

Er det du som er legen?

Minoritetslegens erfaringer fra hverdagslig yrkesutøvelse i det norske helsevesen

Even Hallgren



Master i kultur- og samfunnspsykologi

Høst 2011 og vår 2012

Psykologisk Institutt

Universitetet i Oslo

© Even Hallgren

2012

Er det du som er legen? Minoritetslegens erfaringer fra hverdagslig yrkesutøvelse i det norske helsevesen.

Even Hallgren

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag:

Forfatter: Even Hallgren

Tittel: Er det du som er legen? Minoritetslegens erfaringer fra hverdagslig yrkesutøvelse i det norske helsevesen.

Veileder: Katrina Røn. Førstemanuensis

Helsevesenet ser en stadig økende andel praktiserende medisinere med minoritetsbakgrunn. Den foreliggende studien tar for seg hvordan denne gruppen opplever sin profesjonelle hverdag i en norsk kontekst. Studien fokuserer spesielt på de utfordringer leger med minoritetsbakgrunn møter, samt hvordan disse utfordringene blir håndtert og forstått. Det ble gjennomført semi-strukturerte dybdeintervjuer blant et utvalg minoritetsprofesjonelle med praksis i det større Oslo-området. Resultatene indikerer at legene opplever en betydelig forekomst av aversive opplevelser i det daglige, hovedsakelig i form av skepsis eller mistillit forut for, og tidlig i, konsultasjonsprosessen. Mer alvorlige tilfeller forekommer også. Legene vurderer videre ofte minoritetsbakgrunn som et handikap i arbeidslivssammenheng, og dette utløser i mange tilfeller en opplevelse av å måtte prestere bedre og jobbe hardere enn majoritetskollegaer. Samtlige respondenter hadde i tillegg utviklet strategier for å unngå, omgå, reversere eller forebygge negative situasjoner. Det ble påvist 4 hovedkategorier av slike mestringsstrategier. Å være lege med minoritetsbakgrunn er derimot ikke kun assosiert med negativer, flere positive aspekter gjør seg også gjeldende. Studien konkluderer med at økt bevisstgjøring og kunnskapsformidling minoritetsleger og majoritetspasienter imellom er nødvendig for å skape positive holdningsendringer i befolkningen, og slik bidra til mer trygghet og tillit pasient og lege imellom.

Forord:

Først og fremst vil jeg takke mine respondenter for deres deltakelse og entusiasme. Deres innsikter og synspunkter har vært til stadig inspirasjon, og jeg har lært voldsomt mye i samtale med dere. Dere gjør alle en flott jobb. Takk også til dere som villig satte meg i kontakt med kollegaer og venner i tilfelle de også ville være med.

Tusen takk til veileder Katrina Røn. Du har vært både tilgjengelig, grundig og positiv. Jeg har satt veldig pris på møtene våre, og har alltid gått ut fra dem med et klarere hode, en større sans for hva jeg holder på med, og en masse å gjøre. Takk igjen.

Takk til venner og familie som har vært villige til å lese igjennom utkast, på tross av at teksten var lang og nesten uten bilder. Dere er verdifulle.

Takk til mine medstudenter for faglig diskusjon og praktiske råd, men også for totalt urelaterte samtaler når behovet meldte seg.

Og sist, men absolutt ikke minst, takk til Kathinka. For alt det andre.

Even Hallgren

Oslo, Mai, 2012.

Innholdsfortegnelse:

Innledning:	1
Litteraturoversikt.....	3
Forskningsmål.....	8
Epistemologisk forankring.....	9
Generell metoderedegjørelse.....	11
Forskerrefleksivitet.....	13
Metode:	14
Etiske betraktninger.....	14
Deltakere.....	15
Prosedyre - Intervju.....	16
Prosedyre - Transkripsjon.....	17
Prosedyre - Koding.....	18
Prosedyre - Analyse.....	18
Resultater og diskusjon:	19
Aversive erfaringer – Relasjonelle opplevelser.....	20
Aversive erfaringer – Institusjonelle opplevelser.....	23
Bevissthet og representasjon.....	26
Prestasjon.....	30
De positive aspekter for legen med minoritetsbakgrunn.....	31
Mestringsstrategier.....	35
Kommunikasjon som mestringsstrategi.....	36
Distansering som mestringsstrategi.....	39
Unnvikelse som mestringsstrategi.....	43
Profesjonalitet som mestringsstrategi.....	44
Tilfellet Norge.....	47
Oppsummering.....	48
Konklusjon og videre implikasjoner.....	49
Litteraturliste.....	51
Appendiks	I-VI

I følge tall fra statistisk sentralbyrå utgjør innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 12,2 prosent av befolkningen i Norge per. 1. januar 2011, mot 10,6 prosent så sent som i 2009. Dette er en naturlig diversifiseringsutvikling av landets befolkning også reflektert i det økende antallet praktiserende med minoritetsbakgrunn innenfor den store majoriteten av yrker. Landets hovedstad Oslo er spesielt berørt, som illustrert av SSBs tall som viser at samtlige av Oslos bydeler ligger over landsgjennomsnittet for andel med innvandrerbakgrunn på 12,1 prosent. De sist publiserte undersøkelsene viser at de diskuterte grupperingene utgjorde 28,4 prosent av byens totale folketall per 1.1.2011

(<http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/>, friggitt 28. april 2011). Denne andelen er forventet å øke ved nyere undersøkelser. Som en naturlig konsekvens ser vi også en stadig økende andel praktiserende leger med minoritetsbakgrunn, sentrert spesielt i det større Oslo-området. Dette skaper interessante, og i norsk sammenheng, i stor grad utforskede diskurser, relasjoner og sosiale møter. Å ha en ”fremmed” hudfarge, en annen kulturell bakgrunn, og et annerledes klingende navn er i mange sammenhenger fryktet å bringe med seg et heller uheldig spekter av fordommer, forventninger og misforståelser. Noe vi til stadighet ser eksempler og indikasjoner på i landets aviser og andre medier. Denne avhandlingen vil omhandle de opplevelser, erfaringer, forventninger og tanker praktiserende leger med minoritetsbakgrunn gjør seg i arbeidshverdagen. Det er gjort et forsøk på å identifisere det spekter av temaer og hendelser som oppleves som mest fremtredende for dette utvalget av legestanden i tråd med den kontekstuelle modellen ”hverdagslig multikulturalisme”, som nettopp søker å utforske hvordan kulturelt mangfold er opplevd og forhandlet blant mennesker i hverdagslige situasjoner (Velayutham & Wise, 2009).

Minoritetsprofesjonelles opplevelser innenfor denne spesifikke yrkesgruppen er utvalgt som studieområde som følge av at utøvelsen av det moderne legeyrket forutsetter en stor grad av menneskelig kontakt og relasjonsbygging. Tillitt og trygghet mellom medisinsk personell og pasient står i en særstilling. Det er videre forfatterens perspektiv at disse individene på mange måten møter hverdagsproblematikk som kan indikere utfordringer og løsninger når det kommer til håndtering av multikulturalisme for et betydelig bredere lag av befolkningen enn den særposisjon de selv representer. Det er også dokumentert en tendens mot at individer med minoritetsbakgrunn som fullfører normalt skoleløp går videre til høyere utdanning raskere enn den tilsvarende majoritetsbefolkningen, samt at disse igjen er mer sannsynlige til å velge studier rettet mot yrker med høy samfunnsmessig verdi og status (Daugstad, 2008). Noe som også er blitt eksemplifisert og problematisert i media etter

sendingen av tv-serien Taxi på NRK, da gjerne som kommentarer om de såkalte "ALI-yrkene" (advokat, lege og ingeniør) som ofte hevdes å være spesielt populære blant unge med minoritetsbakgrunn (Halvorsen, 2011; Nore, 2011; Wang-Naween, 2011).

Lege med minoritetsbakgrunn er en kategorisering, og krever en funksjonell avgrensning. I dette arbeidet indikerer denne betegnelsen et individ som i første omgang har fullført alle nødvendige steg av medisinsk utdanning og praksis for å oppnå autorisasjon for humanmedisinsk praksis i Norge fra statens autorisasjonskontor for helsepersonell (www.safh.no). Samtidig innehar disse individene såkalt "minoritetsbakgrunn". Lauglo skriver om «unge fra innvandrerfamilier og sosial kapital», og gir der en forskningsmessig fruktbar definisjon også anvendelig for denne studie. I dette perspektivet er innvandrerbakgrunn eller minoritetsbakgrunn operasjonalisert ved to kategorier: innvandrer i den forstand at vedkommende er født i utlandet (førstegenerasjon), og den såkalte andregenerasjonen, som selv er født i landet, men med foreldre som begge er innvandrere fra et annet land (Lauglo, 2010). Dette er kategoriseringer som samtidig speiler de nyere definisjoner lagt til grunn av Statistisk Sentralbyrå i deres materialer, der termene innvandrer og norskfødte med innvandrerbakgrunn henholdsvis benyttes (<http://www.ssb.no/vis/omssb/1gangspubl/art-2008-10-14-01.html>; Dzamarija, 2008).

Leger med minoritetsbakgrunn finner sin vei inn i det norske helsevesen hovedsakelig gjennom to prosesser. Den mest utbredte er at personell med utdanning og/eller praksis fra andre nasjoner kommer til Norge, fullfører de nødvendige kompetansetester etterfulgt av turnus i henhold til norsk lovgivning, og slik oppnår sertifisering. Dette skjer i størst grad fra EØS land, men også i økende grad fra Afghanistan, Iran og India (Vold, 2011). Den andre, som det naturlig nok forekommer stadig flere tilfeller av, innebærer at etterkommere av innvandrere (med andre ord norskfødte med innvandrerbakgrunn) tar høyere medisinsk utdanning gjennom vanlige studieløp i Norge, og følgelig blir leger (Henriksen, 2006). De største grupperingene innen en slik utvikling har aner fra Pakistan, Vietnam og India (Daugstad, 2008). Det antas at diversiteten i landbakgrunn kun vil øke de neste årene i takt med spredningen i landbakgrunn for nyere innvandrere.

Litteraturoversikt

Med den foreliggende avhandling ønskes det å bidra til de tverrfaglige og multikontekstuelle fagfeltene kulturpsykologi og kritisk sosialpsykologi. Det ønskes å bidra både til økt forståelse av de psykologiske prosesser mennesker gjennomgår i spesifikke sosiale miljøer og sammenhenger, og samtidig kunne redegjøre for svakheter ved dominante forståelser og etablerte sannheter som påvirker andre menneskers livssituasjon (Haavind, 2002). Gjennom en grundig kartlegging av en spesifikk gruppes opplevelse av egen hverdagssituasjon er det håpet å kunne dokumentere, og reflektere over, alternative lesninger av hvordan et dagligliv fortøner seg. I forsøket trekkes det på multikulturalistisk teori, med alle de sosiologiske og sosialantropologiske innsikter der innebefattet, samtidig som perspektiver informeres av konstruksjonistiske kommunikasjonstilnæringer. I tillegg må det klargjøres at visse kognitive synspunkter omkring holdningsendring og atferdsendring også implementeres, dette i tråd med Allports klassiske formuleringer som angir at holdninger og fordommer må forstås som både kognitive, motivasjonelle og sosio-kulturelle prosesser (1954).

I hovedsak vil dette være en studie som omhandler forståelser. Ment som de meningsfortolkninger som gjøres av, og effektene disse får for, individene som lever i de aktuelle rollene. Det er en studie som forsøker å dokumentere et spekter av opplevelses- og handlingsmønstre leger med minoritetsbakgrunn forholder seg til og tar i bruk i sine stadige forhandlinger mot en funksjonell og behagelig hverdag. Den multikulturalistiske teoriramme er valgt som følge av et inntrykk av Norge, og Oslo især, som et fungerende heterogent system hvor mennesker med divergerende historier og mangfoldige bakgrunner gjennom interaksjon utvikler nye måter å forholde seg til hverandre. Velayutham og Wise' konseptualiseringer av hverdagslig multikulturalisme har i betydelig grad informert det analytiske perspektiv (Velayutham & Wise, 2009). En kommunikasjonsmessig tilnærming er valgt på grunnlag av sin unike posisjon som redskap i all interaksjon. Dette impliserer at kommunikasjonshandlinger nærmest alltid vil være basis for opplevelser og erfaringer leger med minoritetsbakgrunn gjør seg, spesielt i hverdagslig interaksjon med andre i profesjonell øyemed. Legeprofesjonen er samtidig meget preget av relasjon og direkte personlige møter. Kommunikasjonsperspektiver kan ikke utelates om man vil ha et helhetlig og troverdig inntrykk av respondentenes opplevelser. Avhandlingen vil trekke på innsikter skissert av blant andre Blakar (1996), Rommetveit (1972) og Rappana Olsen (2011). I tillegg støtter slike perspektiver opp om konstruksjonistiske meningssystemer, og den rolle språk har å spille i meningsdannelse og forhandling. Innsikter som har hatt betydning for valget av metodikk.

Denne forhandlingsprosessen, hvor individer gjennom visse strategier forsøker å fremforhandle gode reaksjoner og generelle forhold som legger til rette for en behagelig profesjonsutøvelse, blir fortolket ved hjelp av visse kognitive innfallsvinkler. Gordon Allports klassiske tilnærminger er allerede nevnt (1954), men disse vil utfylles av Michael Billigs diskusjoner omkring kategorisering og partikularisering (1985; 1987), samt de kontemporære arbeider avledet fra Allport vedrørende kategorisering, rekategorisering og inngruppebias (Dovidio & Gaertner, 2005). Dette fordi slike begreper blir sterkt aktuelle når det kommer til å igangsette holdnings- og atferdsendringer hos andre, og forståelsen av hvordan dette gjøres. Større sosial-psykologiske teorier som Tajfels sosial kategoriseringsteori (1969; 1982; Tajfel & Turner, 1979), og Zajoncs mere exposure teori (1968) informerer også analyse av slike endringsskapende initiativ. Den faktiske atferden utvist, mestringsstrategiene, blir differensiert som spesiell gjennom å være dynamiske og adaptive handlingsmønstre med de spesifikke mål å beskytte individet mot problematiske eller aversive sosiale erfaringer, nettopp gjennom å mediere effekten slik opplevelser kan få, og får, psykologisk (Pearlin & Schooler, 1987). Folkman og Lazarus benytter en annen ordlyd og definerer strategiene som kognitiv og atferdsmessig innsats mot å mestre eksterne eller interne krav (1984), en prosess som ideelt sett stadig endres for å møte nye situasjonelle kontekster (Lazarus, 1993). Begge disse konseptualiseringene har elementer til felles med Banduras begrep self-efficacy (mestringstro), som betegner en persons tro på at vedkommende er i stand til å gjennomføre en spesifikk handling, og slik endre, mestre eller på annen måte overkomme aktuell problematikk (Bandura 1986). Følgelig kan atferd basert på innsats mot å forebygge, unngå eller kontrollere ubehag sammenfattes som handlingsmønstre rettet mot mestring (Pearlin & Schooler, 1978). Effekter av de benyttede mestringsstrategier vil blant annet drøftes opp mot innsikter dokumentert av studier med basis i expectancy violation theory. En teori med fokus på delvis automatiserte holdnings- og atferdprosesser hos mennesker, som muligens kan kaste lys over eventuelle observerte effekter av strategibenyttelse (Bond, Kirk, Lashley, Omar, Pitre & Skaggs, 1992; Burgoon & Hubbard, 2005; Coleman, Jussim & Lerch, 1987).

Fremveksten av slike strategier forutsetter i noen grad at de aktuelle individer har erfaring med enkelte situasjoner og atferd som oppleves ubehagelige, samt at de negative opplevelsene blir forstått å være en konsekvens av den utsattes minoritetsbakgrunn. Slike situasjoner og atferd blir vanligvis kategorisert som diskriminering, fordomsfullhet eller rasistisk motivert atferd. Disse vurderes på den annen side som analytisk upresise, i og med at termene har få klare skillelinjer seg imellom, og ofte blir benyttet om hverandre i dagligtalen (Feinberg,

2007). I tillegg har flere av de aktuelle begrepene negative konnotasjoner og alvorlige stigma knyttet til seg, som i en del tilfeller vil gjøre slike merkelapper tabu og uakseptable. Rasisme spesielt er et meget belastet ord, som for mange reserveres til å betegne grove lovbrudd mot mennesker basert på deres etnisitet eller hudfarge. Å bruke begrepet om dagligdagse situasjoner innen norske forhold vil flere følgelig finne unaturlig, og ikke minst ubehagelig, med unntak av visse veldig spesifikke hendelser. Følgelig er det ønskelig å utarbeide et mer helhetlig og omfattende begrepsapparat for å diskutere slik problematikk. En slik fremstilling må kunne forstå de tilhørende og beslektede fenomen, og de varierende grader av alvorlighet og subtilitet disse tar, som formet av samfunnsstrukturen og de ellers rådende forestillinger i den enkelte aktuelle region (Essed, 2002). Tilstrekkelig forståelse av kontekst blir i så måte meget avgjørende for om en viss atferd eller handling kunne, og burde, klassifiseres som rasistisk motivert. En slik fenomenfortolkning tar også høyde for at negative eller aversive hendelser både kan fortone seg, bli forstått og utarte seg på ulike vis fra sted til sted.

I lys av dette ønskes det en kategorisering som favner bredt, og slik omfatter et større segment av former for hverdagsliggjort diskriminering og rasistisk motivert atferd. Michel Wieviorkas tanker omkring elementære diskrimineringsformer i Europa resonnerer godt med en slik tilnærming. Wieviorka opererer med et rasismebegrep utgjort av ulik atferd sortert etter alvorlighetsgrad. Spennet i disse går fra fordommer og stereotypier, til segregerende atferd, hierarkisering og til slutt til tilfeller av utilslørt trakassering eller vold (Wieviorka, 2002). Fordommer og stereotypier er den klart mest utbredte formen, og er ofte opplevd som grunnlag for oppblomstring av mer destruktive handlings- og tankemønstre. Segregerende atferd betegnes som alle former for avstandsmarkerende handling og holdning, og inkluderer dermed fremmedfrykt og eventuell ugunstig seleksjon slik kan medføre. Med hierarkisering menes fordeling av fordeler og makt som går utover (i dette tilfellet) yrkets normer og historiske utvikling, en utvikling som er blitt påvist i undersøkelser (Berg, Bigby, Bradley, Curry, Krumholz & Nunez-Smith, 2007). Utilslørt trakassering er naturlig nok den mest alvorlige formen for rasisme innbefattet. Vold som følge av rasehat og annen alvorlig negativ atferd er i Norge relativt sjeldne, men forekommer. I et forsøk på å unngå uklarhet og begrepsammenblanding vil studien således benytte Wieviorkas omfattende rasismebegrep, men forholde seg til betegnelsen hverdagsrasisme. Dette som en effekt av studiens fokus mot hverdagsliggjorte manifesteringer og effekter (Essed, 2002; Velayutham & Wise, 2009). Det må i tillegg klargjøres at begrepet innbefatter både holdningsmessige og atferdsmessige aspekter av rasisme (Stangor, 2002).

Videre vurderes en spesiell årvåkenhet for situasjonell kontekst som en forutsetning for validitet og korrekte slutninger i enhver slik studie (Bronfenbrenner, 1979; 1992; Gardiner & Kosmitzki, 2008), som innebærer et konsentrert blikk mot de eksisterende rammebetingelser og lokale forhold. Følgelig virker det produktivt, og nødvendig, å utføre forskning også innen norske forhold, fremfor å kun adaptere resultater påvist i andre regioner. Den eksisterende forskning som tar for seg minoritetsprofesjonelles opplevelser er hittil også meget begrenset. Et helhetlig rammeverk for hvilke utfordringer disse gruppene møter i Norge er inntil videre slett ikke å oppdrive, noe som er med på å komplisere utformingen og implementeringen av reformer og initiativer som kan legge til rette for et produktivt og likestilt arbeidsliv. Studier omhandlende arbeidstakere innenfor helsevesenet er for det meste foretatt i Amerika, Storbritannia og Frankrike. Mens forskning innenfor en skandinavisk kontekst som sagt er særdeles lite omfattende. Å direkte overføre disse studienes konklusjoner til hjemlige forhold er lite holdbart da de ofte lider under de spesifikke lands kulturhistoriske bakgrunn og eksisterende problematikk rundt rasisme og integrering, men gir selvfølgelig nyttig innsikt og adaptiv basis for sammenligning. Videre er den forskning som er gjort ofte preget av relativt liten geografisk utstrekning, og også gjerne innen mer homogene og etablerte etnisitetspopulasjoner enn eksisterer her til lands. Et eksempel er at medisinere med afrikansk bakgrunn innen staten Rhode Island sannsynligvis møter andre utfordringer enn norskfødte med pakistanske eller vietnamesiske aner i Lørenskog (Berg et. al., 2007). Den oversikt som derimot foreligger gjør klart at praktiserende leger i Norge i dag ikke lenger består av en homogen gruppe arbeidstakere, som tidligere i stor grad var tilfellet. Profesjonelle varierer over et bredt spekter av etnisiteter, og stadig flere kommer årlig til da andelen medisinstudenter med annen bakgrunn enn etnisk norsk øker sett i forhold til studenter med majoritetsbakgrunn (Henriksen, 2006; Støren, 2009). Dette har over de siste årene ført til en stadig bedre speiling av befolkningen også i legepopulasjonen. Studier gjennomført i USA indikerer også at minoritetsgrupper har større sannsynlighet for å oppsøke leger som deler deres bakgrunn enn leger med majoritetsbakgrunn, samt at flere også vil gjøre dette tidligere i sykdomsforløpet og slik avverge en del problemer før de blir alvorlige (Benson & Kleinman, 2006; Bright, Duefield & Stone, 1998; Car & Partridge, 2004). Det hevdes at dette er på grunnlag av at minoritetsindividene stoler mer på og opplever en høyere grad av trygghet i denne situasjonen. Det gjenstår å se om dette er overførbare resultater til norske forhold, og også hvorvidt dette er resultater som er avhengig av delt etnisitetsbakgrunn lege og pasient imellom.

Meget relevant for denne avhandlingen er det arbeid utført av Dr. Esperanza Diaz og Dr. Stefan Hjörleifsson ved Universitetet i Bergen der det ble fokusert på hvordan leger med innvandrerbakgrunn følte at deres bakgrunn påvirket hvordan de ble møtt, oppfattet og vurdert på hvordan de gjorde jobben sin. Funn derfra indikerer at disse legene viser en bred kulturell kompetanse og en skarpere bevissthet mot kulturell problematikk og ressurser enn sine kollegaer. Videre argumenter de to for at leger med innvandrerbakgrunn jevnt over må sees som en spesiell ressurs (2011). Studien, som har et større fokus på innvandrerrollen og følgelig ekskluderer en substansiell del av leger med minoritetsbakgrunn som definert i denne avhandlingen, bringer også på bane at de fleste av sine informanter rapporterte betydelige vanskeligheter ved å være den første utenlandske allmennpraktiker i et område eller på et legesenter. Diaz og Hjörleifsson er ikke alene i å peke på kulturell kompetanse som en spesiell ressurs, Josepha Campinha-Bacotes arbeider har vært instrumentelle i å kartlegge de effekter og fordeler læring og bruk av kulturell kompetanse i helsevesenet kan ha (1999; 2002). Avhandlingen vil definitivt støtte seg til de modeller og perspektiver der skissert.

Som allerede nevnt er de måter minoritetsprofesjonelle mestrer problemer som følge av hverdagsrasisme, samt de strategier benyttet for å reforhandle dagligdagse situasjoner til sin fordel, av spesiell interesse. Dette er berørt i en artikkel om opplevd diskriminering i medisinsk akademia (Carr, Caswell, Inui, Palepu & Szalacha, 2007). Her er verdien av kollegial og institusjonell bevisstgjøring rundt ubehagelige temaer fremhevet. Videre blir den enkeltes evne til rask konfrontering av upassende situasjoner, handlinger og utsagn gitt oppmerksomhet som funksjonelle teknikker. Studiens respondenter var også i stor grad enige om at den enkelte minoritetsprofesjonelle måtte inneha stor kompetanse og holde seg i tetgruppen når det kom til fagmessig innsats og verdi for å holde potensielt ubekvemme situasjoner under kontroll. Artikkelen konkluderer med at institusjoner muligens må bruke større ressurser på å støtte sine minoritetsmedarbeidere, og samtidig jobbe for å øke forståelsen for de utfordringer som var spesifikke til gruppen hos andre medarbeidere, for å unngå tap av talentfulle medarbeidere eller på annen måte underoptimalisere benyttelsen av kompetanse (Carr. et. al. 2007). Dette er sentral tematikk som sannsynligvis kan generaliseres i tilfredsstillende grad.

En serie diskusjonsperspektiv avhandlingen også vil ha et spesielt øye for inkluderer den norske form for, og tilstedeværelse av, hvithetsprivilegier. Med andre ord den grad våre kroppsliggjorte og identifiserende kjennetegn medfører spesifikke ulemper eller fordeler

innen varierende sammenhenger. Da især de uuttalte fordeler det ofte medfører å ha hvit hud, og som en følge, enkel tilgang og tilhørighet til ”det norske”. Leger med minoritetsbakgrunn bevissthet omkring slike markører, og hvilke strategier som blir benyttet av den enkelte for å omgå eventuelle negative utslag slike kan få vil analyseres og drøftes på bakgrunn av innsikt presentert av blant annet Peggy McIntosh (1988) og Sara Ahmed (2004). Disse teoretikernes innflytelse gjør seg også gjeldende når det kommer til å dokumentere alternative lesninger og forståelser av materiale og situasjoner. Komplementerende til denne forskningen er nye studier som viser sterke indikasjoner på at navn og ”fremmedheten” av dette er sterkt beslektet med opplevelsen av diskriminerende begrensninger når det kommer til muligheter i arbeidslivet (Midtbøen & Rogstad, 2012). Sett i sammenheng illustrerer slike perspektiver den vanskelighet individer med minoritetsbakgrunn møter når det kommer til å bli oppfattet som ”helt norsk”. Hvor denne grensen ser ut til å gå, samt hvilke egenskaper som tilsynelatende må oppfylles vil være interessant å se nærmere på. En motpart til Midtbøen og Rogstad kan være Ida Dranges studie som konkluderer med at leger (og tannleger) med minoritetsbakgrunn tjener tilsvarende eller høyere enn sine majoritetskollegaer ved karrierestart, og på grunnlag av dette hevder at diskriminering ikke er rådende i slike privilegerte segmenter av arbeidsmarkedet (2012).

Forskningsmål

Med avhandlingen ønskes det å belyse en spesifikk opplevelse av samfunnet slik det fortoner seg i en hverdagslig, profesjonell setting. Gjennom å avdekke det spekter av erfaringer leger med minoritetsbakgrunn gjør seg i hverdagen ønskes det å identifisere eventuelle utfordringer den enkelte forholder seg til, og bringe disse til overflaten. Det ønskes å bidra til å fylle ut bildet av hvordan minoritetsprofesjonelle har det, hvordan de blir møtt og hvordan de lager mening av verden rundt dem. Med arbeidet var det også ønsket å kartlegge legenes kontakt med aversive situasjoner og hendelser, samt i hvilken grad den enkelte lege opplever konfrontasjon med stereotyper i dagliglivet, og hvilke effekter disse eventuelt får.

I tillegg ønskes det å fokusere på opplevelser som forekommer i en hverdagslig kontekst. Slik hverdagsrasisme manifesteres oftest i mindre, gjerne normaliserte hendelser og situasjoner. I fravær av bevisste psykologiske distinksjoner om raseforskjeller tar slike gjerne preg av mer eller mindre subtil kulturell rasisme, ofte naturliggjort gjennom, og som følge av, de historiske røtter slike uttrykk har i det spesifikke samfunn (Essed, 2002; Han, 2009; Velayutham & Wise, 2009). Kulturell rasisme er like fullt vist å kunne inkludere samtlige

former av rasistisk atferd skissert tidligere. Det er denne helhetlige operasjonaliseringen det referes til ved senere bruk av uttrykkene hverdagsrasisme og aversive opplevelser.

Videre er målsettingen å si noe fornuftig, klargjørende og forhåpentligvis også samfunnsmessig bevisstgjørende om feltet, og slik bidra til å oppdatere den kollektive kunnskap rundt forekomst og effekter av aversiv atferd. Håpet er at dette kan bidra til å motvirke dagligdagse og ”normale” manifestasjoner av slik (Essed, 1996). På samme tid er det lagt til grunn å medvirke til forskningslitteraturen på området, som i europeisk (og i særdeleshet norsk) akademisk sammenheng er meget begrenset. Minoritetsprofesjonelles inntrykk og erfaringer er et i altfor liten grad utforsket område, noe som gjør videre arbeid mot å kartlegge problemtematikk og ellers generere ytterligere kunnskap for å utvikle effektive strategier for likestilling og trivsel i arbeidslivet meget sentralt.

Plan for oppgaven:

Gangen i avhandlingen vil på dette punkt divergere til å gi en redegjørelse for de bakenforliggende premisser av benyttet metodikk og analyse. Dette for å belyse for leseren hvilke antagelser og forutsetninger som er lagt til grunn. Det vil først begrunnes hvilke epistemologiske ståsteder som informerer avhandlinger. Deretter følger en refleksjon over tradisjoner og utvikling bak de valgte analysemetoder. Forskerens rolle i dette vil også berøres. Videre kommer en metodisk gjennomgang av det faktiske arbeide utført, etterfulgt av resultater og diskusjon. Avslutningsvis kommer konklusjoner og videre implikasjoner.

Epistemologisk forankring

Epistemologi er den filosofiske retning som beskjeftiger seg med de sannheter og begrensninger vedrørende kunnskap. Ordet i seg selv betyr noe tilnærmet ”læren om kunnskap eller vitenskap”, og fokuserer på hvordan, og hva, vi kan vite (Willig, 2008). En epistemologi er et utgangspunkt for å betrakte verden, og vurdere hvorvidt de sannheter og funn vi mener å oppdage er valide, reliable og legitime. Epistemologi legger også naturlige føringer for hva slags metoder og analyseverktøy som vil være anvendelige for en studie. Det ønskes å gi en redegjørelse for hvilke epistemologiske posisjoner som informerer forfatterens vitenskapelige ståsted, og slik også de analyseverktøy som vurderes funksjonelle. De aktuelle epistemologiske posisjonene det her blir analysert utifra er av tidligere teoretikere definert som sosial konstruksjonisme og symbolsk interaksjonisme. I kjernen av sosial konstruksjonisme ligger forestillingen om at fysiske gjenstander, handlinger og fenomener

godt kan eksistere, men at disse kun oppnår mening, og følgelig blir objekter det er mulig å ha kunnskap om, gjennom diskurs. Både begreper, ting og fenomener blir således å betrakte som sosiale konstruksjoner (Beaumie, 2001; Gergen, 2001; Lock & Strong, 2010; Willig, 2003; 2008). Diskurs i seg selv referer til ethvert ”sett av meninger, metaforer eller representasjoner som produserer en spesifikk versjon av virkeligheten” (Burr, 1995, s.48) eller med andre ord en spesiell måte å se, oppleve, og gjøre mening av verden, eller et utdrag av verden, på.

Mona-Iren Hauge konseptualiserer i tråd med Burr diskurser som perspektiver som mennesker benytter til å tolke og forstå dem selv eller andre (Hauge, 2009). Dette gjør kontekstuell interaksjon mellom mennesker til et meget sentralt verktøy mot å oppnå mål, realisere seg selv eller på annen måte forhandle situasjoner til sin fordel.

Sentralt innen en sosial-konstruksjonistisk virkelighetsforståelse sitter følgelig begrepet tillagt mening, og den makt det innebærer å ha tilleggende eller avviklende kraft. Sosial konstruksjonismens antagelser om verden indikerer videre at all menneskelig opplevelse, inkludert persepsjon, er mediert av historiske, kulturelle og lingvistiske forhold (Burr, 1995; Lock & Strong, 2010; Willig, 2003; 2008). Hvordan, når, og hvor noe er snakket om eller oppleves er med andre ord av enorm viktighet for hvordan noe vil representeres eller forstås (Bronfenbrenner, 1979; 1992; Beaumie, 2001; Lock & Strong, 2010; Nafstad, 2009). I tillegg er sosial konstruksjonisme språklig fokusert og problematiserer benyttede begreper og termer i dagligtale ekstensivt. Hvem som har makt til å definere og etablere et begrep må identifiseres, validiteten av bruken må legitimeres og effekten av en slik prosess må undersøkes (Willig, 2008; Essed, 2002). Vivien Burr presiserer sosial-konstruksjonismens antagelser om kunnskap ved hjelp av fire holdepunkter: Kunnskap er fleksibelt, og mening eksisterer kun innen et konstant forhandlingsområde; Kunnskap er forstått gjennom, og er avhengig av, sin historiske og kulturelle spesifisitet; kunnskap er opprettholdt gjennom sosiale prosesser; og kunnskap og sosial handling er nært beslektet og gjensidig avhengig (Burr, 1995). Symbolsk interaksjonisme på sin side virker enige i at verden i stor grad er et produkt av menneskelig deltakelse og forhandling, og komplementerer den konstruksjonistiske forståelsen ved å legge vekt på at forskning gjort på et fenomen i en slik verden må baseres på bruk av verktøy sensitive for dens dynamiske aspekter (Willig, 2008). Videre er det nødvendig å utvide den epistemologiske utgangsposisjonen ved hjelp av filosofien Michel Foucaults betraktninger rundt hva som kan sies å produsere kunnskap. Foucault erklærer seg enig i de konstruksjonistiske grunnforutsetninger, men argumenterer videre med at ettersom det kun er mulig å ha kunnskap om noe dersom den har mening, blir det diskurs, og ikke tingen-i-seg-selv, som produserer kunnskap (Wetherell & Potter, 1992; Wetherell, Taylor &

Yates, 2001). Diskurs blir således et rikt begrep som innbefatter både konstruksjon av mening, bruk av begreper, representasjon og kontekst. Med andre ord både hva man sier og hva man gjør, språk og praksis i ett, og i tillegg den omkringliggende sosiale ramme disse forekommer i.

Den type resultater denne studien tar sikte på er oppklarende og bevisstgjørende analyser basert på skildringer og refleksjoner om hvordan mening skapes og opprettholdes av spesifikke individer i spesifikke kontekster. Samt hvilken tematikk som er mest gjeldende for de involverte i deres hverdag, og hvilke strategier den enkelte har utviklet for å hankses med disse. Dette er forenlig med det sosial-konstruksjonistiske perspektivet som nettopp er opptatt av å identifisere de varierende måtene å konstruere sosial virkelighet som er tilgjengelig innen en kulturell ramme, for så videre å utforske de bakenforliggende forholdene i bruken av disse teknikkene. Til slutt ønskes det å spore deres implikasjoner for opplevelse og sosial praksis (Beaumie, 2001; Lock & Strong, 2010; Willig, 2008).

Generell metoderedegjørelse:

Analysemetodikken benyttet i avhandlingen var i hovedsak tematisk analyse, ispedd en fortolkningskonsentrert diskurs psykologisk tilleggsanalyse. Tematisk analyse ble valgt som følge av et behov for å strukturere datamaterialet oversiktlig, uten å forspille nyanser, kontekst og generell rikholdighet der innbefattet. Den diskursive analysen ble gjort for å utfordre fortolkningene og indikasjonene samlet gjennom det tematiske arbeidet, og slik triangulere funn gjennom ulike innfallsvinkler (Denzin, 1978). Begge analysemetodene tar nødvendige hensyn til kontekst og meningsdannelse, og er i sin oppbygning oppfattet som følsomme nok til å belyse ømtåelig tematikk. Videre vurderes begge tilnærminger som oppsluttende bak det sosialkonstruksjonistiske og strukturalistiske premiss om at språk er en dynamisk form for sosial praksis som former den sosiale verden, og slik forholder seg tilstrekkelig til det skisserte epistemologiske fundament. Tilnærmingene legger også vekt på historisk og kulturell spesifisitet, og på å vurdere sammenhengene mellom sosiale prosesser og sosial handling.

De analytiske verktøy lar seg samtidig forene med avhandlingens overordnede analytiske perspektiv: Hverdagslig multikulturalisme, og gir et godt utgangspunkt for å utforske opplevelser og dagligdagse forhandlinger blant mennesker i spesifikke situasjoner (Velayutham & Wise, 2009). Tematisk analyse er en anvendelig metode som kan tilpasses et

bredt spekter av mer grunnleggende forutsetninger. Den gir gode muligheter for å identifisere, analysere og dokumentere mønstre eller tematiske sammenfall i data, uten å gå på bekostning av detaljnivå (Braun & Clarke, 2006). I tillegg fungerer den organisatorisk, og var forventet å gi et tidligere oversiktsbilde enn andre metodologier eventuelt kunne gi. I og med at forskningsområdet er lite utforsket i norsk kontekst tidligere, ble tematisk analyse foretrukket på grunn av sin evne til å fange variasjon i personlig erfaring, samtidig som mønstre ulike respondenter imellom ikke blir oversett. Slik ble det håpet å kunne presentere både likheter og forskjeller i datamaterialet. Videre vil tematisk analyse som regel frembringe resultater i en form som ofte er tilgjengelig for flere enn kun et akademisk publikum.

Diskursanalyse ble vurdert som et verdifullt og kompletterende tilskudd til de resultater og innsikter generert av tematisk analyse. Målet med prosjektet var å se nærmere på den dannelsen, reproduksjon og forhandling av mening leger med minoritetsbakgrunn utfører i sitt daglige virke. Fortolkende diskurspsykologisk analyse virket ideell for å nærmere belyse latente tema i tekstutdrag, samt for å konkretisere de ulike mestringsstrategier. I tillegg er det begrenset hvor grundig tematisk analyse alene kan påvise sentrale interaksjonsmessige verktøy som språkkonstruksjon, normativ adaptasjon og legitimering av egen posisjon. Disse er igjen nært forbundet til makt. Et element som var viktig for legenes opplevelse av status og relasjon. Diskurspsykologisk analyse hadde også de fordeler å fokusere på hverdagsdiskurser, aktiv språkbruk og naturligjørende prosesser, perspektiver forfatteren tok med seg videre i utformingen av den tematiske analyseprosessen. Metodologien åpnet også opp for å videreutvikle analysen til en dialektisk prosess hvor både deskriptive betraktninger og analyse påvirket hverandre simultant (Jørgensen & Philips, 1999; Potter & Wiggins, 2007). Analyseprosessen ble hjelpsomt informert gjennom henholdsvis Braun og Clarkes oversiktlige gjennomgang av tematisk analyses forløp (2006), og elementer av Carla Willigs steg for steg guide til diskursiv analyse (2003).

For å unngå begrepsmessig forvirring vil avhandlingens diskusjoner avstå fra å benytte seg av diskursanalysens spesifikke begrepsapparat. Det vil med andre ord ikke bli forsøkt påvist ulike diskurser eller vist noen utførlig lingvistisk gjennomgang av tekstutdrag, men snarere heller bli trukket frem kommentarer angående retoriske strategier og mer latente effekter av språkbruk som del av den tematiske gjennomgangen. Diskursanalytisk metodologi kan i så måte ses på som supplerende.

Forskerrefleksivitet:

Slike valg av metodologi, og et slikt epistemologisk ståsted, forutsetter en kontinuerlig selvrefleksiv tankeprosess. Med dette menes hensyn og oppmerksomhet mot forskerens egen innvirkning og innflytelse. Dette gjør seg gjeldende både under datainnsamling og analyse (Scior, 2003; Willig, 2008). Når det kommer til datainnsamling er det flere forhold å ta til etterretning. Innledningsvis vil forskerens epistemologiske utgangspunkt unektelig være med på å forme, og begrense, de perspektiver og spørsmål studien vil revolvere rundt. Videre vil forskeren som person ha sterk innvirkning på prosessen i egenskap av å være individet respondenter vil reagere på og interagere med. I den aktuelle studie var forskeren en relativt ung (25 år gammel), mannlig masterstudent med norsk majoritetsbakgrunn. Det virket klart fra begynnelsen at flere av disse lite fleksible posisjoneringene kunne få effekt for innsamlingsprosessen. Respondentene var alle praktiserende medlemmer av en yrkesgruppe som krever lang utdanning, og ville slik per definisjon alle være eldre enn forskeren. Flere betydelig eldre. Det var fryktet at dette kunne gi negative utslag i både rekruttering og intervju. Det ble derimot klart at den synlige negative faktoren for rekruttering ikke var alder, men snarere forskerens status. Å sette av tid til å bidra til et masterprosjekt fortonet seg ikke like interessant for alle. Henvendelser fra individer med mer genuin forskerstatus ville nok gjort prosjektet mer attraktivt. Kjønn legger også føringer for hvordan to individer kommuniserer, men var ikke noe forskeren selv la merke til i transkripsjonen. At forskeren hadde majoritetsbakgrunn var innledningsvis vurdert som en mulig svakhet når det kom til å få gode data om ømtåelige emner som rasisme, diskriminering og integrering, men viste seg å få minimalt utslag i så henseende. Det kan eventuelt spekuleres i om dette faktumet førte eventuelle endringsagendaer lenger frem i konversasjonsrommet, men dette kan ikke dokumenteres. De fleste respondentene meddelte at det var hyggelig og berikende for dem å få delta, og at selve intervjuet hadde vært interessant.

"Jeg synes det var veldig bra spørsmål, om ting som jeg aldri har tenkt igjennom. (ler) fordi det er så naturlig og det går av seg selv. Fint å få reflektert litt over det der" (Respondent. Legekontor)

"Det er jo veldig spennende, noen burde jo ta tak i akkurat det" (Respondent. Større sykehus).

Når det kom til analyse må det understrekes at forskerens innvirkning på dette området er betydelig. Definisjoner og formuleringer er forfatterens konstruksjoner, og dette gjelder ikke minst kategoriseringene gjort for å kjennetegne temaer og koder (Braun & Clarke, 2006). Det

samme gjelder valgene gjort i å strukturere og presentere funn, selv om det har blitt nedlagt betydelig innsats mot å argumentere for denne. Videre synes det klart at forsker og deltakere i løpet av prosessen blir, og ble, tilknyttet hverandre og påvirket hverandres perspektiver. Det er følgelig forventet at forskerens verdier har påvirket både resultatene og hvordan disse ble innsamlet (Toma, 2000). Forfatteren har ingen illusjoner om ren objektivitet i arbeidet, men har vært bevisst sine ståsteder, og har forsøkt å unngå å overskygge resultatene med egne fortolkende vurderinger (Jørgensen & Phillips, 1999).

Metode:

Etiske betraktninger:

Den foreliggende avhandling studerer opplevelsene til individer del av en av de høyest utdannede og mest respekterte yrkesgruppene i landet. Per definisjon et utvalg ressurssterke mennesker, med få krav til spesielle hensyn når det kommer til forskningsmessig interaksjon. Visse etiske betraktninger gjør seg like fullt gjeldende. Viktig blant disse står prinsippet om å beskytte deltakere fra enhver form for skade eller tap, samt å bevare deltakernes psykologiske og fysiske velbehag og verdighet. Den herværende studien impliserer få trusler mot sine respondenter i så henseende, men avveininger og forbehold ble likevel tatt i utforming av spørsmål og tematikk. Ubehagelige temaer eller hendelser måtte berøres med nødvendig respekt og ydmykhet. Eventuelle emosjonelle uttrykk i intervjusituasjon ble lagt spesielt merke til og behandlet med varsomhet og aksept for slik å begrense reaksjoner som kunne oppleves ubehagelige for respondenten (Cieurzo & Keitel, 1999). I tillegg var det forventet at ømtåelige eller på annen måte vanskelige temaer for den aktuelle respondent kunne bli berørt. For å tilrettelegge for en produktiv og åpen behandling av slike sto det sentralt å gi deltakerne en opplevelse av å oppnå noe, enten på sine egne vegne eller andres, gjennom deltakelse i prosjektet (Lee & Renzetti, 1993). Formidling av kunnskap, åpenhet, bevisstgjøring og økt trygghet mellom mennesker ble sett som ønskelige konsekvenser i så måte. Muligheten for å bidra til eventuell positiv samfunnsendring virket også motiverende.

Meget sentralt sto også problemstillinger om konfidensialitet og anonymitet. Trygg oppebevaring av innsamlet data var en forutsetning for gjennomføring av studien. På bakgrunn av dette ble Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) kontaktet og forespurt om å kontrollere studiens personvern. Tillatelse ble deretter gitt, dette kan sees i appendiks 4. Respondenter måtte også underskrive et samtykkeskjema (appendiks 2) etter først å ha mottatt informasjon om prosjektet gjennom informasjonsskriv (appendiks 1) og

muntlig gjennomgang. Alle nevnte dokumenter er tilgjengelige i appendiks. Både data og papirarbeid er oppbevart konfidensielt i henhold til NSDs formaninger. Anonymisering av materiale var også et vesentlig tema, og betydelige anstrengelser er lagt i å fjerne identifiserende detaljer fra benyttede utsagn. Som følge av at studien berører medisinsk helseprofesjonell ble også den regionale komitee for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) kontaktet for å avklare eventuelt behov for videre saksbehandling. REK erklærte derimot studiens utforming som utenfor helseforskningslovens virkeområde, og således ikke pålagt godkjenning.

Deltagere:

En større gruppe leger med minoritetsbakgrunn ble kontaktet og forespurt om de hadde anledning til å delta i prosjektet. Rekruttering ble forsøkt gjennom et større utvalg kanaler, blant annet mail, telefon og direkte kontakt med legesentre og HR seksjoner ved et utvalg sykehus. Venner og bekjentes kontaktnettverk ble også benyttet. Den mest effektive strategi viste seg å være rekruttering gjennom den såkalte snøballmetoden hvor tidligere informanter eller andre engasjerte la til rette for direkte kontakt mellom forskeren og andre aktuelle respondenter. Forutsetninger for deltakelse var minoritetsbakgrunn som definert i innledningen, samt medisinsk profesjonsutøvelse i det større Oslo-området. Det ble ikke holdt som noe krav at formell utdanning var utført innenfor landets grenser, såfremt medisinsk praksis var godkjent og utøvet. Begrensningen i studiens geografisk utstrekning for arbeidsplass ble gjort som følge av både logistiske, tidsmessige og økonomiske hensyn. Resultatene forventes likevel å være formålstjenlige da Oslo er langt mer mangfoldig kulturelt sett enn andre områder av landet. På grunnlag av den demografiske utviklingen Oslo-området har gjennomgått de siste tiårene er situasjonen i hovedstaden også den eneste i landet som kan sammenlignes med andre metropoler med en mer ”superdiverse” profil (Vertovec, 2007). Da samtlige involverte leger også måtte ha tatt del av den norske turnusordningen spenner spekteret av erfaringer hos de involverte betydelig lenger enn kun begrenset av området de ved intervju tidspunktet opererer i. Av de spurte sa ni individer seg villige til å delta, henholdsvis seks menn og tre kvinner. De medvirkende var alle praktiserende leger i Stor-Oslo området, men utgjorde en heterogen gruppe med variasjon over en rekke felt. Utvalget varierte karrieremessig fra assistentlege til rutinert overlege, med tilsvarende spredning i alder. Flertallet av legene var riktignok i 30-årene, og slikt sett relativt unge. Arbeidsområder og spesialiseringer varierte sterkt. Av arbeidssteder var både private og offentlige legekontorer representert, samt både større og mindre sykehus. Rekruttering ble avsluttet da

tilstrekkelig metning av materialet virket oppnådd. Respondentene varierte også over etnisk og kulturell bakgrunn, med aner fra mange ulike nasjoner. Flere av deltakerne var norskfødte. Ingen av de medvirkende hadde innvandret fra EØS-området. Med forbehold om dette siste aspektet kan de faktiske respondenter ellers kategoriseres som et utvalg tatt av den helhetlige innvandrerbefolkningen slik dette begrepet tidligere ble definert av SSB, på tross av at en slik kategorisering er forenkende i henhold til opplevd nasjonalitet og tilhørighet på individnivå. I et definisjonsøyemed virker dette likevel å gi et tilstrekkelig inkluderende rammeverk som et større antall individer med flerkulturelle bakgrunner kan føle seg innbefattet av. En populær måte å konseptualisere minoritetsbakgrunn på, både i forskning og i dagligtale, er gjennom begrepet etnisitet. Problemet med en slik fremstilling er at begrepet i seg selv i meget stor grad har opplevd et meningstap gjennom å bli brukt uten funksjonelle operasjonaliseringer. Bhopal definerer etnisitet som en fasettert betegnelse som referer til en gruppe mennesker tilhører, eller blir opplevd å tilhøre, som et resultat av visse delte kjennetegn. Disse inkluderer geografiske og historiske opphav, men især kulturelle tradisjoner og språk. Samtidig kan begrepet ofte bli forstått som å inneholde elementer som nasjonalitet og religion, men dette varierer avhengig av kontekst. Etnisitet består således av et sett egenskaper i stadig flyt, noe som bidrar til å gjøre begrepet upresist og diffust (Bhopal, 1994; 1997; 2004; Jennum, 2010). Øverbye argumenterer for at etnisitet utifra en slik definisjon både kan være noe man ”er”, eller oppfatter seg som, eller blir oppfattet som (Øverbye, 2011). Forfatteren vurderer som en følge av disse elementer begrepet som lite informativt og presist. Bruken av termen i avhandlingens analyse vil derfor bli begrenset til de tilfeller der respondenter selv benytter seg av det.

Prosedyre:

Intervju: Etter rekruttering ble det ved anledning avtalt møtested og tid for intervju. Disse tok form av semi-strukturerte dybdeintervjuer med en varighet som varierte mellom ca 35 minutter og 1 time, og ble i all hovedsak avholdt ved respondentens arbeidsplass.

Datainnsamlingsformen ble valgt på basis av nyanserikdommen og spennet slike data kan inneha. Schostak trekker fram flere fordeler ved denne innfallsvinkelen og kaller selve intervjusituasjonen en kjent og inkluderende ramme. Et konversasjonsrom hvor individer virkelig kan henvende seg til hverandre og slik åpne for muligheten til innsikt og refleksjon. Både når det kommer til erfaringer, bekymringer, interesser, verdier, tro, kunnskap og ulike måter å se, tenke og oppføre seg på (Schostak, 2006). Strukturen og det rettlede formålet med slike samtaler gir også en spesiell mulighet til å oppnå innsikt i hvordan mennesker

virkelig forstår sine liv og sine verdener (Hauge, 2009). Den semi-strukturerte formen ga i tillegg frihet til å berøre et stort antall temaer, og la til rette for at individuelle respondenter lett kunne sette sitt eget preg på intervjuet gjennom og selv velge hvilke erfaringsområder å tillegge mest vekt i tiden til rådighet. Fleksibilitet i intervjusituasjonen ble vurdert som meget sentralt i å få kartlagt de individuelle perspektivene og premissene bak hvert enkelt refleksjonstilfelle (Scior, 2003). Samtidig slapp forfatteren å oppgi all kontroll og kunne lede videre i funksjonelle spor når det oppsto pauser eller problemer. Fenomenene som var denne studiens hovedpunkter er også ofte lite tilgjengelig for analyse gjennom andre innsamlingsteknikker, da opplevelser med flere av dem som regel benektes eller tilsløres av dominante grupperinger eller ideologier (Essed, 2002). Verbale ytringer og refleksjoner var således bedømt som en relevant og god innsiktskilde i tråd med andre forskeres erfaringer.

Sentrale spørsmål i intervjuet berørte respondentenes arbeidshverdag og rutiner, spesielt når det kom til pasientkontakt; deltakerens bevissthet omkring det å være lege med minoritetsbakgrunn; eventuell erfaring med rasistisk eller annen diskriminerende atferd; sosial representasjon og tilhørighet, samt legerollens posisjon og dennes effekt på den aktuelle respondents hverdagsopplevelser. For en fullstendig gjennomgang av de spørsmål som ble benyttet henvises det her til intervjuguiden vedlagt i appendiks 3.

Den semi-strukturerte intervjuformen ga samtidig mulighet og insentiv til å spontant utforske uventede temaer og narrativer som dukket opp. Noe som også la føringer for endringer i intervjuguiden senere i innsamlingsprosessen. Som et resultat av dette hadde nær sagt samtlige intervjuer noe unikt ved seg som ga verdifull hjelp i å fange den enkeltes erfaringsrom. Denne variasjonen ble, som håpet, mest fremtredende i detaljnivå og refleksjonsrikdom innen det enkelte tema, slik at intervjuenes struktur seg i mellom forble relativt lik.

Transkripsjon: Neste steg av prosessen var transkripsjon. Denne ble gjort verbatim etter båndopptak. Både respondents og intervjuers utsagn ble transkribert, i tråd med ideen om at intervjuet er en samtale, hvor hver part er like viktig (Wetherell & Potter, 1992). En slik grundig tilnærming til materialet ga også god anledning til å bli nærmere kjent med innholdet og de iboende nyanser, noe som var til stor hjelp ved senere analyse (Braun & Clarke, 2006). Lengre pauser og tydelig nøling ble annotert ved hjelp av flere punktum, to (..) markerte korte opphold i prat eller at det ble trukket på siste stavelse i forrige ord; tre (...) markerte lengre opphold i prat eller at det ble trukket lenge på siste stavelse i forrige ord. Innskytelser og

avbrytelser ble annotert ved hjelp av klammer ([]). Uventede brudd i setningsoppbygging gjennom at taleren begynner på et nytt ord eller ordlyd etter først å ha påbegynt en annen ble også inkludert, disse ble markert med minustegn (ord-annet ord). Trykk på enkelte ord ble markert med understrek (_) der dette virket spesielt relevant. Mindre pauser, pust, de fleste såkalte ”tenkelyder” og en del andre konversasjonsmessige elementer som har med fart og intonasjon å gjøre ble ikke transkribert da disse ikke ble vurdert som relevante for valgt analysemetodikk. Fokuset er med andre ord på substansen i materialet, fremfor på å gjengi alle aspekter ved samtalene. I tilfeller hvor respondenten har pratet en noe gebrokken norsk er dette forsøkt gjengitt uten endringer i ordstilling eller endinger. Transkripsjonene ble til slutt gjennomgått opp i mot lydfilene for å sikre sammenfall. Tekstmaterialet ble deretter kontrollert for identifiserende ytringer, navn og detaljer. Disse ble så fjernet for å sikre respondentenes anonymitet.

Koding: For å oppnå en oversikt over de mest sentrale temaene ble datamaterialet deretter kodet setning for setning i et forsøk på å identifisere viktige poeng og sammenfatte spesielle erfaringsområder. Dette ble gjort ved hjelp av programmet Hyperresearch. Retningslinjen for denne prosessen var å la data drive generering, men mediert av et ønske om å samtidig ikke overse mer latent tematikk. Kodingen ble slik gjort etter en inkluderende teoretisk modell for å oppnå et minst mulig informasjonstap fra tekst til sammenfattet materiale. Målet var ellers å påvise tematikk som gikk igjen i et størst mulig antall av intervjuene, og i hvilken grad disse virket profesjonelt eller emosjonelt viktige for respondentene. Kodingene ble simultant gjort med henblikk på det utvalg strategier den enkelte benyttet eller hevdet å benytte seg av i visse situasjoner, samt at et utvalg utdrag fra datamaterialet som ble bedømt som spesielt illustrative ble plukket ut for diskursiv tekstanalyse.

Analyse: Faktisk analyse er ved ankomst dette punktet i realiteten allerede påbegynt. Det kan ikke med god samvittighet hevdes at kodingsprosessen i seg selv er objektiv, automatisk og uten innflytelse av subjektiv søken etter mønstre og sammenheng. Organisering av data i seg selv er av flere ment å være av analytisk art (Braun & Clarke, 2006; Miles & Huberman, 1994; Willig, 2008). Etter denne inkluderende grovkodingen av alt datamateriale fulgte en ytterligere organisatorisk prosess hvor det ble lagt vekt på å evaluere om kodene hadde fellestrekk, og slik eventuelt kunne sammenslås i mer omfattende temaer. Denne sorteringen tydeliggjorde sammenhenger og linjer på tvers av respondenter, samtidig som den la til rette for å i større grad gi større oppmerksomhet avvikende data. Under dette stadiet ble det også

etablert et skille mellom koder som reflekterte opplevelser og hendelser, og koder som redegjorde for handlinger og strategier.

Etter å ha skissert opp en gruppe overordnede temaer som virket å innbefatte kompleksiteten i materialet ble disse gjennomgått systematisk på leting etter årsakssammenhenger og interaksjon. Dette ledet til en ny gruppe mer robuste hovedtemaer som virket å vise konturene av hva respondentene opplevde som viktigst, og hvordan disse igjen virket inn på hverandre i tydeligere grad. Enkelte temaer fra forrige stadiet viste seg å kunne integreres i andre, eller måtte deles i to mindre hovedtemaer for å være instruktive nok. Andre viste seg og ikke være tilstrekkelig underbygget i materialet og ble således frafalt. Denne raffineringprosessen ble også gjennomført for de kodene som omhandlet faktiske handlinger eller strategier for å håndtere opplevelser eller hendelser. Disse ble samlet i kategorien ”mestringsstrategier”, og deretter organisert og reorganisert inntil sammenheng og prevalens virket etablert. Temaene ble samtidig også kontrollert for tydelig grad av forekomst på tvers av respondenter med det mål for øye å øke validiteten for at denne tematikken er representativ for en større minoritetslegetilpasning. Simultant med disse prosessene ble tekstutdrag som syntes spesielt interessante eller illustrerende analysert ved hjelp av diskurspsykologiske teknikker. Dette ble gjort for å triangulere de funn identifisert av tematisk analyse, og samtidig få et nytt perspektiv på materialet. Denne analysen var også nyttig mot å konkretisere mestringsstrategier, og slik tydeligere skissere rammene disse imellom.

Denne avhandlingen bygger på intervjuer med en serie leger med minoritetsbakgrunn med praksis i det større Oslo-området. Legebransjen er fortsatt en profesjon hvor man til en viss grad skiller seg ut som følge av sine forskjeller til majoriteten av utøvende. Detaljer som arbeidssted eller landbakgrunn kan følgelig vise seg å være en trussel mot respondentenes rett til anonymitet. Sitater gjengitt i resultatseksjonen av dette dokumentet vil derfor kun angi generelt praksissted og eventuelt størrelsen av dette. Til eksempel: (Respondent. Mindre sykehus).

Resultater og diskusjon:

Avhandlingen var ønsket å avdekke et spekter av opplevelser og erfaringer leger med minoritetsbakgrunn gjorde seg i hverdagslig yrkesutøvelse i det norske helsevesen. Videre var det ønskelig å kartlegge den enkelte leges kontakt med diskriminerende eller

forskjellsbehandlende atferd, samt hvilke mestringsstrategier den enkelte benyttet seg av i en eventuell modererings eller forhandlingsprosess.

Spesiell oppmerksomhet ble viet tematikk som gikk igjen over det relativt heterogene utvalget. Mest fremtredende blant disse var det faktum at samtlige respondenter hadde nær personlig erfaring med former for opplevd skepsis, forskjellsbehandling, diskriminering eller andre negative opplevelser, som med en annen betegnelse tilsvarer nær erfaring med hverdagsrasisme, samt at alle i større eller mindre grad hadde utviklet og benyttet seg av strategier for å omgå, unnvike, rasjonalisere eller rekonstruere negative situasjoner. Videre var det betydelig enighet om at det spekter av forskjellsdannere som minoritetsbakgrunn kan utgjøre skaper en nærmest ufravikelig bevissthet for sine egne og andres reaksjoner, posisjoner, atferd og synspunkter. Legene diskuterte også sine egne arbeidssituasjoner stilt opp mot kollegaer uten minoritetsbakgrunn på en rekke områder, både i negativ og positiv forstand. Refleksjoner omkring integrering, tilhørighet, og samfunnsutvikling var også gjengangere hos respondentene. Disse funnene vil bli redegjort mer utførlig i de påfølgende paragrafer.

Resultatene vil bli presentert i form av 4 hovedtemaer identifisert og definert gjennom tematisk analyse. Disse er navngitt henholdsvis ”Aversive erfaringer”, hvor ulike tilfeller av opplevd hverdagsrasisme blir gjennomgått. Disse er delt opp i to underkategorier som tar for seg relasjonelle eller personlige tilfeller, og institusjonelle eksempler. ”Bevissthet og representasjon”, som tar for seg respondentenes følelser rundt det å ha minoritetsbakgrunn, og effekter dette kan få. ”Prestasjon”, som utbroderer omkring deltakernes opplevelser og engstelser angående ytelse i jobbsammenheng, og ”Positive aspekter”, hvor de fordeler og positive elementer ved å være lege med minoritetsbakgrunn blir nærmere diskutert. I tillegg til dette følger en gjennomgang av de strategier respondentene benyttet seg av i hverdagen. Disse er samlet under overskriften ”Mestringsstrategier”. Hovedsakelig sett kunne spekteret og variasjonene av disse samles i 4 hovedstrategier: ”Kommunikasjon”; ”Distansering”; ”Unnvikelse”, og ”Profesjonalitet”. Strategiene gjennomgås og kommenteres hver for seg, men det minnes om at flere har klare interaktive og interagerende elementer.

Aversive erfaringer:

Relasjonelle opplevelser:

Som nevnt rapporterte samtlige respondenter en eller flere tilfeller med opplevd negativ respons fra andre på bakgrunn av respondentens etniske tilhørighet, utseende eller navn. Tilfellene varierte en del i grad av alvorlighet, fra hendelser som ble kategorisert som ”kjedelig, men vanlig” (Respondent. Legekontor), hvor eksempelvis pasienter kunne utvise skepsis, eller lav grad av tillitt, gjennom et unnvikende kroppsspråk og lite samarbeidsvillig verbal interaksjon, til rystende tilfeller av grove rasistiske utsagn. Således kan den opplevde hverdagsrasismen sies å ha en betydelig spredning over Wieviorkas diskrimineringsmodell (Wieviorka, 2002), noe som igjen indikerer at situasjonen under norske forhold ikke skiller seg mye fra den observert i andre europeiske land. De ulike respondentene diskuterte tematikken på meget forskjellige måter, med tilhørende variasjoner i begrepsapparatet benyttet. Ved direkte spørsmål om respondentene kunne erindre situasjoner de opplevde som rasistiske var selve hendelsen i gjenfortellingene meget klare, uavhengig av hvor langt episoden lå bakover i tid. Av dette kan det slutes at hendelsene i stor grad preger individet. Kategoriseringer av opplevelser, for eksempel hvorvidt man valgte å kalle et spesifikt negativt utsagn for rasistisk, diskriminerende, forskjellsbehandlende eller trakk disse distinksjonene i tvil på generelt grunnlag endret seg fra person til person. Et sentralt poeng i så henseende er måten de fleste respondenter startet utspill omhandlende denne tematikken med å kvalifisere den enkelte opplevelse. Hver respondent tok store forbehold når det kom til å kategorisere en hendelse som rasistisk motivert. Alternative årsaksforklaringer ble regelmessig trukket fram. Kanskje var pasienten ”sliten”, ”hadde en dårlig dag”, ”beruset”, ”forvirret”? Et stort antall nyanseringer gjorde seg gjeldende i en betydelig andel av tilfellene. Unntak var verbale episoder av en mer direkte og åpenbar art. Når en respondent rapporterte å bli møtt med utsagn som ”Jeg vil ikke snakke med noen pakkis!” (Respondent. Større sykehus) eller ”Ikke ta på meg din jævla svarting!” (Respondent. Større sykehus) forsvant de kvalifiserende anførselene. Sannsynligvis fordi den enkelte oppfattet slike som så kraftige brudd på allmenn høflighet og det normsett der medfølgende at slike utsagn ikke gjør seg ”fortjent” til det. Like fullt var det verdt å merke seg at det store flertall hadde en eller flere personlige historier øyeblikkelig tilgjengelig så snart tematikken ble brakt på bane, selv etter og selv ha erklært at dette ikke var noe de ofte ble konfrontert med. Møter med rasisme har blitt vist å kunne underminere individers evne til å føle seg ”hjemme”, da gjennom å skade den trygghet eller følelse av tilhørighet til et samfunn man er avhengig av å bygge opp. Slike tilfeller kan således bidra til å skade legenes opplevelse av seg selv som medborgere (Noble, 2005).

De vanligst forekommende hendelsene var i sammenheng med direkte interaksjon med pasienter, da gjerne på arenaer hvor den enkelte pasient ikke kjente legen godt, som ved legevakt eller poliklinikk. Dette er et funn som er i samsvar med tidligere studier om medisinsk personells erfaringer med fordommer og negative hendelser (Diaz og Hjørleifsson, 2011). Tre leger trakk også frem settingen som sentral da denne også styrte hvilken tilstand pasienter er i. Tilfeller av rusede eller på annen måte omtåket pasienter med lite alvorlige skader ble ment å føre til betydelig flere negative hendelser. En betydelig andel av de mest graverende situasjonene deltakerne var blitt utsatt for hadde også forekommet da legene var mindre erfarne, gjerne i turnustjeneste eller som assistentleger, da legens status muligens er objektivt lavest.

"Hun sa 'jobber det svartinga på sjukehuset her?!' Og det var liksom første arbeidsdag, første helg og jeg tenkte 'ja, her skal jeg bo og kose meg..' så man blir jo fort satt i bås sånn sett, så det har jeg sett i flere settinger" (Respondent. Større sykehus).

I det daglige opplevde derimot de fleste respondentene ingen stor forekomst av hendelser som opprørte dem, men tilfeller av unødig forsiktighet, hemmende tilbakeholdenhet og utvist skepsis var relativt vanlig. De fleste legene hadde erfaring med dette, men fremholdt at denne atferden som oftest forsvant utover i konsultasjonen.

"Ja, det er.. la meg si at det gjelder vel ikke de fleste pasientene. Som regel har et ganske avslappet forhold.. men, så er det jo noen som du .. merker det på. Som reagerer litt når de ser deg. ... Hvis du går på venterommet og roper opp en pasient. Så er det noen som er litt sånn. Ja, man ser at de kanskje er litt forsiktige og tilbakeholdne ... og litt kanskje det er en liten skepsis å spore der også da" (Respondent. Mindre sykehus).

Videre ble det antatt av respondentene at mye av denne oppførselen bunnet i frykt for misforståelser eller annen dårlig kommunikasjon. Enkelte av respondentene rapporterte også en opplevelse av at en del pasienter kunne uttrykke usikkerhet rundt legens kompetanse, som en følge av legens etnisitet, som illustrert av utdragene under.

"Noen ganger så kan jeg føle at det faktisk er fordi den andre personen er litt usikker på deg som fagperson og prøver å få litt mer informasjon om hvem du er, og hvordan du er og hvor flink du kanskje er og sånne ting..." (Respondent. Mindre sykehus).

"Ja.. jeg vet ikke om det virkelig er skepsis eller ikke, men jeg skjønner den følelsen av at man er litt dårligere enn den etnisk norske. At man har noe å bevise på en måte. At hvis jeg gjør den samme jobben som en etnisk

norsk, så vil det kanskje bli sett på som mindre bra. Selv om vi kanskje gjør akkurat det samme egentlig” (Respondent. Større Sykehus).

”Du merker jo at noen pasienter kan være litt skeptiske, og også med kroppsspråket når du kommer inn kanskje fordi jeg er utenlandsk, og det slipper kanskje etnisk norske leger. Og jeg føler jo også at jeg må være ekstra grei for å etablere den gode pasientkontakten, at jeg må jobbe enda hardere enn jeg kanskje måtte gjort hvis jeg var etnisk norsk” (Respondent. Størres sykehus).

Slike opplevelser kan indikere at en andel pasienter, og med det en andel av befolkningen, gjør bruk av en stereotype som skisserer at utenlandske eller ”mørkhudete” eller ”fremmede” leger er mindre kvalifiserte enn andre. En del pasienter søker riktignok aktivt etter informasjon som kan motbevise denne antakelsen, blant annet blir norsk utdanning av mange ansett som et trygghetstegn. Noe som i hvert fall i noen grad angir en tilfredshet med det norske helsevesen, om ikke annet. Det ble også nevnt at forekomsten av slik atferd nok var en del høyere blant eldre pasienter, men de fleste poengterte at dette sannsynligvis hadde sine årsaker. Flere teoriserer at eldre muligens var noe mer engstelige for å ikke få formidlet plagene sine, og for påfølgende misforståelser lege og pasient imellom da de statistisk sett gjerne er sykere og har mer kompliserte sykdommer. Dette sett sammen med at mange eldre har mindre interaksjon med minoritetsmedborgere enn yngre kunne forklare denne forskjellen mente de fleste deltakerne. Hvorvidt denne tilbakeholdenheten, skepsisen og usikkerheten eventuelt kan være uttrykk for en overgang fra eksplisitt til mer subtile og implisitte former for rasisme, som dokumentert innen en rekke andre felt (McIntosh, 1992), krever ytterligere studier.

Institusjonelle opplevelser:

Omtrent halvparten av studiens respondenter rapporterte kjennskap til, eller direkte opplevd, arbeidslivdiskriminasjon. Denne kom sterkest til uttrykk ved problemer rundt det å bli ansatt ved nye arbeidssteder. To respondenter nevnte store vanskeligheter med å avansere etter fullført medisinstudie og turnustjeneste. Flere andre mente at dette var problematisk som i størst grad traff leger med utdanning fra utlandet og/eller begrensede norskkunnskaper. Likevel virket det også som om temaet opptok norskfødte leger som har hele sitt studieløp i Norge.

”Jeg tror det kan være en holdning hos flere, at som jeg sa i stad. At en starter litt tilbake i køen og må jobbe deg inn for å bli som de etnisk norske. Og det er derfor det litt det samme når du søker jobb også. At du havner

litt bakerst i køen, selv om du har studert i Oslo og alt mulig rart. Er navnet rart, så blir folk litt skeptiske med en gang. At her kan vi få problemer, eller et eller annet som ikke stemmer. Det er også noe jeg tror da, jeg har ikke noen forskningsdata på det. Men er i hvert fall naturlig å tenke at det er sånn”(Respondent. Større sykehus).

Respondenten ovenfor tillegger en betydelig del av ansvaret på tanken om at navn kan virke stigmatiserende, og gjøre en sårbar for diskriminering i søknadsprosessen. Respondenten gjorde klart at dette kun var spekulasjon fra vedkommendes side, men må jo kunne sies å ha blitt underbygget av ISFs nytgitte rapport ”*Diskriminerings omfang og årsaker*” hvor det konkluderes med at ”sannsynligheten for å bli kalt inn til jobbintervju reduseres i gjennomsnitt med om lag 25 prosent dersom søkeren har et utenlandsk klingende navn sammenlignet med identisk kvalifiserte søkere med majoritetsbakgrunn” (Midtbøen & Rogstad, 2012). Forfremmelser utover dette karrieremessige startpunktet virker ikke å være et like stort problem, sannsynligvis på grunn av etablerte hierarkiske strukturer i det norske helsevesenet. Ingen respondenter uttalte seg om eventuelle problemer rundt dette.

Et flertall av respondentene virker å oppleve stabile og støttende arbeidsmiljøer. Kun to tilfeller nevner eksplisitte erfaringer av baksnakking av minoritetspersonell blant etnisk norske leger. Disse har til gjengjeld oppfattelsen av at det er relativt vanlig og i større grad lete etter, og eventuelt poengtere, feil minoritetsleger gjør enn i andre tilfeller. Dette er et inntrykk som er med på å informere respondentenes forhold til prestasjon, noe vi skal komme nærmere tilbake til.

En respondent rapporterte å føle seg ekskludert fra sosiale aktiviteter i regi av arbeidsplassen, men de fleste mente at dette ikke var noe stort problem. En del meddelte at de ikke følte seg utenfor fellesskapet i noen utstrakt grad, men at de ante en usikkerhet blant kolleger når det kom til visse tilstelninger som følge av manglende kunnskap og innsikt i kulturelle variabler. Eksempler er alkohol og mattradisjoner. Sosialt samhold og inkludering ser ut til å variere fra arbeidsplass til arbeidsplass

Blant de respondentene som relativt sett rapporterte få, eller i hvert fall lite alvorlige, aversive erfaringer på arbeidsplassen gikk det igjen en interessant talemåte.

”Jeg synes det er- det er veldig trist altså. Jeg synes det. Men jeg tror egentlig at det jeg har opplevd er fryktelig lite i forhold til det andre opplever. Som man leser om og hører om. Jeg har vært veldig heldig sånn opp igjennom barndommen og oppveksten at jeg har hatt det veldig bra. Hele tiden hatt norske venner så har alltid

følt meg veldig norsk. Jeg ser ikke på det som noe problem, de få episodene det har vært. Har ikke satt noen varige spor for å si det sånn." (Respondent. Legekantor)

"ja, jeg har vært utrolig heldig" (Respondent. Større sykehus)

"Altså, kanskje.. kroppsspråk kan jo si litt. Men aldri noen direkte kommentarer altså, ganske heldig sånn sett." (Respondent. Legekantor)

Disse legene betraktet seg selv som heldige. At de er blitt forskånet for en del problemstillinger de selv antar treffer andre leger med minoritetsbakgrunn i betydelig grad. De var med andre ord klar over at hverdagen kunne vært, og er for mange, betraktelig vanskeligere å forholde seg til, men at de selv slapp å forholde seg til en del av dette som følge av "flaks". Respondentene har dermed tilsynelatende ikke den oppfatning at de selv effektivt forhandler vekk eller forebygger de hendelser som kunne møtt dem. Eventuelt at de ubevisst forholder seg til en norm for "korrekt" og forventet atferd, og slik legger mye arbeid i å konformere sin rolle etter "uproblematiske" og "naturlige" retningslinjer. Normer blir som regel definert som kontekstspesifikke sett av holdnings- og atferdsmessige likheter som er med på å definere medlemskap i eller tilhørighet med en gruppe, eller som skiller mellom grupper (Goffman, 1959; Hogg & Vaughan, 2008). Normer som legger retningslinjer for atferd, oppførsel og framferd blir gjerne meget viktige når det kommer til å kategorisere oss selv eller andre mennesker, på samme måte som stereotyper. Når det kommer til sin egen person vil slike benyttes for å regulere egen atferd og fremtreden i henhold til de "forventede" mønstre skissert av normforståelsen, og slik gjennom samme prosess gjøre det mulig å kategorisere og evaluere andre individer opp mot de etablerte føringene. Jamfør Bhopal (2004) og Øverbye (2011) bærer følgelig også normbegrepet anstrøk av å ha både subjektive og tilskrevne elementer, noe som ikke er unaturlig når man tar til etterretning den innflytelse normer har på dannelsen av identitet og posisjon. Videre vil slike normer gjerne bære preg av "usynlighet", da ment som vanskelige å dokumentere som følge av sin uttalte og naturliggjorte form.

I det aktuelle tilfelle, hvor flere leger med minoritetsbakgrunn tilsynelatende opplever fravær av rasistisk motiverte negative opplevelser i arbeidshverdagen som heldig, i motsetning til, for eksempel, en selvfølge, indikerer en forståelse om at negative opplevelser som følge av hudfarge, utseende, bakgrunn eller andre forskjeller er å forvente. Å befinne seg utenfor den kulturelle normen eller stereotypen danner en formodning om at pasienter eller

andre kan møte en med diskriminerende eller annen negativ atferd. Gjennom å posisjonere seg selv som heldig fordi man ikke blir dårlig behandlet signaliserer man samtidig at man betegner normal atferd, atferd som ikke oppleves diskriminerende eller fordomsfull, som sjenerøs. Denne reaksjonen kan forstås som et tilfelle av symbolsk vold, for å benytte Bourdieus vokabular. En type vold som presser fram reaksjoner og innordninger uten engang å oppfattes som vold. En ansiktsløs påtvunget norm som tydeliggjør for individer som ikke passer malen at de må gjøre det de kan for å tilpasse seg systemet, noe den gjør gjennom å bygge, og støtte seg på, ”kollektive forventninger”. Antagelser og forventninger delt av både leger og pasienter (Bourdieu, 1996).

Som illustrert over de foregående sidene er det en betydelig forekomst av relasjonelle aversive opplevelser. Hverdagsrasisme eksisterer således som et utpreget element av arbeidsdagen til mange leger med minoritetsbakgrunn, og i tillegg er den ofte forventet. Dette legger grobunn for strategidannelse mot å omgå, unngå eller avvikle den.

Bevissthet og representasjon:

Å være av en annen bakgrunn enn majoritetsbefolkningen i en region vil unektelig føre til en viss grad av opplevd ”annethet”. De fleste opplever å skille seg noe ut som følge av et varierende utvalg identitetsmarkører. Etnisk tilhørighet, utseende, hudfarge, navn og språk er noen av kjennetegnene individet med minoritetsbakgrunn kan oppleve å bli differensiert gjennom. Annick Prieur presiserer at ”jo mer en utseendemessig atskiller seg fra majoritetsbefolkningen, jo flere påminnelser vil en også få om at en ikke oppfattes som norsk” (2002, s. 9). Dette gjør leger med landbakgrunn eller aner fra for eksempel Afrika eller Asia spesielt utsatt. Denne differensieringen og kategoriseringen gjør seg også gjeldende i arbeidslivet, noe som kom til uttrykk ved at nær samtlige respondenter rapporterte en særlig bevissthet om sin egen eller andres opplevelse av forskjell og annethet i daglige gjøremål. I hvilken utstrekning den enkelte valgte å la denne bevisstheten ha innflytelse på sin egen atferd varierte riktignok. De fleste reflekterte over relativt stadige påminnelser gjennom pasienters og andres nysgjerrighet. Spørsmål om hvor man var fra og hvordan man kom til landet var i mange tilfeller betraktet som en forventet del av en konsultasjon. Noen fant dette irriterende eller upassende, andre ikke. Disse siste betraktet gjerne slike spørsmål som en naturlig del av nordmenns kollektive måte å etablere relasjon på, eller som generell nysgjerrighet. Respondenter født og oppvokst i Norge fant slike spørsmål spesielt unødvendige. Det er naturlig å anta at stadige henvendelser omkring slike personlige forhold kan oppleves som

anmodninger om å redegjøre for sitt nærvær. At en stadig må forklare i større eller mindre grad hvordan det kan ha seg at en innehar den posisjon en har og samtidig er annerledes. Det er forståelig hvordan samme ”uskyldige” spørsmål fra hundrevis av ulike pasienter kan virke irriterende og forstyrrende.

Hos et mindre utvalg førte denne bevisstheten om annethet til en viss engstelse før nye konsultasjoner.

Før hver eneste konsultasjon så er det en greie. Ja, at jeg går igjennom de tankene der. .. er veldig spent på hvem neste pasient er når jeg roper opp navnet, såne ting og hvordan konsultasjonen blir, og hvordan vedkommende reagerer på meg. Så jeg tenker mye på det (Respondent. Mindre sykehus).

Nervøsiteten ble forklart med en frykt for potensiell avvisning på bakgrunn av hudfarge eller etnisitet. Disse legene hadde aldri selv opplevd en slik avvisning, men var meget bevisste på at situasjonen kunne forekomme. Engstelse for en slik hypotetisk avvisning tilkjenner en erkjennelse om at majoritetsbefolkningen, eksemplifisert av ”den neste pasienten”, en gang kan vise seg å ikke lenger være aksepterende eller støttende når det kommer til andre som skiller seg ut, her minoritetslegen. En frykt som kan bidra til å styrke bevisstheten av ”annethet” og uheldig non-konformitet.

Det store flertall av respondenter utviste en tydelig bevissthet vedrørende egen bakgrunn og posisjon. Spesielt når det kom til andres mulige reaksjoner eller holdninger til den. Kanskje ingen overraskelse etter å ha gjennomgått forekomsten av aversive opplevelser. Det følger like fullt både fordeler og ulemper med en slik selvfortolkning. Negative konsekvenser er varierte, med engstelse, ekstra innsats, og utstrakt bruk av både tid og krefter på forebyggende strategidannelse og tankegang som fokuspunkter. Flere studier har etablert at bevissthet omkring sitt eget kulturelle perspektiv, og mulige etterfølgende bias, er fundamentalt viktig i helsemessig interaksjon (Benson & Kleinman, 2006; Carl & Partridge, 2004). I tillegg er innsikt og bevissthet omkring hvilke kulturelle perspektiv pasienter besitter like verdsatt (Bernsen, Bruijnzeel, Harmsen & Meeuwesen, 2008), en innsikt leger med minoritetsbakgrunn virker å inneha i større grad enn andre leger. Videre positive aspekter utover bevissthetstematikk vil bli behandlet noe senere.

En andel av respondentene ytret også irritasjon over det de oppfattet som urettferdig generalisering. Dette forekom spesielt blant de norskfødte, men ble tatt opp av alle de leger

som meddelte at de følte et sterkere innsatspress for å kunne hevde seg kun fordi de hadde minoritetsbakgrunn. Dette skal vi komme nærmere tilbake til.

”Ja, det urettferdige. Det er at noen pasienter er skeptiske til utenlandske leger, la oss si fordi de tidligere har hatt noen dårlige erfaringer med utenlandske leger, så syns jeg det er urettferdig at jeg også må dele straffen ved å også bli vurdert som en muligens dårligere lege. For la oss si, hvis det er en pasient som har hatt en dårlig erfaring med en vanlig norsk lege, så ville ikke den pasienten nødvendigvis bli skeptisk til alle norske leger i fremtiden. Men det er lettere om man har en dårlig erfaring med en utlending, en brunhudet lege, så er det lettere å bli skeptisk til andre.. mørkhudede legere. Og det syns jeg er det urettferdige for det er noe kollegaene mine slipper” (Respondent. Mindre sykehus).

Det store flertall av respondentene delte opplevelsen av å være en representant for en større gruppe. Flere av legene tok på seg dette opplevde ansvaret med å være et godt forbilde for andre, mens andre igjen følte dette pålagt dem. Stolthet og en følelse av suksess motiverte den første gruppen, mens den andre opplevde dette enten begrensende for sin individuelle frihet eller som enda en unødvendig generalisering. Utrykket ”enten du vil eller ikke” ble gjentatt av flere. En spesifikk respondent med motvilje mot premisset forklarte at en slik tankegang kom fra samfunnet, og ikke fra minoritetslegene selv. Man blir, på bakgrunn av korte møter og overfladiske relasjoner i en hektisk hverdag, kategorisert av opinionen som representant for ”alle” innvandrere, eller ”alle” minoriteter, og ikke sett som representant for spesifikke folkegrupper eller landbakgrunner. Man blir, ifølge denne respondenten, sett som en ”utenlandsk medborger” og blir (om man vil eller ikke) med på å bekrefte eller avkrefte fordommer. Denne formuleringen er informert av et visst perspektiv angående overgeneralisering. Respondenten postulerer at andre ofte kategoriserer vedkommende som representant for en større utgruppering, en gruppering disse andre selv ikke er del av, per definisjon dermed en utgruppering (Hogg & Vaughan, 2008). Å bli klassifisert slik, uavhengig av om det er som minoritetsborger, utlending, innvandrer eller annet, kan oppleves stigmatiserende, og ha negative effekter. Tajfel og Turner redegjorde for prosessen omkring sosial kategorisering av individer. De hevdet at når kategorisering ble foretatt, ville dette perseptuelt minimalisere nyansene og forskjellene medlemmer av den aktuelle kategoriseringen imellom (1979). Å bli motvillig klassifisert inn i en slik marginalisert gruppering er dermed ofte fryktet, i og med at det er meget vanskelig å redefinere seg selv som spesiell og ressurssterk når først plassert som et ordinært og avmektig individ i en negativ kategorisering.

Setningen ”enten du vil eller ikke” hentyder til at den som blir kategorisert har liten innflytelse når det kommer til hva han eller hun blir sett og vurdert som, samt at denne prosessen forekommer vedkommende veldig naturlig. Dette kan forstås som at selve kategoriseringsprosessen er tilnærmet ubevisst og ”automatisk” fra kategoriserernes side, og følgelig vanskelig å gjøre noe med. Dette er perspektiver delt av flere tiårs fremste sosialteoretikere, hvor kategorisering ble vurdert som en fundamental basis i menneskelig kognisjon, og i så måte meget begrenset i fleksibiliteten mot endringer (Allport, 1954; Tajfel & Turner, 1979; Leach, 2002). Nyere sosialpsykologisk teori har motsatt seg denne absolutismen (Billig, 1985; Fiske, 2005; Leach, 2002). På bakgrunn av spesielt Michael Billigs teorier vil forfatteren her fokusere på at dette perspektivet uansett er uproduktivt i endringsmessig forstand. Dersom kategorisering er, som Billig sier, “the process by which a particular stimulus is placed in a general category” (1987, s. 161) og at dette er en kognitivt ukomplisert og tilnærmet automatisk prosess, blir det desto viktigere å fremme partikularisering. Definert som den reverserte prosessen hvor en stimulus ikke blir behandlet som ekvivalent av andre, men betraktet som spesiell (Billig, 1985; 1987). Naturlig nok en betydelig mer krevende, men også fordelaktig prosess. I de tilfeller da stimulus er individer, synes det å bli desto mer sentralt å fremme kognitive prosesser som tar de nødvendige hensyn til forskjell og unikhet. Å bevisstgjøre seg selv behovet for å unngå enkle og ufullstendige kategoriseringer er likevel en ting, å bevisstgjøre andre en helt annen. På tross av at respondentene alle ga uttrykk for å være inneforstått med denne kompleksiteten hindret ikke dette dem i å forsøke, som illustrert av sitatet under.

”Ved å på en måte gi litt mer, og snakke med dem så tror jeg de på en måte- når jeg snakker litt mer personlig med dem så ser de også mennesket bak meg. Og da er det ’ja, de er mennesker og de klarer seg ganske bra’, føler i hvert fall at da har jeg god samvittighet, da har jeg gjort en god jobb. Med å på en måte introdusere ”Oss”, om jeg kan si det. Ikke at vi er en egen gruppe egentlig, men som fort blir det” (Respondent. Større sykehus).

Dess mer en kategorisering er befestet kognitivt jo vanskeligere er det å moderere den, spesielt fra utsiden. Mange respondenter påpekte at slik konsolidasjon kunne forekomme når (og om), pasienter eller andre opplevde å få bekreftet sine fordommer i interaksjon, et utfall som for samtlige var viktig å avverge. Nøyaktig hvordan respondentene gikk frem i sine forsøk gås nærmere igjennom under overskriften ”mestringsstrategier”.

Prestasjon:

Det var bred enighet blant respondentene om denne tematikken. De aktuelle leger uttrykte nær sagt alle en bestemt følelse av å måtte jobbe hardere og prestere bedre enn leger med norsk majoritetsbakgrunn. Dette resonnerer godt med resultater fra liknende studier i andre land (Bright, Duefield & Stone, 1998; Carr, et. al., 2007). Det ble gitt både personlige og generelle argumenter for at dette er en realitet. Videre virker det å være to interaktive motivasjoner bak mange minoritetslegers ekstra innsats. Den første er et rent karrieremessig insentiv hvor det oppleves nødvendig å legge inn mer arbeid og innsats for å bli tilstrekkelig lagt merke til i forhold til majoritetskolleger.

”Det tror jeg nok veldig mange som ikke ser typisk norske ut føler, uansett yrke. Uansett hva du driver med så tror jeg det er veldig mange som føler det. At man må jobbe hardere for å kunne konkurrere. Og det stemmer nok til en viss grad” (Respondent. Større sykehus).

”Det gjør at du får litt press. Du må prestere. Det er ikke sikkert at forventningen er så åpenbar, men jeg har i hvert fall følt at jeg må prestere mer for å vise at du kan like bra. Men det har jo også med språket, for når du kommer hit som voksen eller som ungdom så klarer du ikke å ta igjen de der 15 årene- eller 20 år, så uansett henger du litt etter. Og språk er jo makt. Så så, så jeg tror at jeg har prestert litt mer” (Respondent. Legekantor).

En andel av respondentene trakk fram språk eller formidlingsvansker som argument for hvorfor de følte at de måtte jobbe hardere enn sine majoritetskollegaer. De rapporterte gjerne at de selv opplevde at de kunne minst like mye som sine medstudenter og kollegaer, men hadde vansker med å uttrykke dette. Interessant nok var opplevelsen av å måtte jobbe hardere enn sine majoritetskollegaer like sterkt representert hos norsk-fødte med perfekt språk.

Den andre er resultat av det press en lege med minoritetsbakgrunn legger på seg selv for å oppveie for det opplevde ”handikap” den enkelte eventuelt føler oppstår som følge av sin etnisitet, sitt utseende eller andre ”annethetsdannende” markører. Noen respondenter ga også uttrykk for å måtte jobbe ekstra hardt for å heve den kollektive anseelse leger med minoritetsbakgrunn innehar.

”For hvis jeg er da den første legen med en annen hudfarge de møter, så må jeg være kjempebra. For at de skal få et bedre inntrykk av den neste legen de møter med minoritetsbakgrunn. Jeg kan ikke komme sånn halvveis sleivete og gjøre en dårlig undersøkelse og bare ta- så jeg tror nok at etnisk norske kommer unna med mye mer enn det jeg ville gjort. At jeg må være et par hakk høyere for å komme på det nivået fordi jeg starter noen hakk

lavere. Man må liksom være blid og hyggelig om klokka er halv 4 på natta eller dagen, og gi litt mer for å bli verdsatt like godt” (Respondent. Større sykehus).

Hvorvidt det er tilfelle om leger med minoritetsbakgrunn reelt sett ville opplevd negative konsekvenser av å forholde seg til samme arbeidsmengde og holdninger som leger med majoritetsbakgrunn blir på bakgrunn av dette materialet kun spekulasjon. Hva som derimot er åpenbart er frykten den enkelte lege har for de presumptive konsekvensene. Skulle disse legene lagt seg på samme nivå, uten å ta hensyn til sine oppfattede handikap, fryktes det at pasientene ville evaluert deres kompetanse, innsats og behandling som mangelfull. Noe som både ville vært skadelig for den enkelte lege, men også for minoritetslegers anseelse generelt. En anseelse de fleste legene som identifiserer seg med betegnelsen mener allerede er skadet nok. ”Pasientene” brukes her som en samlebetegnelse på den norske majoritetsbefolkning i den posisjon denne møter de aktuelle legene. Utifra denne innsikten kan det slutes at minoritetslegene langt på vei har en subtil, men absolutt atferdsstyrende, frykt for en generell karakter, en mer eller mindre imaginær nordmann, som oppfattes som i stand til å dømme, mistro og true den enkelte leges legitimitet og tilhørighet dersom det skulle finne ”ham” for godt. Videre blir den enkelte lege ”tvunget” til å posisjonere seg i forhold til denne komplekse og truende figuren som simultant blir oppfattet som sjenerøs og tolerant. Setningen ”*Hvis jeg er den første legen med en annen hudfarge de møter, så må jeg være kjempebra*” impliserer at respondenten føler at pasienter per definisjon har et negativt inntrykk av leger med mørk hudfarge allerede før de overhodet har møtt en. Videre impliserer disse holdningene at dersom en lege med minoritetsbakgrunn ble evaluert som utilstrekkelig kunne dette føre til aversive opplevelser fokusert rundt deres etnisitets- eller minoritetsstatus. Da er det ikke det minste overraskende at fokuset mot prestasjon er så sterkt som det er. Studier har gjentakende ganger vist at profesjonelle som frykter slike eventualiteter opplever kompetanse som beskyttende, og fortreffelighet som nødvendig for å virkelig lykkes (Carr, et. al., 2007; Coombs & King, 2005). Respondentene ga samtidig uttrykk for at de som regel ikke så noe spesielt problem ved dette tilleggspresset da det var til gagn for pasientene. Pasientenes velvære ble konsekvent holdt fram som viktigst.

De positive aspekter for legen med minoritetsbakgrunn:

I samsvar med funn gjort av Diaz og Hjörleifsson reflekterte også denne studiens deltakere over kulturell kompetanse og utstrakt kulturell forståelse som ressurser tilgjengelig for dem gjennom sin bakgrunn (Diaz og Hjörleifsson, 2011). Denne kom til uttrykk i daglige

konsultasjoner som en spesiell kjennskap til hvordan spesielt minoritetspasienter uttrykker seg, og forventninger disse har til den medisinske relasjonen. I tillegg rapporterte legene en betydelig mer uanstrengt kontakt med minoritetspasienter, sammenlignet med andre leger. Denne tryggheten ble derimot ikke oppfattet som begrenset til pasienter med samme landbakgrunn eller etnisitet som helsepersonellet, men var overførbart på mye bredere plan.

”Ja, med mange utenlandske pasienter så føler jeg at de opplever det som veldig fint. De senker skuldrene litt. Og da spesielt de som kan det samme språket som meg og som er svake i norsk. De blir jo veldig lettet for da får de endelig forklart plagene sine skikkelig. .. også er det, det er jo det at mange av de som ikke er vesteuropeere, har faktisk en del likheter i kulturen sin. Om de så er fra Sør-Amerika eller Asia eller.. så føler alle vi da, at vi har en viss felles forståelse for en del ting. Spesielt det i forhold til familie, storfamilie, slekt, sånne ting hvor vi har en del felles verdier” (Respondent. Mindre sykehus)

”Det positive som jeg har opplevd er at folk fort får tillitt til deg. Altså folk med utenlandsk bakgrunn. De ser at jeg har en annen kulturell bakgrunn og at de kan.. ja, fortelle meg ting mye enklere og være litt mer avslappet. Selv om en afrikaner har like mye til felles med meg som med en etnisk norsk mann, en nordmann, men likevel har de kanskje litt mer fordi de ser at jeg også ikke er helt norsk og at jeg kanskje er i samme båt som dem. At de- det syns jeg at- jeg har hatt veldig lett for å få kontakt med dem” (Respondent. Større sykehus)

På noen måter er disse fordelene aspekter av den samme form for overgeneralisering diskutert under ”bevissthet og representasjon”, men nå med positivt fortegn. Minoritetslegen opplever at pasienter uten majoritetsbakgrunn utviser tillitt og trygghet raskere enn mot andre leger. Dette blir trukket fram av Diaz og Hjörleifsson som en nøkkelressurs (2011), og blir også vurdert som hovedargumenter for diversitet i helseprofesjonen i andre land (Berg, et. al., 2007; Bindman, Komaromy, Saha & Taggart, 2000). Med andre ord både oppleves og vurderes dette aspektet som en klar fordel, men det eksisterer likevel en spenning mellom de negative og positive effekter av generaliserende kategorisering. Er det mulig å beholde den ene, men bli kvitt den andre? Den norske samfunnsstrukturen er bygget over en sterk likhetstanke (Eriksen, 1993; Gullestad, 1989). En såpass egalitær ideologi synes ikke å legge forholdene til rette for at individer skal bli tilstrekkelig verdsatt og respektert for de spesialkompetanser de innehar. Flere av studiens respondenter vedholder seg til et meritokratisk evalueringssyn, hvor de ressurser en sitter på og prestasjoner en utretter bør ha mest å si for aksept og posisjon. Hvorvidt et slikt system er forenlig med samfunnsutviklingen, og ikke minst verdsettelse av ressurser som ikke enkelt involverer befolkningen som helhet, gjenstår å se.

En betydelig andel opplevde sin identitet som en godt balansert kombinasjon av norsk og annen kultur, hvor de hadde anledning til å trekke fram de elementer de følte var mest fordelaktige. I de fleste tilfeller ble det lagt vekt på kulturelt vektlagt respekt for eldre og syke, noe som ble oppfattet som fordelaktig i det daglige.

”Det er lettere da. Den kultur, eller oppvekst jeg har da, som har et helt annet utgangspunkt med tanke på for eksempel respekt for eldre eller for syke mennesker, og det synes jeg hjelper meg mye” (Respondent. Større sykehus).

Jeg har to forskjellige kulturer ikke sant, to forskjellige tankemåter som jeg har opplevd. Og jeg ser forskjeller, hva er ulemper og hva er gevinst, så jeg ser det kanskje bedre enn mange andre (Respondent. Større sykehus)

Flertallet av respondentene satt også på betydelig språklige ressurser, noe som også naturlig nok ble sett på som et fortrinn. Fire respondenter reflekterte også over en utvikling mot at flere etnisk norske pasienter søkte dem ut basert på visse nyoppblomstrede ideer om at leger med minoritetsbakgrunn var meget dyktige. Det ble spekulert i at denne tendens er en følge av at leger med minoritetsbakgrunn ofte blir oppfattet som grundige, og flinke til å vektlegge og formidle at de tar pasienten på alvor. Ved noen få anledninger valgte respondenter å ikke uttale seg på bakgrunn av premissuenigheter.

Med premissuenigheter menes en motvilje til det benyttede begrepsapparat, og de der tilknyttede kategoriseringer. Tematikk som omhandler integrering, etnisitet, diskriminering blant flere er meget følsomt for mange, og begrepsassosiasjoner og betydninger er i stadig endring. Studien var før intervjustart forsøkt kontrollert for vokabular som kunne oppfattes stigmatiserende eller på annen måte ubehagelig, men spekteret av meninger og standpunkter gjorde enighet og begrepsnøytralitet uopnåelig (om i det hele tatt mulig). Naturlig nok varierte det benyttede begrepsapparat kraftig mellom respondenter. Enkelte problematiserte samtidig at de ikke var tilfredse med termene for de aktuelle kategoriseringer, men samtidig ”måtte” bruke uttrykk som ”etnisk norsk” og ”minoritet” på bakgrunn av å gjøre seg forstått. Diskusjon av ømtåelige temaer ble som en følge ofte gjort med bevisst avstand til begrepsapparatet benyttet. Et ytterligere poeng var at kategoriseringer som ”norsk-født med innvandrerforeldre” eller ”etterkommere” sto i veien for å oppnå status som ”virkelig” norsk, gjennom å stadig bringe oppmerksomhet mot vedkommendes annethets- eller forskjellsstatus. Dette illustrerer at debatten om hva vi kaller hverandre absolutt ikke er over. Det må merkes at enkelte andre respondenter opplevde disse rollene som fordelaktige og produktive

subjektposisjoner og identitetsmarkører. Disse så i større grad på rollekategorien som et dekkende symbol for sin ressursfulle kulturelle ”hybrididentitet”.

Blakar fastholder at språket i stor grad avspeiler og representerer fortidens sosiale, psykologiske og materielle forhold (Blakar, 2006). Tilstedeværelsen av slike premissuenigheter og språklig begrepsvariasjon indikerer således at det stadig foregår en diskursiv kamp om mening på feltet. En kamp om rettigheter, status og makt til å fastsette konnotasjoner. Billig hevder at språket ikke skaper en kompleks og rik meningsverden, men snarere stenger ute kompleksitet for å beskytte tilhørerens stabilitet (Billig, 1987). Endringer i språkbruk kan følgelig både oppleves forvirrende og ubehagelig for mange, et poeng de fleste debatter om håpløsheten av politisk korrekthet kan vitne om, men også konstituerende for hvordan en tenker om andre grupper eller individer når endringen først er gjennomført. Resultatene mer enn antyder at kategoriseringstermene på området er utilstrekkelige, men viser også indikasjoner på at individer aktivt forhandler seg frem til meningsdefinisjoner de er mer komfortable med. Det store flertallet føler like fullt fortsatt at de ikke besitter en faktisk anvendelig måte å diskutere tematikken på.

For å oppsummere kort ser vi at et stort antall av respondentene har erfaring med aversive opplevelser og hverdagsrasisme. Hovedsakelig på et relasjonelt nivå, med andre ord i interaksjon med enkelte andre individer, gjerne pasienter. En slik regelmessig kontakt med problematikk bidrar tilsynelatende til å bygge opp en fremtredende bevissthet i legene om sin egen posisjon, fremtoning og den annethet disse innebærer. Denne annetheten blir som oftest vurdert som et handikap når det kommer til interaksjon med majoritetsbefolkningen, noe som gir klare insentiver for økt prestasjon i et forsøk på å kompensere. I tillegg oppleves kompetanse både beskyttende og som et endringsverktøy mot mulige fordommer i befolkningen. Når det derimot kommer til pasienter med minoritetsbakgrunn synes legenes spesielle kulturelle kompetanse å kun innvirke positivt, og føre til økt trygghet, fleksibilitet og forståelse lege og pasient imellom. På generelt grunnlag ses det like fullt at hverdagsrasisme er en reell del av mange minoritetslegers hverdag, og slik utgjør et grunnlag for et større spekter av strategier rettet mot å håndtere og forebygge denne effektivt.

Mestringsstrategier:

Mestringsstrategier er dynamiske og adaptive handlingsmønstre ment å beskytte individet mot problematiske eller aversive sosiale erfaringer gjennom å mediere praktisk eller psykologisk betydning av disse. Dette gjøres hovedsakelig gjennom tre ulike, men ofte interagerende prosesser. Den første av disse fungerer gjennom å eliminere eller modifisere situasjonelle forhold som legger grunnlag for, eller blir oppfattet å legge grunnlag for, problemer. Den andre gjennom å perseptuelt kontrollere meningen opplevelser får på en måte som nøytraliserer disses problematiske karakter. Den tredje gjennom å begrense emosjonelle konsekvenser problemer får til håndterbare størrelser (Pearlin & Schooler, 1987).

Gjennom analyse ble det identifisert 4 ulike hovedstrategier brukt av respondentene for å omgå negative responser, reforhandle situasjonelle faktorer som kunne gi grobunn for fryktede aversive opplevelser, og gi virkemidler for å posisjonere seg selv innen en kontekst på en måte som gjorde det lettest mulig å få gjort jobben sin på en tilstrekkelig effektiv måte. Samtlige respondenter var klare på at dette prososiale motivasjonselementet var det aller viktigste for dem personlig. Pasienters velvære og tilfredshet med behandling sto i en særstilling for samtlige respondenter. Faktisk sto denne motivasjonen tilsynelatende enda sterkere enn motivasjonen for å slippe diskriminering på et personlig plan, selv om det å være proaktiv og endringsskapende naturlig nok også sto sentralt. Videre var det mange som implementerte strategier for å kompensere for oppfattede handikap ved sin egen posisjon og bakgrunn overfor pasienter, eller for å distansere seg fra situasjoner eller subjektposisjoner som var fryktet å kunne føre til problematikk.

Tabell 1. Kommunikasjon som mestringsstrategi.

Hovedstrategi:	Understrategier:	Spesifikke eksempler gitt av respondenter:
<p><i>Kommunikasjon</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Språklig avvæpning 	<ul style="list-style-type: none"> • Formidling av norsk kulturkjennskap. • Tidlig intervensjon og formidling. • Presentere seg tydelig og klart.
	<ul style="list-style-type: none"> • Fremtoning, væremåte og talemåter 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvisning av språklig kompetanse. • Være åpen og høflig.
	<ul style="list-style-type: none"> • Relasjonsbygging 	<ul style="list-style-type: none"> • Vise interesse for pasientens person. • Gi oppmerksomhet.
	<ul style="list-style-type: none"> • Generell tydelighet i budskap 	<ul style="list-style-type: none"> • Klargjør situasjoner og utvikling. • Posisjonering lege og pasient imellom.
	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> • Positiv interaksjon og samhandling.

Effektiv kommunikasjon er en av de åpenbare forutsetningene for suksess i hverdagslig en-til-en interaksjon med andre mennesker. Dette er også tilfelle i lege og pasient relasjoner, noe samtlige respondenter var klare på. Kommunikasjon kan fruktbart defineres som enhver intendert handling med sikte på å gjøre noe felles med eller kjent for bestemte andre. (Blakar & Nafstad, 2004; Rommetveit, 1972). Begrepet involverer med andre ord betydelig mer enn kun verbale utvekslinger, noe som også var klart for respondentene. Viktigheten av et godt førsteinntrykk gjennom fremtoning, kroppsspråk, ordlegging og generell væremåte mot pasienter ble tydelig vektlagt av den enkelte, i samsvar med Blakars argumentasjon om at ikke-språklig kommunikasjon kan være minst like avgjørende som den språklige (1996). Det kom også frem at fremvisninger av engasjement og en evne til å kommunisere trygghet

gjennom sin tilstedeværelse var vesentlige virkemidler. Språklig avvæpning var en strategi alle respondenter trygget på sitt eget språk benyttet seg av. Spesielt i tilfeller der de opplevde å bli møtt av lukket eller ”skeptisk” kroppsspråk fra nye pasienter.

”Så begynner vi å prate og de for eksempel ser at jeg prater veldig godt norsk. Forstår den norske kulturen og prater om litt av hvert. Å kunne avvæpne en situasjon ved å.. ved at de ser at du er en ganske ålreit person da. Så hvis konsultasjonen blir bra så føler jeg at jeg har lyktes i det jeg skal gjøre” (Respondent. Mindre sykehus).

Gjerne så tidlig i interaksjonen som mulig satte disse legene et ekstra fokus på å formidle sin egen kulturkunnskap og generelle språklige kompetanse. Dette var som regel en integrert del av legenes introduksjons- og konsultasjonsreportoar, men ble tilpasset den enkelte pasient basert på en effektiv vurdering av dennes bakgrunn og behov. Ingen av legene oppga å være engstelige for å samle inn ytterligere informasjon for å oppnå en best mulig evaluering.

”Poenget er at jeg snakker med dem. Er du tidlig- er veldig tidlig i samtalen med kommunikasjon så går det veldig bra. Er du veldig sånn 'ah, ih' oh' (gestikulerer og viser med ansiktsuttrykk at dette indikerer vaghet) 'ja, vi skal se litt på det' så blir det mye forvirring og sånt. Og det kjenner jeg på, tillitten er bygget på kommunikasjon. Har du god kommunikasjon, har du god tillit” (Respondent. Større sykehus).

Respondentene som benyttet sin språklige og kulturelle kompetanse for å avvæpne potensielt spente situasjoner satt igjen med et inntrykk av at dette var en meget effektiv strategi, og som oftest førte med seg skarpe overganger fra skepsis til tillitt, og fra lukkethet til meget åpne dialoger. Expectancy violation theory postulerer at når et individs karakteristikk, atferd eller egenskaper bryter med stereotype forventninger eller fordommer vil påfølgende evalueringer bevege seg mot ekstremene i den motsatte retning av den originale forventningen (Burgoon & Hubbard, 2005; Coleman, Jussim & Lerch, 1987). Når slike forventninger til atferd ikke informeres av tilstrekkelig erfaringsmessig informasjon er det vanlig at de fundamenteres i stereotyper (Hamilton, Sherman & Ruvolo, 1990, sitert i Burgoon & Hubbard, 2005, s. 151). Et individ som i utgangspunktet utviser skepsis mot leger med minoritetsbakgrunn er sannsynligvis influert av en negativ stereotype rettet mot slike medisinere, vanligvis kanskje knyttet til forventninger om dårlig språk og formidlingsproblemer, og vil ofte bli meget positivt overrasket når en minoritetslege viser seg å motbevise fordommene. En tidlig og aktiv kommunikasjonsinnsats fra legene kan dermed vise seg meget fordelaktig. Makter legen å sette sin kompetanse i front, og gjennom sin fremtoning og atferd bringe eventuelle fordommer effektivt til skamme, vil vedkommende være i stand til å forme en pasients

inntrykk og således nyte godt av forventningsbruddet. Det er også en meget tett kobling mellom språk og kultur, og gjennom å mestre den ene uttrykker man den andre. Språket er den lettest tilgjengelige teknikken vi har for å uttrykke verdier, og gjennom disse opprette relasjoner. Det å beherske et språk godt gir også mulighet til å være med på å forme andres perspektiver og virkelighetsbilder (Rappana Olsen, 2011).

Åpenhet og høflighet rettet mot pasienter fra det første øyeblikk ble også ofte trukket fram. Dette ble sett på som en verdi, og som en selvfølge, men flere respondenter oppga samtidig et inntrykk av å måtte være mer behjelpelige og høfligere enn sine majoritets kollegaer. I noen tilfeller gjaldt dette også graden av oppmerksomhet og interesse en måtte vise til den enkelte pasient.

”Du må jobbe for det. Du må- hvis du, viser interesse, viser at du er interessert i å vite hva deres problem er, så skjønner de at du er interessert i dem og at du er interessert i å hjelpe dem og at du er.. tar dem på alvor”
(Respondent. Større sykehus).

Flere mente at en mindre gruppe pasienter raskere ble irritable om de følte seg oversett eller nedprioritert av en minoritetslege enn av en majoritetslege. Samtlige leger meddelte at de utelukkende syntes det var hyggelig å bygge relasjon med pasienter, men at de samtidig følte at det var variasjon i strategiene mot dette majoritets og minoritetsleger i mellom. Det kan tenkes at god evne til å opprette omgjengelig og produktive relasjoner med pasienter blir spesielt viktig for leger med minoritetsbakgrunn som føler seg avhengige av å få utvist sin faglige dyktighet. Det har blitt sagt at mennesker ikke bryr seg om hvor mye du vet, før de vet hvor mye du bryr deg (Campinha-Bacote, 2002), som følgelig blir av fundamental viktighet for denne gruppen.

Viktigheten av tydelighet i all interaksjon ble hentydet til av en betydelig andel av utvalget. Dette gjaldt både i henhold til egen rolle, i så måte at det raskt måtte gjøres klart for pasienter hvem som var lege, og hva vedkommende skulle og kunne gjøre for pasienten, samt for å unngå misforståelser, forvirring og motstridende beskjeder.

”Ikke så ofte, jeg er veldig tydelig på å.. introdusere meg. Sier høyt og tydelig navnet mitt, og at jeg er lege. Og hvilken avdeling jeg jobber på. Det gjør jeg kanskje ubevisst fordi jeg vil unngå misforståelser. Men siden jeg gjør det, så har jeg egentlig aldri opplevd noe.. trøbbel med det.”(Respondent. Større sykehus).

Mange lot til å mene at misforståelser og uklarhet lege og pasient imellom var blant de vanligste forløperne til, og utløsere av, ubehagelige situasjoner. I lys av dette perspektivet meddelte noen tanker om at det å være synlig medisinsk personell for et bredt felt av pasienter kunne gi bedringer over tid på andelen negativ respons som forekom. Denne tilnærmingen innebærer også en oppfattelse av at mange tilfeller av hverdagsrasisme springer ut av en generell kunnskapsløshet og begrenset erfaringshorisont for pasienters del, snarere enn fra et ønske om å diskriminere. Dette perspektivet er tilsynelatende utbredt. (Se: Carr, et. al., 2007). Dette er også en hypotese som speiler sosialpsykologisk kontaktteori (Allport, 1954; Zajonc, 1968), dessverre et perspektiv med anselige begrensninger (Pettigrew & Tropp, 2005; Stangor, 2000). Kommunikasjon som mestringsstrategi appliseres for å eliminere eller modifisere forhold som er forventet å kunne gi grobunn for problematiske opplevelser, i så måte er strategien i hovedsak forebyggende.

Tabell 2. Distansering som mestringsstrategi.

Hovedstrategi:	Understrategier:	Spesifikke eksempler gitt av respondenter:
<i>Distansering</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Minimering av oppfattet kulturell forskjell • Tabuisering og posisjonering • Erfaring 	<ul style="list-style-type: none"> • Unngå annethetsskapende identitetsmarkører. • Begrens kulturelle eller religiøse symboler, tradisjoner og ritualer. • Avstand til kontroversielle debatter. • Del informasjon om deg selv, din bakgrunn og din formelle kompetanse. • ”Tykk hud” og immunitet.

De ulike respondentene la frem en mengde strategier for å moderere og forme interaksjonssituasjoner med andre. Med unntak av et generelt fokus på kommunikasjon

benyttet de fleste seg av strategier som her sammenfattes under begrepet distansering. Først og fremst fordi det gjøres en innsats mot å unngå og omgå aversive situasjoner, samt å aktivt avkrefte pasienters mulige fordommer. Et ekstra fokus ble av flere for så vidt lagt på å i hvert fall ikke ”bekrefte” eventuelle fordommer, da dette var forventet å skape eksponentielt større problemer. Det virket klart fra respondentenes side at diskriminering og fordommer er reelle faktorer som må omgås. En mye utbredt teknikk var følgelig å begrense forskjellsdannere lege og pasient imellom. Utseende, navn og etnisitet er ikke spesielt fleksible identitetsmarkører, som et resultat av dette var det viktig for en del av legene å moderere andre, mer endringsvillige utslag av, og indikatorer for forskjell. Dette ble gjort ved å internalisere normative klesstiler og atferdssignaler, noe som også kan ha det resultat å fungere som et brudd på en negativ forventning fra pasientenes side og slik skape positiv respons jmfør expectancy violation theory (Bond, et. al., 1992; Burgoon & Hubbard 2005; Coleman, Jussim & Lerch, 1987). Flere av respondentene ga også uttrykk for at religiøse symboler eller særkulturelle objekter på arbeidsplassen kunne gi negative effekter og (for mange) unødvendig oppmerksomhet.

”Ja, det tenkte jeg på. Dette med for eksempel leger som bruker turban eller niqab eller hijab. Religiøse symboler som det. At det kanskje kan skape større fordommer enn meg som ser ganske streit ut. At kanskje det også er en faktor i bildet i forhold til diskriminering og opplevelser.”(Respondent. Legekontor)

I sitatet over spekuleres det i at uttrykk for kulturell annethet, for eksempel gjennom klesdrakt eller fremtoning, kan gi utslag i ytterligere negative opplevelser. Det å dra oppmerksomhet til sin ikke-normative bakgrunn eller identitet kan sees som å ”fremprovosere” negative reaksjoner, eller i det minste ikke være produktivt mot å fortrenge fordommer.

”Så er det jo viktig med integrering etter hvert da. Tenk deg for eksempel om du har et svært skjegg da, noen muslimer har jo det. Stort skjegg og kanskje en lue på og så går du rundt og er lege. Da blir du kanskje enda mer satt bak”(Respondent. Større sykehus)

En normativ integreringsprosess ses av flere respondenter som et verktøy mot forekomsten av negative situasjoner. Det blir lagt verdi i å ”ikke skille seg ut”, på bakgrunn av en underliggende forventning om at alternativet vil medføre reaksjoner. Om ikke graden av hverdagsrasisme nødvendigvis øker, så vil i hvert fall slike fremvisninger ”sette en enda mer bak”. Faglig dyktighet vil i et slikt scenario muligens ikke være tilstrekkelig for å kompensere for handikappet. Kroppslige identitetsmarkører, som hudfarge og kjønn, blir tolket som uttrykk

med potensielt negative konsekvenser, samtidig som uttrykkene i stor grad er utenfor den enkeltes kontroll. De nevnte markørene er opplevd å kunne skape utilsiktede forventninger, og ofte ligge til grunn for opplevde ”handikap”. Distansering som generell strategi søker å utjevne disse ulempene gjennom å etablere avstand mellom individet og de nevnte markører og deres konnotasjoner hos andre, men ender gjerne opp i praksis som individets separasjon fra, eller undertrykkelse av, kulturelle markører. Sannsynligvis fordi disse i betydelig større grad enn de kroppslige er åpne for meningsforhandling og endring, og slik kan hjelpe den enkelte med å omgå ”overdreven” signalisering av annethet. Spesielt i yrkessammenheng ble det dermed lagt vekt på å ikke være for rigid eller symbolsk ”overtydlig” når det kom til religiøse eller kulturelle forskjeller. Den eventuelle effekten av å ikke følge denne normen kan denne studien ikke redegjøre for, men perspektivet er ikke uten analytisk forankring.

Benedichte Rappana Olsen redegjør for at inntrykk utgjøres av mer enn bare atferd og kommunikasjonsstil, men også ”av det som eventuelt skjuler ansiktet, og det vi omgir oss med av gjenstander. Også tingene kommuniserer” (2011, s. 120). Når man aktivt former sitt personlige uttrykk for å mediere eventuell oppfattet forskjell hos andre tar man samtidig grep for å ivareta en viss posisjonsmessig kontroll over rammene situasjoner oppstår under. Med dette menes å aktivt nedsette de diskursive kontekstuelle holdepunkter tilgjengelig i interaksjon. Dette ble gjort på flere måter. En tilbakevendende tilnærming var å markere avstand til begreper og premisser tidlig i samtaler, eventuelt å raskt gjøre klart hvilke temaer som kunne være oppe til diskusjon. Dette ble som regel subtilt gjort gjennom å raskt naturliggjøre interaksjon med nye mennesker, komme effektivt i gang med konsultasjoner og ellers ikke gi spørsmål om andre forhold mye oppmerksomhet. På denne måten legger respondentene premissene for hvilke ord, samtaleemner og begreper som er aktuelle. De benytter seg av en situasjonell og språklig makt for å ”tabuisere” visse temaer (Blakar, 2006; Billig, 1987; Jørgensen & Phillips, 1999). Respondenter unnlot ofte å begi seg inn på ”følsomme” temaer som diskriminering, forskjellsbehandling, innvandring eller integrering, både i intervjusituasjon og i det daglige. Å posisjonere seg slik, både gjennom atferd og ytre fremtoning, kan bli forstått som forsøk ”på å gjøre og være slike subjekter som er vurdert av visse andre som å ha makt og handlekraft, eller på å separere (eller distansere) seg selv fra de subjektrollene som ikke har det” (Hauge & Haavind, 2011, min oversettelse). For respondentenes del kan disse posisjonene være henholdsvis den subjektposisjon den respekterte ”norske” lege innehar, og den marginaliserte, negative posisjon ”innvandrerlegen” eller den ”mørke legen” innehar. Resultatene indikerer at disse stereotypiske subjektposisjonene er reelle representasjoner både hos pasienter og leger. En del av de grep

leger med minoritetsbakgrunn tar i forsøk på å bli oppfattet som ”alle andre” leger, synes å være motivert av et behov for å fremstå så uproblematisk og ukontroversielt som mulig, og en tro på at dette er virksomme strategier for å oppnå aksept. Legene virker å ønske å opprettholde størst mulig grad av separasjon mellom sin egen person (og hvordan denne blir oppfattet) og den fryktede idé om den ”mørke legen”, som tydeligvis verken har god kommunikasjon med eller tillit fra pasienter, ikke er dyktig eller i det hele tatt kompetent. Legen som gjør feil, misforstår og, ikke minst, ikke bryr seg. En ”imaginær” subjektsposisjon som man, både leger og pasienter, antar at fortjener og generer de problemer og den mistro som eksisterer. At dyktige og oppofrende leger burde slippe å forholde seg til å bli assosiert med en slik negativ fordom utelukkende på bakgrunn av sitt utseende eller tilhørighet virker selvsagt. Like fullt virker det gjennom respondentenes utsagn å være tilfelle. Denne mer eller mindre forventede kategoriseringen kan dermed sies å bidra til forklaringen av mye av legenes atferd. En overbevisning om at disse ”karakterene” eksisterer, disse legene som personifiserer den ovenfor skisserte negative rolle, gjør det både lett å bortforklare eller rasjonalisere negativ og fordomsfull atferd fra andre, samt motivere for den fremviste prestasjons og representasjonsatferd. Den enkelte minoritetslege tar dermed ofte på seg et ansvar om å ”gjøre sitt for at fordommene skal forsvinne”. Distansering som mestringsstrategi appliseres så praktisk sett i hovedsak for å perseptuelt kontrollere meningen visse opplevelser får for individet, og slik nøytralisere disses problematiske karakter, men også gjennom å begrense de emosjonelle konsekvenser slike kan ha.

Noen få av legene trakk også frem verdien erfaring har når det kommer til å både hanskes med og unngå å la seg påvirke av aversive hendelser. Disse hevdet at erfaring automatisk vil fungere immuniserende ved å gi vedkommende ”hardere hud”, noe som sannsynligvis reflekteres av at de fleste tilfellene av negative hendelser respondentene nevnte fant sted tidlig i deres medisinske karrierer. Det faller videre inn under denne type mestringsstrategi å nedvurdere den faktiske situasjon, og følgelig nekte slike respons eller oppmerksomhet, noe som leder oss videre til neste hovedstrategi.

Tabell 3. Unnvikelse som mestringsstrategi.

Hovedstrategi:	Understrategier:	Spesifikke eksempler gitt av respondenter:
Unnvikelse	<ul style="list-style-type: none"> • Å ”late som ingenting” • Minimalisering • Ettergivenhet 	<ul style="list-style-type: none"> • Ignorering av aversiv atferd. • Ikke dvele ved aversive situasjoner. • Behandling må komme først.

Å vende det andre kinnet til er kanskje ikke sett på som den mest endringsskapende strategi tilgjengelig, men er like fullt en innfallsvinkel flere av legene av og til valgte å ta i bruk. Hovedsakelig direkte konfrontert med ubehagelig oppførsel virker det som at mange føler at dette er den mest rasjonelle reaksjonen. Flere av respondentene ga uttrykk for at de var inneforstått med at noen negative hendelser alltid ville skje, og at man ved disse tilfellene ikke burde anerkjenne personen bak eventuelle uttalelser eller handlinger. Ved direkte spørsmål om hvilke råd de ville gitt til en lege med minoritetsbakgrunn som opplever diskriminerende situasjoner ga flere råd lydende ”Unngå å dvele ved det” (Respondent. Mindre sykehus), ”Lat som ingenting”(Respondent. Legekontor), og ”tenk på noe annet, ikke ta deg nær av det” (Respondent. Større sykehus). Likevel var det tydelig at det et sted går en grense. Flere leger gjorde veldig klart at uakseptabel atferd må møtes med tydelig reaksjon, samtidig som at det viktigste er å opptre forebyggende.

”Det krever så mye at du kan ikke bidra på en ordentlig måte i jobben din for eksempel. Og det må man bare overvinne for seg selv for å klare. For meg har det aldri vært noe problem. Jeg tar det med en klype salt og mener at det kan skje overalt. Overalt i verden. Det er noe som er hverdags nødvendighet. Og da ser man på det som veldig overfladisk. Jeg tenker ikke på det der engang” (Respondent. Mindre sykehus).

Minimalisering av aversive situasjoner koblet med å ikke vedkjenne seg upassende oppførsel var av flere, og da spesielt de mer erfarne, betraktet som effektive strategier. Noen få respondenter, som dessuten var blant de som opplevde mest utilpass og lukket oppførsel fra pasienter, virket å innta en meget pragmatisk og ettergivende holdning i mange tilfeller. Disse løste i noen tilfeller vanskeligheter ved å føye seg etter de ønsker misfornøyde pasienter måtte ha, og ved noen anledninger lot en annen lege overta etter et visst punkt.

”Det har jeg et par ganger sagt til pasienter. Hvis de ikke åpner seg veldig mye, de vil ikke høre på meg har jeg sagt ’hvis du ikke ønsker å snakke med meg direkte, så kan jeg hente en annen som kan snakke med deg’”(Respondent. Større sykehus).

De leger som uttrykte å ha benyttet seg av denne strategien var tydelige på at det viktigste for dem alltid var pasientens velvære, og hvis de følgelig følte at pasientens holdninger eller sinnstilstand obstruerte for legens evne til å gjøre jobben sin, ville de utforske alle muligheter for å sikre pasienten god behandling. Deriblant også å være ettergivende mot aversiv oppførsel. Unnvikelse som mestringsstrategi appliseres mot å eliminere eller modifisere bakenforliggende forhold som oppleves å lede til hverdagsrasisme, samt mot å perseptuelt kontrollere meningen slike opplevelser kan få for individet. Videre er også unnvikelse og dens understrategier utstrakt benyttet for å håndtere hverdagsrasisme i direkte konfrontasjon, med forbehold om alvorlige og uakseptable situasjoner.

Andre igjen, stilt opp i mot skeptisk holdning eller lignende, ville innta en mer markant profesjonell holdning, tydeligere markere legerollen og slik nyte godt av de konnotasjoner om omsorg og ekspertise en slik posisjon bringer med seg.

Tabell 4. Profesjonalitet som mestringsstrategi.

Hovedstrategi:	Understrategier:	Spesifikke eksempler gitt av respondenter:
<i>Profesjonalitet</i>	• Rollefokusering	<ul style="list-style-type: none"> • Effektivitet • Profesjonell distanse • Empati, men ikke sympati.
	• Kompetansetrygghet	<ul style="list-style-type: none"> • Oppmerksomhet og omsorg. • Faglig relasjon og formidling.
	• Å ta pasienten på alvor	<ul style="list-style-type: none"> • Møte pasienter på deres premisser • Prioritert formidling

-
- Ekstra innsats
- og interaksjon.
 - Ta pasientens ståsted.
 - Kompensere for opplevde handikap gjennom økt prestasjon.
-

Det er relativt selvforklarende at det sett av atferds og holdningsnormer en profesjon er bygget på som oftest er fordelaktige for den enkelte utøver når det kommer til å skape stabilitet i arbeidssituasjon. Innen denne spesifikke konteksten hvor interaksjon, relasjon og personlig fremtoning utgjør såpass mye av arbeidets plikter varierer det derimot ganske kraftig hvilke rolleaspekter hver enkelt tar i bruk, og ikke minst, når. Stilt opp imot potensielt besværlige pasienter var det vanlig for flertallet av respondenter å møte problematikk med effektivitet. For så å legge føringer for annen atferd gjennom faglig fremgang og utvist ekspertise. Å konsentrere kommunikasjon til prioriterte tema som behandling eller diagnostisering inntil en viss relasjon var bygget opp fremkom også ofte. Uavhengig av problemsituasjoner var det uansett meget viktig for respondentene å få vist frem sin faglige dyktighet og ekstensive kompetanse.

”Ja, jeg har jo hatt flere pasienter som i starten har vært litt nølende, men som har blitt kjent med meg og forstått at jeg kan faget. Så viser de full tillitt” (Respondent. Legekantor).

Dette ble sett på som en av de mest sentrale måtene å både jobbe endringskapsende mot holdninger og fordommer, men også for å bygge varige og komfortable relasjoner med den individuelle pasient. En sentral problematikk i så henseende er, som allerede nevnt, strategier omkring prestasjon, især ekstra innsats for å kompensere for opplevd handikap. De fleste respondentene så på dette som en nødvendighet, og må, i og med at få har omgjort dette perspektivet, føle at strategien gir effekt. Spesielt på det hverdagslige plan. Enkelte gjorde uttrykk for at strategien også var rettet mot å omgjøre pasienters forventninger til leger med minoritetsbakgrunn på mer generelt plan. Den herværende studie har ikke anledning til å spekulere i om dette kan være tilfelle, men vedkjenner seg at påstanden kan omfattes av visse begrensninger innen sosialpsykologisk kontaktteori. Nærmere bestemt at studier viser at positive tilfeller gjerne blir kategorisert som nettopp det, tilfeller og unntak, mens negative

tilfeller i større grad blir benyttet til å underbygge de eksisterende fordommer. Generelle holdningsendringer blir således meget vanskelige å effektivere (Stangor, 2000).

Strategiene bærer preg av å være konkrete og håndfaste atferdsråd mot å få formidlet sin ekspertise til pasienter. Et meget viktig element som indikert av respondentenes fokus på prestasjon. Det må like fullt merkes at god relasjon er vurdert som minst like viktig som kompetanse for å oppnå suksessfulle konsultasjoner og komfortable forhold med pasienter.

I samsvar med dette ble verdien av å bygge hver relasjon på åpenhet, respekt og å henvende seg til pasient på deres egne premisser trukket frem av flere. En gruppe leger var spesielt opptatt av å få pasienter til å føle at de ble tatt på alvor, og mente at det gjerne var på dette området det sviktet når det oppsto negative situasjoner.

”Hvis du prøver ditt beste, og du forklarer pasienten, og er på samme.. bølgelengde med dem. Så de forstår at du tar dem på alvor og gjør det som står i din makt. Skjer noe feil så.. er det noe helt annet- ofte når de blir sure eller noe sånt så er det fordi de mener at du ikke tar dem på alvor eller at du er på et helt annet plan. Du er der og de er der” (Respondent. Større sykehus).

Kleinman og Benson forfekter at det minste enhver lege burde gjøre er å rutinemessig spørre pasienter hva som betyr mest for dem når det kommer til opplevelse av sykdom og behandling (2006). Denne studiens respondenter fastholder at dette er noe de gjør meget aktivt, og ofte signaliserer til pasienter at deres perspektiver står sentralt. Videre har legene gjerne spesielt fokus mot å ta innover seg hver enkelt pasients kulturelle bakgrunn, verdier og overbevisninger. Flere bedyrer at dette er noe de mottar positive reaksjoner på fra pasienter uavhengig av pasientgruppe. De hovedområder legene trekker fram som verktøy mot å skape trygghet, tillit og gjensidig respekt i interaksjon med pasienter har flere gjenkjennelige trekk fra Car og Partridges beskrivelser av forutsetninger for kulturelt sensitiv omsorg (2004). Dette er interessant da ingen leger ga uttrykk for å ha gjennomgått ekstern trening rettet mot slik bevissthet, noe som indikerer at dette er naturliggjorte konsekvenser av spesiell oppmerksomhet mot kulturelle variabler over tid fra den enkelte leges side. Den nærmest selvsagte måten de aktuelle respondenter benyttet seg av handlingsstrategier tuftet på oppmerksomhet, kontakt og kommunikasjon for å formidle respekt og interesse, samle informasjon om kulturelle og personlige aspekter ved pasienter, og ikke minst avvæpne mulige spenninger antyder en høy grad av kulturell kompetanse slik denne er skissert av

Campinha-Bacote (1999; 2002), hvor slik kompetanse pekes på som en forutsetning for ideell pasientbehandling i multikulturelle omgivelser.

Tilfellet Norge:

Litteraturen på fagfeltet internasjonalt indikerer en meget markant forekomst av en spesifikk opplevelse for leger med minoritetsbakgrunn som har sin praksis i enkelte andre land, deriblant USA. Denne var følelsen av å bli spesielt tilkalt i tilfeller, da mest på institusjonsnivå, hvor det ønskes å fremvise organisasjonens mangfold. Dette ble oppgitt å være frustrerende for legene det gjaldt, i stor grad fordi det ikke virket som at det ble tatt hensyn til legenes faglige kompetanse, kun etnisitet (Berg, et. al., 2007; Appiah, 1996) Ingen av respondentene som deltok i den forhåndværende studien delte denne erfaringen. I de få tilfeller der disse følte at de ble tilkalt eksplisitt på bakgrunn av kulturell tilhørighet gikk dette på faglig konsulterende assistanse, med vekt på spesiell kompetanse for språk og annen kulturell kjennskap. Den norske forskningen indikerer med andre ord at leger med minoritetsbakgrunn opplever å bli vurdert som spesielle faglige ressurser for sine arbeidsteder, og ikke som utstillingsmodeller. Det er mulig at disse vurderingene synliggjør en positiv utvikling innen det norske helsevesen, og følgelig er med på å forklare resultatene som indikerer at leger og tannleger med minoritetsbakgrunn nå tjener minst like mye som, eller mer enn, sine sammenlignbare majoritetskollegaer (Drange, 2011). Utviklingen må i så tilfelle også være relativt ny, da resultatet står i opposisjon til tidligere studier over den samme tematikken (Brekke og Mastekaasa, 2008; le Grand & Szulkin, 2002). Om så er tilfellet er det like fullt kontroversielt å erklære at disse to yrkesgruppene er forskånet for forskjellsbehandling som følge av kulturell bakgrunn eller etnisitet. Kanskje opplever de godt lønnede legene sine nye betingelser som følge av å faktisk være bedre og mer velkvalifiserte arbeidstakere? At slike leger holder seg til en høy standard og ellers presterer mer enn sine majoritetskollegaer må kunne hevdes er meget sannsynlig. Bli gruppen dermed kanskje lønnet likt som majoriteten for både mer og bedre arbeid? Videre evalueringer må til for å avklare dette spørsmålet.

På bakgrunn av det tilgjengelige datamaterialet må det like fullt nevnes at helsevesenet på generelt plan tilsynelatende oppfattes som en god arbeidsgiver for personell med minoritetsbakgrunn. Det ble rapportert få negative synspunkter mot institusjoner og ledelse, og ingen tok opp noen opplevd mangel på mentorer eller andre læringsbegrensende faktorer, en situasjon som skiller seg fra den rapportert i andre studier (Berg, et. al, 2007; Carr, et. al,

2007). Dette koblet opp mot et inntrykk av å bli evaluert på faktisk kompetanse internt på arbeidsplass kan være indikatorer i den nevnte positive retning.

Oppsummering:

Nær samtlige involverte leger hadde, innenfor begrepets herværende betydninger, opplevd former for hverdagsrasisme. Som regel rapportert som en eller flere tilfeller assosiert med diskriminerende, forskjellsbehandlende, fordomsfull eller rasistisk motivert atferd. De fleste opplevde like fullt legerollen og den profesjonelle setting som et relativt effektivt filter, eller i hvert fall som et medierende og modererende aspekt ved forekomsten av aversive opplevelser. Hovedsakelig problematikk var oppfattet skepsis eller mistillit forut for, og tidlig i, konsultasjonsprosessen. Denne ble som oftest kommunisert gjennom verbale ytringer og kroppsspråk. For et utvalg resulterte slik fordomsfull mistillit iblant i pasienter som nektet behandling av de aktuelle leger. Samtlige respondenter hadde utviklet strategier for å unngå, omgå, reversere eller forebygge slike situasjoner.

Videre meddelte det store flertall av legene å ha en klar bevissthet når det kom til å oppleve seg selv som annerledes, på bakgrunn av sitt utseende, etniske tilhørighet eller navn. Denne bevisstheten ble blant annet opprettholdt av pasienters spørsmål og annen utvist atferd, og hadde ofte den effekt at legene i større grad oppfattet seg selv og sin situasjon som ”utenfor” eller ”bakpå”. Minoritetsbakgrunn ble i slik henseende av mange betraktet som et ”handikap” i forhold til andre profesjonelle. Legene følte seg også gjenstand for press om å representere innvandrere på generelt plan, noe som for mange opplevdes irriterende og urettferdig.

Undersøkelsens respondenter var også samstemte i en opplevelse av å måtte jobbe hardere, og prestere høyere, enn sine majoritetskollegaer. Gjennomgående aspekter av dette var forestillinger om å måtte yte mer innsats, være mer hjelpelige, være betydelig høfligere og utvise en større grad av synlig kompetanse mot pasienter.

Minoritetsbakgrunn ble på den annen side ikke vurdert som å ha kun negative effekter.

Flertallet av respondenter opplevde seg selv som dyktige og arbeidsomme fagpersoner med utstrakt kulturell kompetanse. Språkmektighet, kulturell årvåkenhet, kulturell kjennskap og bikulturalisme ble oppgitt som de viktigste ressursene i så måte. Forbedret relasjon med minoritetspasienter ble vurdert som et spesielt ressursområde av samtlige.

Resultatene indikerer videre at de fleste leger med minoritetsbakgrunn har utviklet et adaptivt spekter av mestringsstrategier, og benytter seg av disse i daglig yrkesutøvelse.

Konklusjon og videre implikasjoner:

Den foreliggende avhandlingen har tatt for seg elementer av hverdagen som opplevd gjennom perspektivet til en gruppe minoritetsprofesjonelle i en norsk kontekst. Det har blitt lagt ekstra vekt på utfordringer denne gruppen møter, samt hvordan de håndterer og forstår disse utfordringene. Det kan konkluderes med at respondentene meget aktivt søker å forme sin egen hverdag, og som ledd i denne prosessen, også former seg selv. Dette gjøres hovedsakelig gjennom selvpresentasjon og posisjonering. Respondentene gjør således krevende kulturelle arbeider i sitt daglige virke, i tillegg til den jobb de er ansatt og utdannet til å utføre. Vi har sett respondenter som skaper seg selv som meget alminnelige, vanlige og ufarlige. Leger som opplever en følelse av å være heldige når de ikke blir møtt med negative reaksjoner. Leger som gjerne vil ha fokus vekk fra hudfarge og etnisitet og kun vil bli verdsatt for det arbeid de gjør og personen de er. Vi har også sett mennesker som både er, og fremstiller seg selv som meget spesielle. Leger som jobber ekstra hardt. Leger som har utstrakt kulturell spesialkompetanse. Leger som vil det beste for sine pasienter, uansett. Dette er gjerne de samme legene, på samme tid. Sånn sett har vi her hatt med å gjøre med en gruppe hvor alle prøver å finne sin balanse, sin tilhørighet, sin plass i det gjengse samfunnet, men som samtidig prøver å overskride, mediere og oppheve elementer ved tingenes tilstand (Haavind, 2002), analysert i samsvar med tilnærminger skissert innen kritisk sosialpsykologi og kulturpsykologi.

Studiens resultater kan vise seg å være nyttige på en rekke områder. Først og fremst er det håpet at avhandlingen kan være med å bidra til et skifte i inntrykket av minoritetsprofesjonelle, slik at disse kan slippe å kjempe med en skadelig og feilaktig stereotype i sine hverdagslige relasjoner. På sikt kan en slik utvikling kanskje hjelpe befolkningen i å bygge opp en mer velfungerende interaksjonsform til det beste for alle parter. Videre kan det være fordelaktig å vise slike legers oppfattelser og ønsker vedrørende sin arbeidshverdag i et klarere lys enn hva hittil har vært tilgjengelig. Det er også mulig at en slik skissering av strategier, som for mange har vist seg effektive, kan være til hjelp for minoritetsprofesjonelle som tar sine første steg inn på arbeidsmarkedet. Eventuelt kan de forhåpentligvis inspirere til dannelsen av enda mer endringsskapende strategier. Uansett er det sentralt å legge til rette for at denne gruppens ressursstyrke får tilstrekkelig oppmerksomhet, og at helsevesenet de tar sine arbeidsplasser innen blir klar over verdien av kulturell kompetanse. Det ønskes også å bidra med oppmuntring til initiativer som fremmer kunnskap

og bevisstgjøring om kulturelle faktorer og problemstillinger. Ordninger som i skrivende stund kun er formalisert og på plass ved enkelte sykehus i det større Oslo-området.

Begrensninger ved avhandlingen:

Som følge av at avhandlingen baseres på materiale innsamlet gjennom personlige intervjuer kan det ikke hevdes at resultatene representerer en objektiv vurdering av leger med minoritetsbakgrunns faktiske arbeidspraksis. Dette var heller ikke undersøkelsens målsetning, men gjør analysen svak for de enkelte respondenters eventuelle agendaer eller selvpresentasjoner. For å motvirke en slik effekt ble tematikk kontrollert respondenter imellom gjennom forekomstanalyse, og meget idiosynkratiske utsagn ble så gradvis sortert unna. Dette grepet, samt det begrensede antallet respondenter, fører til at kartleggingen kun kan omfatte et visst utvalg av det totale spekter av mestringsstrategier og andre ressurser tatt i bruk i kontakt ved negative opplevelser. Det er også mulig at enkelte temaer som i realiteten er mer sentrale i populasjon kan ha blitt gitt mindre fremtredene presentasjon her som følge av utvalget. Det kan ikke estimeres i hvilken grad de inkluderte temaer holder samme posisjon for den større populasjon av leger med minoritetsbakgrunn, men det er sannsynlig at resultatene er tilstrekkelig generaliserbare som følge av overensstemmelse respondenter imellom og metningen i det innsamlede materialet.

Som en følge av studiens praktiske begrensninger i tid og rekruttering var dessverre ingen av studiens respondenter leger med bakgrunn fra andre EØS land. Dette er beklagelig da disse er tydelig representert blant den større kategoriseringen leger med minoritetsbakgrunn, og ville sannsynligvis ha endret eller moderert det helhetlige inntrykk analysen, slik den foreligger, forfekter. Derimot er det en styrke for studien å kunne gi en dypere forståelse av hvordan minoritetsleger med en større grad av opplevd personlig annethet i forhold til majoritetsleger opplever sin hverdag, sett i relasjon til leger med europeisk bakgrunn. Videre forskning er nødvendig for å favne kompleksiteten av inntrykk hos det helhetlige spekter av leger med minoritetsbakgrunn i tilstrekkelig grad.

Referanseliste:

- Ahmed, Sara (2004) Declarations of Whiteness: The Non-Performativity of Anti-Racism. *Borderlands e-journal*, Vol. 3, (2) s. 1-25.
- Allport, Gordon (1954) *The Nature of Prejudice*. New York. Doubleday Anchor Books.
- Appiah, Anthony K., Gutman, Amy (1996) *Color Conscious: The Political Morality of Race*. Princeton. Princeton University Press.
- Bandura, Albert (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social cognitive Theory*. Michigan. Prentice Hall Press.
- Beaumie, Kim. (2001). Social Constructivism. i: Orey, M. (red.), *Emerging Perspectives On Learning, Teaching and Technology*. Innhentet 13.mars 2012 fra <http://projects.coe.uga.edu/epltt/>.
- Benson, Peter., Kleinman, Arthur. (2006) Anthropology In the Clinic: The Problem of Cultural Competence and How to Fix it. *PloS medicine*. Vol. 3, (10) s. 1673-1676.
- Berg, David., Bigby, JudyAnn., Bradley, Elizabeth., Curry, Leslie., Krumholz, Harlan., Nunez-Smith, Marcella. (2007) Impact of Race on the Professional Lives of Physicians of African Descent. *Ann Intern Med* Vol. 146, s. 45-51.
- Bernsen, Roos., Bruijnzeel, Marc., Harmsen, Hans., Meeuwesen, Ludwien. (2008) Patients' Evaluation of Quality Care in General Practice: What Are the Cultural and Linguistic Barriers? *Patient Education and Counseling* Vol. 72, s. 155-162.
- Bhopal, Raj (1994) Ethnicity as a Variable in Epidemiological Research. *British Medical Journal* 1994, s. 309-327.
- Bhopal, Raj (1997) Is Research Into Ethnicity and Health Racist, Unsound, or Important Science? *British Medical Journal* 1997, (314) s. 1751.
- Bhopal, Raj (2004) Glossary of Terms Relating to Ethnicity and Race: For Reflection and Debate. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004, (58) s. 441-445.
- Billig, Michael (1985) Prejudice, Categorization and Particularization: From a Perceptual to a Rhetorical Approach. *European Journal of Social Psychology*, Vol. 15, (1) s. 79-103.
- Billig, Michael. (1987) *Arguing and Thinking: A Rhetorical Approach to Social Psychology*. New edition. Cambridge, University Press. 2.ed. (1996).
- Bindman, Andrew S., Komaromy, Miriam., Saha, Somnath., Taggart, Sara H. (2000) Do Patients Choose Physicians of Their Own Race? *Health Affairs* Vol. 19,(4).
- Blakar, Rolv M. (2006) *Språk er makt*. 7. utgave (1973) Oslo. Pax forlag.

- Blakar, Rolv M. & Nafstad, Hilde E. (2004) Kommunikasjon, etikk og motivasjon, i: Nafstad, H.E. *Det omsorgsfulle mennesket: Et psykologisk alternativ*. Oslo. Gyldendal akademisk.
- Bond, Charles F., Kirk, C T., Lashley, Brian R., Omar, Adnan., Pitre, Urvashi., Skaggs, Lynn M. (1992) Fishy-Looking Liars: Deception Judgment From Expectancy Violation. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 63, (6) s. 969-977.
- Bourdieu, Pierre (1996) Symbolsk makt: Artikler i utvalg. Oslo. Pax Forlag.
- Braun, Virginia., & Clarke, Victoria. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, (2) s. 77-101.
- Brekke, I. and Mastekaasa, A. (2008). Highly Educated Immigrants in the Norwegian Labour Market: Permanent Disadvantage? *Work, Employment & Society*, Vol. 22, s.507–526.
- Bright, Cedric M., Duefield, Corey A., Stone, Valerie. E. (1998). Perceived Barriers and Biases in the Medical Education Experience by Gender and Race. *Journal of the National Medical Association*, Vol 90, (11) s. 681-688.
- Bronfenbrenner, Urie (1979) The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, Urie (1992) Ecological Systems Theory. i: Vasta, R. (red) *Six Theories of Child Development: Revised Formulations and Current Issues*, s. 187-249. London, Jessica Kingslet Publishers.
- Burgoon, Judee K., Hubbard, Amy S. Ebesu, (2005) Cross-Cultural and Intercultural Applications of Expectancy violations Theory and Interaction Adaption Theory, i: Gudykunst, William B. (2005) *Theorising About Intercultural Communications*. Thousand Oaks. Sage Publications.
- Burr, Vivien. (1995) An Introduction to Social Constructionism. London, Routledge Publishing.
- Campinha-Bacote, Josepha (1999) A Model and Instrument For Addressing Cultural Competence in Healthcare. *Journal of Nursing Education* Vol. 38, (5) s. 203-207.
- Campinha-Bacote, Josepha (2002) The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol. 13, s. 181-184.
- Car, Josip., Partridge, Martyn R. (2004) Crosscultural Communication in Those With Airway Diseases. *Chronic Respiratory Disease Journal*. Vol. 1, s. 153-160.
- Carr, Phyllis., Caswell, Cheryl., Inui, Thomas., Palepu, Anita., Szalacha, Laura. (2007) Flying Below the Radar?: A Qualitative Study of Minority Experience and Management of Discrimination in Academic Medicine. *Medical Education* (41), s. 601-609.
- Cieurzo, Dori., Keitel, Merle A. (1999) Ethics in Qualitative Research. i: Koapala, M. & Suzuki, L.A. (red) *Using Qualitative Methods in Psychology*, s. 63-75. Sage Publications.

Coleman, Lerita M., Jussim, Lee., Lerch, Lauren. (1987) The Nature of Stereotypes: A Comparison and Integration of Three Theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 52, (3) s.536-546.

Coombs, Alice A. Tolbert., King, Roderick K. Jr. (2005). Workplace Discrimination; Experiences of Practicing Physicians. *Journal of the National Medical Association*. Vol. 97, (4) s. 467–477.

Daugstad, Gunnlaug. (red) (2008) Immigration and Immigrants. Oslo-Kongsvinger. Statistisk Sentralbyrå.

Denzin, Norman K. (2006) Strategies of Multiple Triangulation. i: Bryman, A. (red.) *Mixed Methods*, Vol. 2, s.195-216. Sage Publications.

Diaz, Esperanza., Hjørleifsson, Stefan. (2011) Immigrant General Practitioners in Norway: A Special Resource? A Qualitative Study. *Scandinavian Journal of Public Health*, (39) s. 239-244.

Dovido, John F., Gaertner, Samuel L. (2005) Categorization, Recategorization, and Intergroup Bias. i: Dovido, J., Glick, P., Rudman, L. (red) *On the nature of Prejudice: 50 Years after Allport*. s. 71-88. Malden. Blackwell Publishing.

Drange, Ida (2011) Early-career Income Trajectories among Physicians and Dentists: The Significance of Ethnicity. *European Sociological Review* Vol. 0 (0) (Advance access) s.1-13.

Dzamarija, Minja Tea. (2008) Hva skal ”Innvandrerene” hete? *Definisjoner og betegnelser i innvandrerstatisikken*. Statistisk Sentralbyrå. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200804/14/>.

Eriksen, Thomas Hylland (1993) typisk norsk: Essays om kulturen i Norge. Oslo. C. Huitfeldt

Essed, Philomena. (1996) Diversity: Gender, Color, and Culture, Amherst, University of Massachusetts Press.

Essed, Philomena. (2002) Everyday Racism, i: Goldberg, David T., Solomos, John (red) *A Companion To Racial and Ethnic Studies*. s. 202-216. Malden, Massachusetts, Blackwell publishers.

Feinberg, Walter. (2007) Racism: The Birth of a Concept. i: Roth, K & Gur-Ze'ev, I (red.) *Education in the Era of Globalization*, s. 161-167.

Fiske, Susan T. (2005) Social Cognition and the Normality of Prejudgement. i: Dovido, J., Glick, P., Rudman, L. (red) *On the nature of Prejudice: 50 Years after Allport*. s. 36-53. Malden. Blackwell Publishing.

Folkman, Susan., Lazarus, Richard S. (1984) Stress, Appraisal, and Coping. New York. Springer publishing Company.

Gardiner, Harry W., Kosmitzki, Corinne (2008) Lives Across Cultures: Cross-cultural Human Development. (4. Edition) 1998. Boston. Pearson Education Inc.

- Gergen, Kenneth J. (2001) *Social Construction in Context*. London. Sage Publications.
- Goffman, Erving (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York. Doubleday Anchor Books.
- le Grand, C. and Szulkin, R. (2002). Permanent Disadvantage or Gradual Integration: Explaining the Immigrant-native Earnings Gap in Sweden. *Labour, Vol.16, s. 37–64*.
- Gullestad, Marianne (1989) *Kultur og hverdagsliv: På sporet av det moderne Norge* Oslo. Universitetsforlaget.
- Halvorsen, Anne Gunn (2011) Viser vei til toppen. *Dagens Næringsliv (DN)*. Publisert 13.09.2011. (<http://www.dn.no/talent/article2221297.ece>).
- Han, Chong-suk (2009) We Both Eat Rice, But That's About It: Korean and Latino Relations in Multi-ethnic Los Angeles, i: Velayutham, S., Wise, A. (red) *Everyday Multiculturalism*. s. 237-255, Basingstoke, Palgrave Macmillan,
- Hauge, Mona-Iren (2009) *Doing, Being and Becoming: Young People's Processes of Subjectivation Between Categories of Age*. Oslo. Unipub forlag.
- Hauge, Mona-Iren., Haavind, Hanne. (2011) Boys' Bodies and the Constitution of Adolescent Masculinities. *Sport, Education and Society*. Vol. 16, (1) s. 1-16.
- Henriksen, Kristin. (2006) Bak apotekdisken, ikke foran tavla. *Studievalg i innvanderbefolkningen*. Statistisk Sentralbyrå. <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200604/09/index.html>.
- Hogg, Michael A., Vaughan, Graham M. (2008) *Social Psychology* 5. Edition. Essex. Pearson Education Limited.
- Huberman, Michael A., Miles, Matthew B. (1994) *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. London. Sage Publications.
- Haavind, Hanne (2002) Forord til *Kulturpsykologi*. i: Thorsen, K., Toverud, R. (red) *Kulturpsykologi: Bevegelser i livsløp*, s. 7-12. Oslo, Universitetsforlaget.
- Jennum, Anne Karen (2010) Etniske og kulturelle faktorerers betydning for helse. i: Mæland, J., Elstad, J., Næssm, Ø., Westin, S. (red) *Sosial epidemiologi*. Oslo. Gyldendal akademisk.
- Jørgensen, Marianne W., Phillips, Louise. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde. Roskilde Universitetsforlag.
- Lauglo, Jon. (2010) Unge fra innvandrerfamilier og sosial kapital for utdanning. *NOVA notat 6. 2010*.
- Lazarus, Richard S. (1993). *Coping, Theory and Research: Past, Present, and Future*. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 55, s. 234-247.
- Leach, Colin Wayne. (2002) The Social Psychology of Racism Reconsidered. *Journal of Feminism and Psychology*. Vol. 12, (439) Sage Publications.

- Lee, Raymond M., Renzetti, Claire M. (1993) *Researching Sensitive Topics*. London, Sage Publications.
- Lock, A. & Strong, T. (2010). *Social Constructionism: Sources and Stirrings in Theory and Practice*. Cambridge. Cambridge university press.
- Mcintosh, Peggy (1988) *White Privilege and Male Privilege: A Personal Account of Coming to See Correspondences through Work in Womens' Studies*. i: Delgado, R., Stefancic, J. (red) *Critical White Studies*. s. 291-299.
- Midtbøen, Arnfinn H., Rogstad, Jon. (2012) *Diskrimineringsens omfang og årsaker: Etniske minoriteters tilgang til norsk arbeidsliv*. Oslo. Institutt for samfunnsforskning.
- Nafstad, Hilde E. (2009). *Introduksjon til fellesskap og individualisme*. i: Nafstad, H. E., Blakar, R. M. (red.), *Fellesskap og individualisme*, s. 13-17. Oslo. Gyldendal akademisk.
- Noble, Greg. (2005): *The Discomfort of Strangers: Racism, Incivility and Ontological Security in a Relaxed and Comfortable Nation*. *Journal of Intercultural Studies* 26, 107–20.
- Nore, Aslak (2011) *Ekte pakistansk-norske kjører ikke Taxi*. *Verdens gang (VG)*. Publisert: 07.11.2011. <http://www.vg.no/vgpluss/article/2knX1Wsw>.
- Pearlin, Leonard I. & Schooler, Carmi (1987). *The Structure of Coping*. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 19, (1) s. 2-21.
- Pettigrew, Thomas F., Tropp, Linda R. (2005) *Allport's Intergroup Contact Hypothesis: It's History and Influence*. i: Dovidio, J., Glick, P., Rudman, L. (red) *On the nature of Prejudice: 50 Years after Allport*. s. 262-277. Malden. Blackwell Publishing.
- Potter, Jonathan., Wiggins, Sally. (2007) *Discursive Psychology*. i: *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. s. 73-90.
- Prieur, Annick. (2002). *Frihet til å forme seg selv? En diskusjon av konstruktivistiske perspektiver på identitet, etnisitet og kjønn*. I: *Køn og Kultur, Kontur*, Vol. 6, s. 4-12.
- Rappana Olsen, Bennedichte, C. (2011) *Språklige og kulturelle barrierer i møtet mellom helsearbeidere og kvinner med minoritetsbakgrunn*. i: Bø Puntervold, B. (red) *Multikulturell teori og flerkulturelle praksiser*. s. 115-139. Oslo. Abstrakt forlag.
- Rommetveit, Ragnar (1972) *Språk, tanke og kommunikasjon: En innføring I språkpsykologi og psykolingvistik*. 9. utgave (2005) Oslo. Gyldendals Norsk Forlag.
- Schostak, John. (2006) *Interviewing and Representation in Qualitative Research*. Berkshire. Open University Press.
- Scior, Katrina. (2003) *Using Discourse Analysis to Study the Experiences of Women with Learning Disabilities*. *Disability & Society*, Vol. 18, (6) s. 779-795.

Stangor, Charles (2002) *Stereotypes and Prejudice*. Maryland. Psychology Press.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell: <http://www.safh.no/>).

Statistisk sentralbyrå. Ny innvandringsgruppering:
(<http://www.ssb.no/vis/omssb/1gangspubl/art-2008-10-14-01.html>)

Støren, Liv Anne. (2009) Choice of Study and Persistence in Higher Education by Immigrant Background, Gender, and Social Background. *NIFU STEP Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Rapport 43*.

Tajfel, Henri. (1969) Cognitive Aspects of Prejudice. *Journal of Biosocial Science*. Vol. 1. s: 173-191.

Tajfel, Henri. (1982) Social Psychology of Intergroup relations. *Annual Review of Psychology* vol. 33. s.1-39.

Tajfel, Henri., Turner, John (1979) An Integrative Theory of Intergroup Conflict. i: Austin, W G., Worchel, S.(red) *The Social psychology of Intergroup Relations*. s. 33-48. Monterey. Brooks/Cole

Toma, Douglas J. (2000) How Getting Close to Your Subject Make Qualitative Data Better *Theory Into Practice*, vol.39, (3) 177-184. College of Education, Ohio State University.

Velayutham, Selvaray. & Wise, Amanda. (2009) *Everyday Multiculturalism*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.

Vertovec, Steven. (2007) Super-diversity and it's Implications. *Ethnic and Racial studies*, vol.30, (6) s. 1024-1054.

Vieworka, Michel. (2002) The Development of Racism in Europe, i: Goldberg, David T. & Solomos, John (red) *A Companion To Racial and Ethnic Studies*. s. 460-475. Malden, Massachusetts, Blackwell publishers.

Vold, Borgny, (2011) En av fem fastleger er innvandrere. *Fastleger som er innvandrere*. Statistisk Sentralbyrå. <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/10/>.

Wang-Naween, Mala (2011) I utakt med massene. *Aftenposten*. Publisert: 14.11.2011. <http://www.aftenposten.no/meninger/kommentarer/I-utakt-med-massene-6696788.html>.

Wetherell & Potter (1992) *Mapping the Language of Racism*. New York. Harvester Wheatsheaf.

Wetherell, Margaret., Taylor, Stephanie., Yates, Simeon J. (2001) *Discourse Theory and Practice*. London. Sage Publications.

Willig, Carla (2003) Discourse Analysis, i: Smith, J.A. (red.) *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*, s.159-183. Sage Publications.

Willig, Carla. (2008) *Introducing Qualitative Research in Psychology* 2. Edition. Berkshire. Open University Press.

Zajonc, Robert B. (1968) Attitudinal Effects of Mere Exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 9, (2) Part 2.

Øverbye, Einar. (2011) Hva betyr innvandringsveien for senere integrering på arbeidsmarkedet? i: Bø Puntervold, B. (red) *Multikulturell teori og flerkulturelle praksiser*. s. 78-112. Oslo. Abstrakt forlag.

Appendiks:

Informasjonsskriv for "Er det du som er legen?" En diskursiv studie av minoritetslegers opplevelser og erfaringer i hverdagslig yrkesutøvelse innen det norske helsevesen

Mottaker blir herved forespurt om å delta i en forskningsstudie om leger med minoritetsbakgrunns opplevelser og erfaringer i yrkessammenheng.

Studien gjennomføres av masterstudent Even Hallgren i sammenheng med avhandling i kultur- og samfunnspsykologi ved psykologisk institutt, underlagt Universitetet i Oslo. Veileder ved prosjektet er førsteamanuensis Katrina Røn.

Målet for avhandlingen er å øke samfunnsmessig bevissthet omkring en sensitiv problematikk, samt formidle inntrykk av samfunnet fra en hverdagslig, profesjonell setting. Dette forventes å kunne bidra til en oppdatering av vår kollektive kunnskap om diskriminering og annen forskjellsbehandling, som igjen er håpet å være med på å motvirke dagligdagse og "normaliserte" manifestasjoner av slike.

Materialet vil bli innsamlet gjennom intervju. Intervjuene vil vare i omkring 60 minutter, på sted og tid vi sammen blir enige om. Det vil bli benyttet båndopptaker under samtalen av analysehensyn. Det vil ikke bli hentet inn ytterligere informasjon utenom det som blir gitt i intervjusituasjonen. Alle data vil oppbevares og behandles konfidensielt. Kun veileder og student vil følgelig ha tilgang til lydfiler og transkripsjoner. Stor vekt vil bli lagt på å forsikre om at siterte bidrag ikke inneholder identifiserende elementer, og slik beskytte deltakerens anonymitet. Slike detaljer, som for eksempel stedsnavn eller navngitte personer, vil enten bli endret til fiktive slike eller fjernet fra transkripsjonen. Skulle du etter deltakelse likevel ønske å trekke deg, har du mulighet til dette ved å gi beskjed til prosjektmedarbeiderne på ethvert tidspunkt frem til prosjektslutt. Materiale generert fra ditt intervju vil da anonymiseres, og eventuelle linker mellom data og kilde vil bli fjernet slik at ingen kobling kan bli gjort mellom dette og din person.

Opptak vil slettes ved oppgavens fullbyrdelse, da innen utgangen av juni 2012. Der tilhørende transkripsjoner vil arkiveres i anonymisert form på sikkert og konfidensielt vis av metodiske hensyn til evaluering.

Skulle du ha spørsmål eller på annet grunnlag ønske kontakt er student tilgjengelig på e-post: even.hallgren@hotmail.com. Det er også mulig å nå frem på telefon 48059100.

Du står også fritt til å kontakte prosjektets veileder:
Førsteamanuensis Katrina Røn ved psykologisk institutt
På E-post: katrina.roen@psykologi.uio.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Even Hallgren
Kirkeveien 106b
0361 Oslo

Appendiks:

Samtykkeerklæring

Jeg, undertegnede, gir herved mitt informerte samtykke i at informasjon hentet fra meg kan benyttes i analyse for avhandling i kultur- og samfunnspsykologi ved Universitetet i Oslo.

Følgende forutsetninger ligger til grunn for samtykket:

- All informasjon vil behandles konfidensielt
- Det er kun prosjektmedarbeiderne som vil få tilgang til prosjektets datamateriale
- Siterte utdrag inkludert i publisert materiale er nøye kontrollert for navn, steder eller annen informasjon som kan være identifiserende i retning av min person. Disse vil være endret eller fjernet for å oppnå størst mulig grad av anonymisering.
- Jeg er informert om at det er frivillig å delta på intervju, og at om jeg i ettertid skulle ønske å trekke meg som informant for prosjektet har jeg full frihet til dette. Alle koblinger mellom min person og materiale vil da bli slettet.
- Ved prosjektets slutt vil anonymisert datamateriale arkiveres konfidensielt av evalueringshensyn. Alt identifiserbart materiale vil bli slettet.

Navn :

Dato:Sted:.....

Appendiks:

Intervjuguide

Er det du som er legen? -En studie av minoritetslegers opplevelser og erfaringer i hverdagslig yrkesutøvelse innen det norske helsevesen

Først ønsker jeg å takke for tiden du bruker for å delta i prosjektet. Det settes veldig stor pris på. Intervjuet vil fokuseres rundt din opplevelse av å være lege i Norge. Intervjuet vil arte seg som en samtale hvor det ønskes at du rett og slett forteller så detaljert du kan om dine tanker, følelser, erfaringer og opplevelser.

Opplevelser, inntrykk og erfaringer:

Å være i minoritet

Senere år ser en stadig økende andel praktiserende leger med annen bakgrunn enn såkalt etnisk norsk, spesielt i Oslo. Legegjerningen er i Norge høyt respektert, og innehar en meget privilegert samfunnsmessig posisjon, samt en nærmest udiskutabel høy status. Den er også gjenstand for relativt etablerte stereotypier for hva som kjennetegner en lege, og en leges atferd. Disse stereotypiene er ikke nødvendigvis helt åpne for variasjoner som hudfarge, navn og kjønn.

Å ha en "fremmed" hudfarge og/eller et annerledes klingende navn er av flere fryktet å bringe med seg et heller uheldig spekter av fordommer, forventninger og misforståelser. Det er dette vi skal snakke litt om her.

1. Kan du fortelle meg om å bli konfrontert med/gjort oppmerksom på din bakgrunn/utseende/navnet ditt i utøvelsen av yrket ditt?

- Hvordan foregår dette som oftest?

- Hva får deg til å føle?

-Er disse elementer ved deg selv og folks forventninger du er bevisst på?

-Hva tror du kan ligge til grunn for slik atferd?

2. Kan du fortelle meg litt om hvordan pasientkontakt foregår i din praksis?

- direkte, indirekte, konsulterende, personlig, gjentakende, etc

- Hvordan forbereder du deg før du går inn i en konsultasjon?

-Hva slags følelse har du i møte med pasienter til konsultasjon?

Appendiks:

3. Kan du fortelle meg om hvordan du møter ulike demografier i yrkessammenheng?

-Ulike forventninger

-Forskjeller i atferd demografier imellom?

-Din egen atferd mot ulike mennesker

- eldre, unge, etnisk norske, fremmedkulturelle, etc.

4. Kan du fortelle meg om en episode hvor du har opplevd atferd du ville klassifisere som rasisme?

-I yrkessammenheng

-Privat

-Hva tenker du/gjør du konfrontert med en slik situasjon?

-Hva får slike situasjoner deg til å føle?

Tidligere studier indikerer at ikke alle rapporterer opplevd rasisme, spesielt ikke i yrkessammenheng, men enkelte nevner profesjonelle og sosiale barrierer. Da for eksempel i forhold til muligheten for forfremmelser, utelatelse fra sosiale «uformelle» sammenkomster, en følelse av å bli spesielt tilkalt i tilfeller det ønskes «mangfold», og ofte en klar forestilling av å måtte jobbe hardere og prestere bedre for å bli evaluert på samme måte som andre.

5. Kan du fortelle meg om barrierer du opplever å ha møtt i arbeidslivet som du føler kan ha med din etnisitet å gjøre?

6. Kan du komme på noen eksempler hvor du føler at såkalt etnisk norske leger ikke må forholde seg til de samme tingene som deg i de første steg av kontakt med nye pasienter?

-Eventuelt på andre områder

7. Kan du fortelle meg litt om de positive sidene det har for deg å være lege med minoritetsbakgrunn?

Sosial posisjon og status

Appendiks:

Som nevnt er det å være lege i Norge ofte sidestilt med å inneha en høyt respektert og godt lønnet posisjon. Dette er elementer ved jobben som også overføres til samfunnsmessig status.

8. Kan du fortelle meg hvordan du opplever at andre menneskers atferd endrer seg når de oppdager hva du jobber som?

-I rollen som lege, opplever du at du slipper unna en del av de vanskeligheter minoriteter ellers ofte rapporterer om? Fungerer legerollen som et filter?

Representasjon

På veien til å bli lege er det nødvendig å legge ned mye arbeid og mye tid. For ikke å snakke om den motivasjon som også må til. Dette er blant faktorene som gjør legerket såpass attraktivt og respektert som det er. Enkelte informanter har fokusert på følelsen (eller nærmest kravet) om å være et godt forbilde, og å alltid yte maksimalt. Det har også blitt nevnt at denne følelsen ofte blir forsterket av bevisstheten av å være lege med minoritetsbakgrunn.

9. Er dette noe du kjenner deg igjen i, og i så fall på hvilken måte?

- i forhold til families eller andres forventninger til meg.
- i forhold til min egen ambisjon og motivasjon
- i forhold til pasienters eller andres forventninger
- i forhold til å endre fordomsfulle syn på fremmedkulturelle leger
- i forhold til å representere noe mer enn meg selv

10. Kan du fortelle meg litt om hvordan du opplever effekter av en eventuell slik bevissthet?

11. Hva er dine tanker omkring pasienters forklaringer av egen usikkerhet med språkvansker?

- Hva føler du om det?
- Tror du det er en realitet i dette?

- Har du noe å tilføye som du føler bør berøres?

Appendiks:

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Katrina Roen
Psykologisk institutt
Universitetet i Oslo
Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 12.10.2011

Vår ref: 28119 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.09.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 12.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28119	<i>Er det du som er legen? En diskursiv studie av minoritetslegers opplevelser og erfaringer i hverdagslig yrkesutøvelse innen norsk helsevesen</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Katrina Roen
Student	Even Hallgren

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

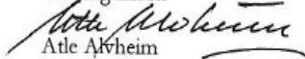
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Atle Aivheim


Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Even Hallgren, Kirkeveien 106 B, 0361 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no