell interesse tidligere. <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke - Studien gir et innblikk i prosessen av å velge akademisk medisin som karriere. Den hjelper til med å fylle et tomrom i litteraturen og bidrar til et undersøkelsesområde som i stor grad trenger ytterligere undersøkelser. - Forskerne utviklet en kodebok (for å kvalitativt evaluere transkriptene) gjennom konsensus og en av forskerne i gruppen så gjennom vurderingene til de andre gruppemedlemmene, for å verifisere kodingen og å løse eventuelle diskrepanser. - Det ble forsøkt å samle en representativ gruppe av kvinnelige leger basert på akademisk rang, spesialitet og etnisitet. • Svakhet - Selv om hele kodeboken ble gjennomgått og godkjent av et annet medlem i gruppen, ville kanskje andre forskere identifisert andre temaer og undertemaer. - Da kvalitativt arbeid fokuserer på opplysninger om et fenomen, kan resultatene av denne studien kanskje ikke generaliseres til alle kvinner i akademisk medisin. - Tross forsøket på å skaffe en representativ gruppe, ble ikke nødvendigvis alle perspektivene fanget opp. - Gruppen som ble studert inkluderte bare kvinnelige leger i sørlige og sentrale deler av Statene. - Kvinnene i denne studien valgte selv om de ville delta. Det var flere som fikk tilbud om å delta, men som valgte å ikke gjøre dette av ukjente grunner. - Det er ikke intervjuet mannlige leger som jobber innen akademisk medisin, en slik studie kunne gitt ytterligere innsikt i forskjeller og likheter i hvordan menn og kvinner velger en karriere innen akademisk medisin.
Konklusjon			
<p><i>Valget av en karriere i akademisk medisin er sterkt påvirket av miljøet en trener på å praktisere i, og av folk –det være seg fakultetsmedlemmer, mentorer, rollemodeller eller familje. En interesse for å undervise er en primær årsak til at kvinner velger en karriere innen akademisk medisin. Mange kvinnelige leger som går inn i akademisk medisin velger å gjøre dette etter eller under stipend, som er det tidspunktet der de ble mer oppmerksomme på akademisk medisin som en mulig karriere. For mange kvinner som valgte akademisk medisin, var det ikke nødvendigvis en aktiv, planlagt beslutning, men heller en tilfeldighet eller som resultat av omstendigheter.</i></p>			
Land			
Amerika (United States).			
År data innsamling			
2010			

Referanse: Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994-2014. Tidsskr Nor Legeforen. 2016;136(16):1355-1359.			Studiedesign: Kohortestudie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Grade - kvalitett ^B
			Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Beskrive utviklingen i samlet ukearbeidstid og tid brukt på direkte pasientarbeid fra 1994 til 2014 for leger i ulike stillingsgrupper og fagområder i Norge.</p> <p>Konklusjon</p> <p><i>Legenes totale arbeidstid er praktisk sett uendret fra 1994 til 2014, men tiden brukt til direkte pasientarbeid er redusert. Særlig gjelder dette sykehuslegene. Voksene krav til dokumentasjon, strukturelle endringer i helsefjenestens organisering, nedgang i legeproduktiviteten, svakhet i elektroniske systemer, økende grad av funksjons- og oppgavedeling mellom helsepersonellgrupper og -ikke minst - økende løgøtthet kan forklare noe av denne nedgangen, i tillegg til en betydelig økning i antall sykehusleger.</i></p> <p>Land</p> <p>Norge.</p> <p>Ar data innsamling</p> <p>1994, 2000, 2006, 2010 og 2014.</p>	<p>Populasjon: Norske leger som er yrkesaktive i Norge.</p> <p>Kohorter: Heltidsansatte fra legeforskningsinstituttets legepanel, som er et utvalg på omtrent 1600 yrkesaktive leger. Utvalget representerer en ubalansert kohort - ved at deltakere som etter hvert forlater panelet blir erstattet av yngre leger, samtidig som man hele tiden beholder utvalgets representativitet.</p> <p>Hoved utfall: Samlet ukearbeidstid og tid brukt på direkte pasientarbeid.</p> <p>Viktige konfunderende faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alder - Kjønn <p>Statistiske metoder</p> <p>For å estimere samlet ukearbeidstid og tid brukt på direkte pasientarbeid for leger i heltidsstilling er det brukt generell lineær modellering, med alder og kjønn som kovariater og hovedstilling som fast faktor. Separate analyser for heltidsansatte sykehusleger på ulike fagområder, der fagområde ble satt som fast faktor og kjønn og alder som kovariater.</p>	<p>Hovedfunn</p> <p>Between exposures/unexposed: Rate/proportion/ratio/rate difference How strong is the association (RR)? What is the absolute risk reduction (ARR)? CI (wide/narrow) Dose-response?</p> <ul style="list-style-type: none"> - I perioden 1994-2014 holdt den samlede ukearbeidstiden seg stabil for de fleste leger, bortsett fra at det var en signifikant nedgang for leger i akademiske stillinger med omtrent fem timer. Ledere i sykehus, fastleger og leger i akademiske stillinger hadde lengst arbeidsuke. - Tiden brukt til direkte pasientarbeid gikk ned i alle grupper, men nedgangen var marginal blant fastleger (73% versus 69%), privatpraktiserende spesialister (75% versus 72%) og leger i akademiske stillinger (19% versus 13%). - Kommuneleger (63% versus 38%), legeledere (50% versus 28%), overleger og leger i spesialisering (61% versus 46%) og leger i administrative stillinger (20% versus 2%) rapporterte derimot en betydelig nedgang i 20-årsperioden. Nedgangen var større i perioden 2000-14 enn den var i perioden 1994-2000. - Tid brukt til direkte pasientarbeid for sykehusleger på ulike fagområder: Leger i laboratoriefag hadde nedgang fra 53% til 24% for ledere og fra 62% til 44% for overleger og leger i spesialisering. - Indremedisinske fag (52% versus 32% for ledere og 61% versus 43% for overleger og leger i spesialisering), kirurgiske fag (53% versus 40% for ledere og 69% versus 52% for overleger og leger i spesialisering) og for leger i psykiatrien (30% versus 19% for ledere og 46% versus 41% for overleger og leger i spesialisering). - CI ikke oppgitt, men det er oppgitt at testing av statistisk signifikans for intervallvariabler og proporsjoner ble gjort ved å vurdere om 95%-konfidensintervallene overlapper hverandre. <p>Bifunn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Overleger og leger i spesialisering innen kirurgiske fagområder hadde signifikant flere ukearbeidstimer enn sine kolleger i psykiatri i 1994, 2000, 2006 og 2014. - De ujusterte tallene viser at det særlig var kvinnelige overleger og leger i spesialisering i de indremedisinske fagene som hadde noe lavere ukearbeidstid (43,7 t mot 47,1 t for menn), men altså ingen signifikant forskjell i pasienttid. 	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formålet klart formulert? - Ja. • Er gruppene rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? (seleksjons bias) - Ja. • Var gruppene sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias)* - Ja. • Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon** - Ja, kohortene var representative for den definerte populasjonen. • Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? (Classification bias) ** - Eksposisjon og utfall ble målt likt (selvrapportert og selv-kvalitetssikret) for alle individene i alle gruppene i undersøkelsen. • Er den som vurderte resultatene (endepunkt- ene) blindet for gruppetilhørighet*** - Ikke aktuelt. • Var studien prospektiv? - Ja. • Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (Attrition bias/follow-up-bias) - Ja. Omtrent 1600 personer er fulgt opp, gruppen ble utvidet med ca. 400 leger i 2000, med ca. 250 leger i 2008 og med ca. 270 leger i 2012. • Er det utført frafallanalyser? (Eval. attrition bias) - Ja. 590 leger er tatt ut av panelet på grunn av yrkesslutt, frivillig avgang eller død. • Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? - Ja, 20 år er lang nok tid til å påvise utfall. • Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring/analyser? - Ja, faktorene er tatt hensyn til i den statistiske modelleringen. • Tror du på resultatene? - Bradford Hills criteria (time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency,...) - Ja. • Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? - Nei, men resultatene kan overføres til norske leger som arbeider i Norge. • Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? - Det finnes annen litteratur som styrker resultatene. • Hva betyr resultatene for endring av praksis? - Det vises i artikkelen til studier om et økende behov for tid til dokumentasjon, rapportering og coding i helsevesenet, og at legene har overtatt oppgaver som tidligere ble gjort av merkantilt personell. I en undersøkelse i 2014 om elektroniske journalsystemer i sykehus i regi av Legeforeningen rapporterte nesten syv av ti sykehusleger at tid brukt på dette går på bekostning av pasientbehandlingen. Dette bør gjøres noe med på et høyere nivå, da det er paradoksal at krav om rapportering og dokumentasjon for å sikre god kvalitet på behandlingen fører til dårligere behandling i å med at omsorgen for pasientene blir dårligere pga. tidspress, og fordi en stor del av arbeidstiden går med til administrasjon og dokumentasjon. <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke - Gjentatte målinger og det at respondentene er tilnærmet representative for yrkesaktive leger i Norge, noe som gir godt grunnlag for generalisering av resultatene til alle yrkesaktive leger. - Svarprosentene ligger mellom 67 og 95. - Det har hele tiden ligget en innebygd kvalitetskontroll i at hver enkelt lege skal summere sine egne tidskomponenter til et samlet uketimetall. - Det er i stor grad de samme legene som rapporterer ved hvert måletidspunkt, noe som øker reliabiliteten på disse dataene betydelig, ettersom hver lege dermed også blir sin egen kontrollperson. • Svakhet - Selvrapportert tidsbruk for de enkelte arbeidskomponentene kan være upresis. - Uvisshet i om det i utvalget var en tendens til å over-/undervurdere de ulike arbeidskomponentene eller om det finnes stillings- eller spesialitetsrelaterte forskjeller i selvrapportering. - Presisjonsnivået av arbeidskomponenter kan muligens bli bedre. - Den relativt store variasjonen i hva den enkelte lege inkluderer i begrepet "pasientarbeid" gir metodiske utfordringer. - Andre variabler som kan påvirke tidsbruken, som bemanning, oppgavefordeling og organisering av arbeidsdagen finnes det ikke data på i dette materialet.

Referanse: Norredam M, Agyemang C, Hansen OKH, Petersen JH, Byberg S, Krasnik A et al. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. Tropical Medicine and International Health. August 2014;19(8):958-967.			Studiedesign: Kohortestudie
Formål	Materiale og metode	Resultater	Grade - kvalitet ^C
			Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Undersøke den potensielle rollen til "healthy migrant effect" (HME) ved å vurdere assosiasjonen mellom oppholdsvarighet og sykdomsforekomst.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Analysen impliserer at når man forklarer innvanderers fordelaktige helsemessige utfall, bør HMEs herskende teori brukes med forsiktighet.</p> <p>Land</p> <p>Danmark.</p> <p>År data innsamling</p> <p>Det er opplyst om at studien ble avsluttet i 2010.</p>	<p>Populasjon:</p> <p>Innvandrere i Danmark.</p> <p>Kohorter:</p> <p>Alle flyktninger og familiegjenforente innvandrere, minst 18 år gamle, som fikk oppholdstillatelse i Danmark mellom 1. januar 1993 og 31. desember 2010.</p> <p>Hoved utfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose på en av de valgte sykdommene, delt inn i følgende diagnostiske kategorier: Diabetes, slag, iskemisk hjertesykdom, tuberkulose, HIV/AIDS, brystkreft og lungekreft. - Emigrasjon/utvandring. - Studieslutt (31.12.10). - Død. <p>Viktige konfunderende faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opprinnelseslandet til innvandreren. - Alder. - Kjønn. - Sosioøkonomisk status. - Årsak til migrering. <p>Statistiske metoder</p> <p>Hazard ratio (HR) og 95% CI for sykdomsutfall for alle subgruppene flyktninger og familiegjenforente ble estimert etter lengde på opphold ved å bruke tre tidshorisonter: (1) 0-5 år, (2) 0-10 år og (3) 0-18 år. HR ble estimert ved Cox proportional-hazards models, stratifisert for migrant status og justert for alder og kjønn.</p>	<p>Hovedfunn</p> <p>Between exposures/unexposed: Rate/proportion//ratio/rate difference How strong is the association (RR)? What is the absolute risk reduction (ARR)? CI (wide/narrow) Dose-response?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sammenlignet med danske-fødte individer, hadde flyktninger og familiegjenforente lavere HR for slag og brystkreft innen 5 år etter innvilget oppholdstillatelse. Men HR økte ved lengre oppfølgingstid. - HR for slag blant flyktninger økte fra 0.77 (95% CI: 0.66; 0.91) til 0.96 (95% CI 0.88; 1.05). - For iskemisk hjertesykdom og diabetes hadde flyktninger og familiegjenforente høyere HR innen 5 år etter innvilget oppholdstillatelse, og de fleste HR hadde økt innen slutten av oppfølgingstiden. - HR for iskemisk hjertesykdom blant familiegjenforente økte fra 1.29 (95% CI: 1.17; 1.42) til 1.43 (95% CI: 1.39; 1.52). - HR for diabetes blant mannlige flyktninger økte fra 2.06 (95% CI: 1.87; 2.25) til 2.32 (95% CI: 2.10; 2.37), hos kvinnelige flyktninger fra 2.76 (95% CI: 2.48; 3.07) til 3.00 (95% CI: 2.77; 3.22). - HR for brystkreft blant familiegjenforente økte fra 0.44 (95% CI: 0.34; 0.56) til 0.69 (95% CI: 0.60; 0.79). HR for lungekreft blant mannlige flyktninger sank fra 1.69 (95% CI: 1.27; 2.25) til 1.51 (95% CI: 1.27; 1.80). HR for lungekreft blant kvinnelige flyktninger sank fra 0.89 (95% CI: 0.59; 1.33) til 0.74 (95% CI: 0.57; 0.95). - Derimot viste HR for tuberkulose og HIV/AIDS en konsekvent reduksjon over tid. - HR for tuberkulose blant familiegjenforente sank fra 39.50 (95% CI: 31.60; 43.37) til 25.76 (95% CI: 21.93; 30.25). - HR for HIV/AIDS blant flyktninger sank fra 6.13 (95% CI: 4.89; 7.67) til 4.22 (95% CI: 3.55; 5.02). <p>Bifunn</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formålet klart formulert? - Ja. • Er gruppen rekruttert fra samme populasjon/befolkningsgruppe? (seleksjons bias) - Ja. • Var gruppen sammenliknbare i forhold til viktige bakgrunnsfaktorer? (seleksjons bias)* - Nei. • Var de eksponerte individene representative for en definert befolkningsgruppe/populasjon?* - Ja; De eksponerte individene var fra en så stor gruppe at de er representative for denne definerte sammensetningen av populasjon innenfor den definerte tidsrammen for når de ankom landet (1980-tallet). • Ble eksposisjon og utfall målt likt og pålitelig (validert) i de to gruppene? (Classification bias) ** - Ja. • Er den som vurderte resultatene (endepunkt-ene) blindet for gruppetilhørighet?* - Nei. • Var studien prospektiv? - Ja, det ble utført en historisk prospektiv kohortstudie. • Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (Attrition bias/follow-up-bias) - Ja. 114 331 innvandrere, inkludert 43 992 flyktninger og 70 339 familiegjenforente innvandrere ble fulgt opp. • Er det utført frafallanalyser? (Eval. attrition bias) - Ja. • Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? - Ja. • Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/gjennomføring/analyser? - Både ja og nei: Det er lagt frem oversikt over karakteristika til alle individene i kohorten; Hvor de kommer fra, migrantstatus, alder og kjønn. Det er ikke tatt hensyn til sosioøkonomisk status. • Tror du på resultatene? -Bradford Hills criteria (time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency....) - Ja. • Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? - Nei. • Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? - Annen litteratur har også kommet frem til at HMO ikke er en valid teori. • Hva betyr resultatene for endring av praksis? - Dette vil ikke endre praksis, men kartlegging av sykdommer som innvandrere er mer disponible for enn majoriteten i landet, kan være et godt bidrag til å forbedre flyktningehelse med tanke på forebyggende tiltak med mer. <p>Hva diskuterer forfatterne som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke - Unik evne til å identifisere og følge en stor kohort av innvandrere basert på informasjon fra Danish Immigration Service, som tillater inndeling etter migrantstatus og opprinnelsessted. Det er også blitt linket til landsdekkende National Danish Patient Registry, som som har innhentet data på pasientkontakt for en rekke diagnoser. • Studien er basert på en relativt stor kohort. • Svakheter - Selv om studien er basert på en stor kohort, ble det absolutte antallet noe lite da spesifikke sykdommer ble undersøkt og når det ble stratifisert for migrantstatus. Det var derfor ikke mulig å gå utover de store diagnostiske kategoriene som ble analysert, og funnene kan dermed ikke generaliseres videre. - Det ble ikke kontrollert for sosioøkonomisk status. - Det ble bare inkludert individer som fikk oppholdstillatelse inntil 7 år (som er noe flyktninger mottar før de får permanent oppholdstillatelse), dermed inkluderer det ikke "gamle" arbeidsinnvandrere fra 1960- og 1970-tallet eller "nye" arbeidsinnvandrere fra 1990-tallet og utover. Dette begrenser naturlig nok den eksterne validiteten til studien).

Vedlegg 1:

Mal for intervju

1. Møter du mange flyktninger i jobbsammenheng i løpet av en dag på allmennkontoret ditt?
2. Hva anser du som en viktig problemstilling i dine møter med flyktninger i primærhelsetjenesten i Norge?
3. Møter du omtrentlig flest menn/kvinner av pasienter som er flyktninger?
- Eventuelt oppfølgingsspørsmål: Hvorfor er det skjev kjønnsfordeling?
4. Har kjønnen på pasienten noen betydning for
- Fremgangsmåten du har ved konsultasjonen?

- De konklusjoner du trekker?

- Behandlingen du gir?
5. Har du selv lagt merke til en forskjell i hva som presenteres av plager hos mannlige/kvinnelige pasienter?
6. Syns du selv det er lettere med mannlige/kvinnelige pasienter?
- Oppfølgingsspørsmål: Hva tror du selv dette kommer av?
7. Har det noen gang hendt deg at en pasient ikke har villet la seg behandle av deg på grunn av kjønnsulikhetene dere imellom?
8. Har det vært spesielle situasjoner der du har merket at forskjeller i kultur har vært en barriere, uavhengig av kjønn?
9. Opplever du selv at du angriper problemstillinger annerledes når det kommer til flyktninger/asylsøkere når det er snakk om å ta tak i
- Akutte/kroniske plager?

- Fysiske/psykiske plager?

- Behandlende/forebyggende tiltak?
10. Er det noen spørsmål du selv føler mangler her?
11. Dere får ganske mange sterke historier servert fra pasienter som har vært gjennom forferdelige hendelser. Påvirker dette dere på noen måte?
12. Kvinnelige leger får mer informasjon om psykososiale faktorer enn det mannlige leger, muligens fordi pasienten tror at de mannlige legene ikke bryr seg om slikt. Tror

dere at det faktisk er sånn?

Vedlegg 2:

Sammendrag av konsultasjoner observert

Innsamlingssted 1: Ved transittmottaket

1. Pasient (k1): Oppfølging hepatitt B³ (HBV). Pasienten er en middelaldrende kvinne. Hun snakker portugisisk. Tolken er spansk, mann. Pasienten er ikke syk, leverprøver er ok.
 - Total tid brukt på konsultasjon: 43 minutter og 34 sekunder.
 - Undersøkelse: Måling av blodtrykk (BT).
 - Samtale om HBV og smitteåter (blodgiving og seksuell kontakt), til slutt spør pasienten om legen kan gjøre noe med maten på mottaket da denne gir henne mageproblemer.
 - Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen: 3.
 - Nonverbal kommunikasjon: Legen gir pasienten tommel opp 3 ganger.
2. Pasient (k2): Oppfølging av uregelmessige blødninger. Pasienten er en middelaldrende kvinne. Mannlig tolk. Jeg får være med siden jeg er kvinne. Pasienten har fra før vært plaget med depresjon, behandlet med SSRI og sovetabletter ved behov. Har barn.
 - Total tid brukt på konsultasjon: 47 minutter og 34 sekunder.
 - Undersøkelse: Ingen.
 - Samtale om menssyklus, psykiske plager og følelser, legen spør om barna hennes. Spørsmål om psykolog kommer opp, noe pasienten vil til, men legen forklarer at det er lang ventetid og hun får tilbud om å komme til dem på legekantoret for å prate om hun skulle ha lyst. Pasienten tar også opp dette med at maten på mottaket ikke står til forventningene.
3. Pasient (k3): Oppfølging av stoffskifteproblemer. Pasienten er en middelaldrende kvinne. Tolken er en kvinne. Kort problemstilling. Hashimoto⁴ påvist i hjemlandet, ikke kontrollert de siste 2 årene pga. uroligheter i landet.

³ Virusinfeksjon som gir en betennelsestilstand i leveren, finnes både i en akutt og i en kronisk form.

⁴ Dannelse av antistoffer mot thyreoidea (skjoldbruskkjertelen) som gir en kronisk betennelse, tyreoiditt, en årsak til lavt stoffskifte.

- Total tid brukt på konsultasjon: 30 minutter og 13 sekunder.
 - Undersøkelse: Måling av BT, palpasjon av hals og puls i arteria radialis⁵. (Pasienten bruker hijab, men løsner på denne så legen får undersøke).
 - Samtalen er veldig rett på sak. På slutten av timen spør pasienten om maten ved mottaket, ønsker legeerklæring på ekstra yoghurt til sin datter som er 5 mnd. gammel.
4. Pasient (k4): Oppfølging av høyt BT. Pasienten er en ung kvinne. Kvinnelig tolk.
- Total tid brukt på konsultasjon: 40 minutter og 52 sekunder.
 - Undersøkelse: Måling av BT.
 - Samtale om pasientens medisinliste, hun har ført opp både sine egne og de hennes barn har brukt, om symptomene hennes og hva hun gjør når de dukker opp, og faktorer som kan gi BT-stigning. Pasienten tar også opp om hun selv og barna bør begynne med vitamin D-tilskudd.
 - Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen: 1.
5. Pasient (k5): Oppfølging av pasient med lavt stoffskifte. Pasienten er en middelaldrene kvinne. Kvinnelig tolk.
- Total tid brukt på konsultasjon: 28 minutter og 57 sekunder.
 - Undersøkelse: Ingen.
 - Samtale om doseøkning av Levaxin⁶, legen forklarer nøye hvordan de skal øke dosen, forsikrer seg om at han har pasienten med seg. Kjapp prat om vitamin D-tilskudd.
 - Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen: 4.
6. Pasient (m1): Kløende utslett, tidligere forsøkt behandling med krem uten effekt. Pasienten er en middelaldrende mann. Mannlig tolk.
- Total tid brukt på konsultasjon: 50 minutter og 38 sekunder.

⁵ Pulsåre ved håndleddet.

⁶ Thyreoideahormon, legemiddel mot lavt stoffskifte.

- Undersøkelse: Inspiserer lokalisert utslett på 4 steder (skinnlegg, armhule, mage og lyske).
- Samtale om pasientens plager, hva som er forsøkt tidligere og hva man kan prøve nå. Legen forklarer at det er mange årsaker til kløe og at stress kan være en av dem, noe pasienten ikke er helt med på som forklaring. Pasienten sier at han ikke trives på mottaket, liker seg ikke i Norge, misliker maten her. Misforståelse når han får antihistaminer⁷ mot kløe og får forklart at søvnighet er en bivirkning; Pasienten tror legen vil behandle han for stress, og vil ikke dette. Legen må gjenta behandlingsinstruksjoner flere ganger.
- Antall bekreftende nikk og ”mm” fra legen: 1.
- Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen: 2.

7. Pasient (m2): Anmodning om Viagra⁸. Pasienten er en godt voksen mann. Mannlig tolk.

- Total tid brukt på konsultasjon: 21 minutter og 47 sekunder.
- Undersøkelse: Ingen, grunnet dårlig tid, da pasienten møter for sent til timen.
- Samtale om hva som går under begrepet ”nødvendig helsehjelp” og hva de følgelig kan tilby ved mottaket som støttes av det offentlige. Legen understreker at han ikke fraråder bruk av Viagra, men at dette er noe en må gå til en privat institusjon for og dekke selv. Pasienten ønsker også Paralgin Forte⁹ etter en operasjon for en tid siden, og legen forklarer hvordan det er med vanedannende medisiner. De tar en gjennomgang av legemidler i bruk (LIB) og ordner med resepter.
- Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen: 1.

8. Pasient (m3): Psykiatri, oppfølging av medisiner, rehabilitering alkoholiker. Ung mann i 40 årene. Ingen tolk, pasienten snakker engelsk.

- Total tid brukt på konsultasjon: 40 minutter og 35 sekunder.

⁷ Legemiddel som hemmer effekten av histamin, brukes ved behandling av blant annet allergi.

⁸ Legemiddel mot erektil dysfunksjon.

⁹ Opioidanalgetikum kombinert med paracetamol, smertestillende med en avhengighetsskapende effekt.

- Undersøkelse: BT-måling og vekt.
 - Samtale om medisiner og bivirkninger, vektoppgang i forbindelse med et antipsykotisk legemiddel, som pasienten går på og har merket god effekt av mentalt, men er plaget med konstant sult og vektoppgang. Snakker om arv og risikofaktorer for sykdom, utregning av kroppsmasseindeks (BMI). Avtale om å ta brede blodprøver neste dag, utfylling av skjemaer.
 - Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen: 2.
9. Pasient (m4): Første møte, diabetes mellitus type 2¹⁰ oppfølging. Pasienten er en ung mann i 40 årene. Mannlig tolk.
- Total tid brukt på konsultasjon: 38 minutter og 57 sekunder.
 - Undersøkelse: BT-måling og puls.
 - Samtale om pasientens bakgrunnshistorie, hans reise, sykdomshistorie, hvor han ble diagnostisert og fikk medisiner og hvordan blodsuktermålingene har vært. Pasienten viser frem måleapparatet. Gjennomgåelse av hvordan pasienten tar medisinerne sine og LIB. Pasienten klager litt på sengen under samtalen. Blir enige om en plan videre der de tar litt blodprøver og at pasienten må komme tilbake for dette og oppfølging.
 - Antall bekræftende nikk og ”mm” fra legen: 4.
 - Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen: 6.
10. Pasient (m5): Psykiatrisk samtale samt oppfølging av medisiner. Pasienten er en ung mann i 30-årene. Ingen tolk, pasienten snakker gebrokkent norsk, og det er vanskelig å forstå han til tider.
- Total tid brukt på konsultasjon: 58 minutter og 14 sekunder.
 - Undersøkelse: Ingen.
 - Samtale om pasientens psoriasis og medisiner for dette. Deretter over på bruk av og dosering av antipsykotikum, og hvordan pasienten har det psykisk og hvordan han sover. Komplisert case. Pasienten sier han har mistet alt og at det er mye vondt i livet. Diskuterer henvisning til psykiater med tanke på lange

¹⁰ Sukttersyke

ventetider. De enes om å starte opp med antidepressivt legemiddel i tillegg og legger en plan for opptrapping.

- Antall bekreftende nikk og ”mm” fra legen: 12.
- Antall ord på pasientens morsmål brukt av legen: 2.

Innsamlingssted 2: Ved et legekontor i Norge

1. Pasient: Slapp, kraftløs, utslitt. Psykiske plager. Pasienten er en ung, mannlig flyktning. Ingen tolk.
 - Total tid brukt på konsultasjon: 33 minutter og 57 sekunder.
 - Undersøkelse: Raskt med klær på palperes bena, sjekk av reflekser, armstyrke, koordinasjon, tempo og romfølelse. Lytter på hjerte og lunger.
 - Samtale om pasientens plager, bosituasjon, søvn, mareritt, matlyst, konsentrasjon, fortid. Legen prøver å kartlegge pasientens psykiske tilstand, selvmordstanker. Følelser, uttrykk av følelser og sammenheng mellom psyke og soma. Pasienten sier han har vondt inne i knoklene sine, så legen foretar noen undersøkelser i 1 min og 45 sek. Legen foreslår å henvise pasienten til traumebehandling, noe de kan snakke mer om ved en senere anledning, da pasienten vil tenke litt på det.
2. Pasient: Utredning av selvmord. Pasienten er en ung, mannlig flyktning. Kommer på en ø-hjelpstime etter at NAV har meldt bekymring for at pasienten vil ta livet sitt etter en samtale med de. Ingen tolk, noe språkproblemer.
 - Total tid brukt på konsultasjon: 27 minutter og 1 sekund.
 - Undersøkelse: Ingen.
 - Dette dreier seg om en hasteutredning for risiko for selvmord før helgen. Legen går rett på sak med pasienten og kartlegger pasientens tanker, følelser, planer for fremtiden, om han har planer om selvmord, impulsivitet, selvskading, omgangskrets/venner/familie/jobb, mørketid, økonomi. Legen prøver trass språkproblemer å nøste opp i pasientens planer for fremtiden, og vurderer risiko for akutt selvmord å være lav.