

Utenlandske legers opplevelse av å begynne i yrket i Norge

BAKGRUNN Det er lite kunnskap om hvordan det er for en utenlandsk lege å komme til Norge. Vi har undersøkt hvordan den første tiden som ansatt i norsk helsevesen oppleves.

MATERIALE OG METODE Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer med 16 leger med utenlandsk utdanning og statsborgerskap. De hadde arbeidet som lege i Norge i under to år. Intervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

RESULTATER Bakgrunnen for å jobbe i Norge varierte. Noen hadde tilknytning til landet og et sosialt nettverk, noe som syntes å være en styrke i den første tiden. Autorisasjonsprosessen ble av mange opplevd som byråkratisk og som mistenkeligjøring. Legene opplevde å mestre de fleste arbeidsoppgaver, men beskrev at de hadde erfart språkutfordringer, mangel på systemkunnskap og usikkerhet om hva som var forventet i legerollen i norsk sammenheng. Det var også usikkerhet knyttet til opplevelse av manglende kollegastøtte. En del hadde på grunn av arbeidsmulighetene justert sine karriereplaner i retning psykiatri, geriatri eller allmenntilleggsmedisin.

FORTOLKNING Det ser ut til at forberedelser som kurs, tester og autorisasjonsprosess ikke gir de praksisnære erfaringene og den lokalkunnskapen mange av legene synes de trenger i sin nye arbeidshverdag. Tiltak for språk- og systemopplæring og tiltak for å redusere utrygghet ville trolig bidra til bedre trivsel og integrasjon.

De siste årene har rundt 16 % av de praktiserende legene i Norge og 20 % av spesialistene hatt utenlandsk utdanning og statsborgerskap (1, 2). Det er kjent at utenlandske arbeidstakere kan erfare usikkerhet og tilpasningsvansker på arbeidsplassen, blant annet på bakgrunn av at kommunikasjonen i norsk sammenheng er mer uformell og mindre preget av hierarkiske relasjoner enn det som er vanlig i de fleste andre land (3). Det norske språket kan også være en utfordring for utenlandske leger (4), selv for dem som snakker et skandinavisk språk (4, 5).

Utenlandske leger i norsk helsetjeneste har beskrevet at de opplever at deres kultur- og språkbakgrunn har innvirkning på hvordan de blir møtt av sine kolleger (6). Studier fra USA og Australia viser at mange utenlandske leger opplever utrygghet i samhandling, tap av selvbylde (7) og redsel for å gjøre feil (8). Vi har ikke funnet studier der det blir undersøkt hvordan dette er for leger som nylig er kommet til Norge. Det kan være vanskelig å overføre resultater fra utenlandske studier fordi samfunnsforhold, kultur og i noen grad medisinsk praksis er annerledes. Legeinnvandringen til Norge har også en annen sammensetning av nasjonaliteter enn det som er tilfellet i andre land, blant annet er det stor innvandring fra skandinaviske naboland (2).

Innenfor den psykologiske litteraturen brukes begrepet «akkulturasjon» for å beskrive endringene som et menneske gjennomgår når det flytter fra én kultur til en annen (9–12). Kunnskap om slike psykologiske tilpasningsprosesser har vist seg nyttig for å forstå hvor-

dan man på flerkulturelle arbeidsplasser kan legge forholdene til rette for arbeidstakere av utenlandsk opprinnelse (13).

Hensikten med denne artikkelen er å gi et bilde av utenlandske legers akkulturasjonsprosess i Norge, med vekt på hvordan de opplever å bli tatt imot og verdsatt og hvilke konsekvenser dette har for den enkeltes opplevelse av mestring.

Materiale og metode

Vi intervjuet leger som var født og utdannet i utlandet. Gjennom Helsepersonellregisteret og turnuslister rekrutterte vi leger som var nyregistrert i årene 2010–11. Gjennom listene hadde vi tilgang til navn, kjønn, alder og nasjonalitet. Vi delte opp listen etter geografisk tilhørighet (tab 1), da vi anså dette som det mest relevante kriteriet for å få deltakere med ulike opplevelser. Personer som forskerne kjente til, ble strøket fra listene.

Utvalget var tilfeldig i den forstand at vi startet fra toppen av listene. Mot slutten av rekrutteringen valgte vi imidlertid deltakere strategisk ut fra alder og kjønn for å få med flere over 40 år og en mer balansert kjønnsfordeling. Listene vi hadde, inneholdt ikke kontaktopplysninger, så vi brukte telefonopplysningstjenester. En del greide vi ikke å oppspore.

Alle de 18 legene vi kontaktet på telefon, var villige til å delta i undersøkelsen, men to kunne ikke møte til intervju på Østlandet. De 16 deltakerne valgte selv tid og sted for intervju. De hadde fra noen måneder til to års arbeidserfaring fra norsk helsetjeneste,

Erik Skjeggstad

erik.skjeggstad@ahus.no
Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH)
Akershus universitetssykehus

Gro Mjeldheim Sandal

Institutt for samfunnspsykologi
Universitetet i Bergen

Pål Gulbrandsen

Institutt for klinisk medisin
Campus Ahus
Universitetet i Oslo
og
Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH)
Akershus universitetssykehus

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

> Se lederartikkel side 1104

HOVEDBUDSKAP

Av 16 intervjuede utenlandske leger opplevde mange å få lite oppfølging og få tilbakemeldinger i den første tiden de jobber i Norge

De fleste syntes at de mestret sine medisinske arbeidsoppgaver, men ga uttrykk for språkutfordringer, manglende systeminnsikt og rolleusikkerhet

Mange så ut til å endre karriereplaner ut fra hvilke jobber de trodde det var mulig å få

Tabell 1 Oversikt over egenskaper ved de 16 deltakerne

Kjønn	
Kvinner	9
Menn	7
Opprinnelsesområde¹	
Norden	5
EU utenom Norden, USA, Australia	3
Asia	4
Afrika	2
Mellom- og Sør-Amerika	3
Russland og tidligere Sovjetunionen	3
Aldersgruppe (år)	
Under 30	5
30–40	8
Over 40	3
Arbeidssted	
Offentlig eller privat sykehus	8
I allmennlegetjenesten	5
Uten arbeid ²	3
Siste eller nåværende stillingstype	
Turnuslege	4
Lege i spesialisering eller lege i primærhelsetjenesten	7
Sykehusspesialist	5

¹ Fire oppga tilknytning til flere land

² Jobbet ekstravakter eller hadde vært i engasjementsstilling inntil nylig

og de hadde arbeidserfaring fra alle landsdeler, både distrikt og by. Vi stoppet rekrutteringen etter 16 intervjuer, da vi vurderte at det var tilstrekkelig spredning i deltakernes alder, arbeidserfaringer, arbeidssted, stillingstype og bakgrunn samt rimelig god kjønnsfordeling.

Kvalitative intervjuer er egnet til å gi innsikt i verden forstått ut fra deltakernes egne perspektiver og til å utforske erfaringer og refleksjoner over disse (14). Førsteforfatter gjennomførte intervjuene basert på en semi-strukturert intervjuguide med følgende hovedtemaer: bakgrunn, kunnskap om og forventninger til norsk helsevesen, oppstart i ny jobb, tanker om motivasjon og fremtid. Det ble lagt vekt på å få frem beskrivelser av

konkrete personlige erfaringer, fremfor generelle betraktninger. Intervjuene varte fra en halv til halvannen time.

Prosjektet ble godkjent av lokalt personvernombud. Regional etisk komité vurderte at det ikke var fremleggingspliktig. Vi innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne.

Til å analysere de transkriberte intervjuene valgte vi Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (14). Metoden er empiristyrkt og egnet til å analysere på tvers av materialet for å utvikle beskrivelser av et felt som erfaringer med å være ny utenlandsk lege i Norge. I denne artikkelen presenteres fire temaer som fremstår som de viktigste erfaringene fra intervjuene. Temaene fremkom i samtlige intervjuer, i ulike nyanser.

Sitatene som er benyttet, er lett redigert for skriftlig fremstilling.

Resultater

Å reise fra, til, eller bare et stopp på veien

Hovedårsaken for å komme til Norge var ulik for de forskjellige deltakerne. Noen hadde emigrert på grunn av krig eller krise. For eksempel fortalte flere av legene fra Sør- og Øst-Europa om økonomiske kriser som hadde gitt vanskelige arbeidsforhold i hjemlandet: «I hjemlandet er det slik at hvis en jobber offentlig, så er lønnen for lav til å leve av. (...) Lønnen rekker bare til reisen til og fra jobben. En må tjene svarte penger eller jobbe privat. Jeg jobbet privat. Og det var veldig bra betalt. (...) Men det er veldig stor konkurranse. Du må også betale brannmannen, politi, til skattevesen og sånn» (L5).

Andre beskrev ikke i første rekke forhold i hjemlandet som avgjørende, men heller at det var noe de reiste *til*. Mange av deltakerne hadde en relasjonell tilknytning til Norge, som partner, slekt eller tidligere studieutveksling. Det ble understreket at et eget nettverk var en ressurs for å mestre livet her: «Jeg er heldig som har en mann som kunne lære meg norsk, jeg har fått mye hjelp av ham» (L12). Flere uttalte at hadde det ikke vært for tilknytningen, ville de valgt å reise til andre land, hvorav spesielt USA ble nevnt som mer faglig attraktivt. Leger fra skandinaviske land oppga attraktive lønns- og arbeidsbetingelser og mulighet for videreutdanning som grunn for å komme til Norge. To deltakere fortalte at de hadde et ønske om å utforske verden, og legejobb i Norge var en del av dette: «Jeg ønsket å prøve noe nytt. Norge var det mest tilgjengelige» (L2). I motsetning til de andre deltakerne tenkte ikke disse å jobbe her i landet i lang tid fremover.

Langdryg og utrygghetsskapende autorisasjonsprosess

Å få norsk autorisasjon var et tilbaketog stadium for deltakerne, men mange innledet

med å snakke om den prosessen da de fortalte om hvordan det var å komme hit. Gjennomgående hadde de forståelse for nødvendigheten av regulering og kontroll av fagkunnskaper, men de fleste mente at saksbehandlingen for å bli godkjent var mer omstendelig og tidkrevende enn de hadde forutsett.

En skandinavisk lege med erfaring fra både Sverige og Danmark fikk rask saksbehandling, men fortalte: «Da jeg søkte om norsk autorisasjon, så opplevde jeg en veldig byråkratisk og relativt innviklet prosess» (L8). Legene hadde brukt alt fra noen dager til ni år fra ankomst til de var i praksis i yrket. De som kom fra de nordiske land og det nordlige Europa, hadde fått jobb før de kom hit og hadde i liten grad opplevd at autorisasjonsfasen tok lang tid.

Legene fra fjerntliggende land hadde måttet lære norsk, ta fagkurs og bestå tester for å kunne få autorisasjon. For disse var det vanlig å ha bodd i Norge i flere år uten å komme i relevant medisinsk praksis: «Jeg kunne ikke jobbe i norsk helsevesen i mellomtiden, men jeg måtte jobbe for å leve. Jeg jobbet som avisbud i 2–3 år og etterpå som postmann i tre år til jeg besto fagprøven» (L4). Flere beskrev at de hadde opplevd autorisasjonsprosessen som mistenkeligjøring av deres kvalifikasjoner.

Nytt språk og ny rolle i et ukjent system

Da legene fortalte om sine første arbeidsdager her i landet, var de opptatt av at ulikhetene i yrkeshverdagen mellom Norge og hjemlandet var større enn forventet. Flere gråt under intervjuet da de fortalte om vanskelige situasjoner de hadde opplevd den første tiden.

Noen mente at sykdomspanoramaet var noe annerledes i Norge enn hva de var vant med, spesielt innen psykiatrien. Alle hevdet likevel at de hadde tilstrekkelig medisinsk kunnskap til å praktisere her. Det som var vanskeligst å mestre, handlet i stor grad om språk, systeminnsikt og hva som ligger i legerollen. For noen ga dette en følelse av utilstrekkelighet, andre så det som forbigående bagateller.

Det å mestre arbeidshverdagen hadde ikke nødvendigvis noen sammenheng med bakgrunn fra geografisk fjerne eller nære land. For eksempel var opplevelsen av språklig tilkorkommenhet beskrevet som stor av en nyankommet lege fra et land i Norden, mens en asiatisk lege som hadde bodd her i flere år, ikke hadde slike problemer. Legene som hadde vært igjennom språkkurs og språktester beskrev at da de kom ut i praksis, erfarte de mangel på praksisrelevant språk og interaksjonskunnskap. «Å ta anamnesen var vanskelig i begynnelsen. For måten man spør på er litt annerledes her» (L10).

De fleste legene fortalte at det hadde vært lite systematisk opplæring på den nye arbeidsplassen samt at de opplevde en forventning om at de skulle fungere som rutinert lege i løpet av kort tid. De ble usikre på grunn av færre tilbakemeldinger enn de hadde ønsket: «Du får aldri tilbakemelding når du har gjort noe bra eller feil – du får aldri tilbakemelding. (...) Jeg har bodd mange år i Norge og klarer nesten å tilpasse meg, men jeg er hele tiden i tvil om jeg gjør jobben riktig» (L7).

Hvordan leger jobber og hvilke arbeidsoppgaver som tilhører legerollen, var for mange uklart den første tiden: «Du må stort sett tilpasse deg selv. Det er en krevende periode» (L16). Flere fortalte at kurs og eksamener i liten grad hadde forberedt dem på legerollen i Norge, kjennskap til den fikk de først da de kom ut i arbeid. «Det var viktig å ha turnustjeneste, da lærte jeg noe. Jeg lærte hvordan ting fungerer i Norge, som retningslinjer, strukturer og hvordan man gjør ting. (...) Jeg trengte *det*, ikke kurs og eksamener. Men det er noe dere må ha for å kunne måle» (L15).

Usikkerhet om hva som var forventet av legen og hva som var andres arbeidsoppgaver, medførte uheldige erfaringer for noen. En beskrev hvordan han hadde tilpasset seg: «Personalet er blitt overrasket fordi jeg gjorde jobben deres. Men jeg har ikke ment å blande meg inn i arbeidsoppgavene deres, jeg ville bare behandle pasienten slik jeg mente var riktig. For eksempel er det helt naturlig for meg å ta pasientens blodtrykk selv.» (Intervjuer: «Hva gjør du nå?») «Jeg har nå lært å holde meg unna og ikke blande meg i oppgavene til andre. Selv om pasienten er min» (L4).

Spesielt ble autoritetsspørsmål i interaksjonen med sykepleierne beskrevet som uklare av legene med bakgrunn utenfor Nord-Europa. Ellers fortalte de fleste om god trivsel på jobb, men det å bli kjent med kollegene var blitt nedprioritert av mange. De hadde heller brukt tiden på å sette seg inn i og å utføre arbeidsoppgavene.

Justert karriereplan og ambisjonsnivå

For de yngste og de med kort arbeidspraksis i landet var opplevelsen av utrygghet i arbeidsforholdet gjennomgående. En lege beskrev frykt for at engasjementet skulle bli avsluttet: «Jeg ser etter, hver dag, når jeg kommer på morgenmøte. Er det noen lege som kommer ny og skal ta min jobb eller ikke?» (L14).

De fleste var i engasjements- eller utdanningsstillinger og opptatt av å være flinke og få best mulige referanser. Tre deltakere hadde på intervjudispunktet nettopp avsluttet turnustjeneste/engasjement og var arbeidssøkende. Ti av de andre kom med uttalelser om at de ikke så på den jobben de hadde som sin fremtidige stilling på grunn av usikre ansettelsesforhold eller fordi de

ønsket seg noe annet. Mange fortalte at de hadde endret sine fremtidsplaner etter at de startet opp i norsk praksis. Flere beskrev at tidligere ønsker om sykehusarbeid, gjerne kirurgi, ble erstattet med tanker om allmennmedisin, geriatri og psykiatri. Legene i midlertidige stillinger fra land utenfor det nordlige Europa var mest bekymret for sine fremtidige karrieremuligheter i Norge.

Diskusjon

Forforståelse og overførbarhet

Alle tre forfattere har tidligere forsket på hvordan kultur kan innvirke på profesjonelt arbeid. Egen og andres forskning ga oss derimot lite innsikt i hvordan *leger* opplever at det er å komme til Norge for å arbeide. På det grunnlag valgte vi en kvalitativ tilnærming der vi søkte kunnskap gjennom beskrivelser fra en gruppe personer i situasjonen (14).

Ved å rekruttere deltakere tilfeldig fra et register og supplere med strategisk valgte personer mener vi å ha fått tilstrekkelig spredning i deltakernes bakgrunn. Rekrutteringsmåten ga informantene mulighet til å stille til intervju uten at arbeidsgiver og kolleger fikk vite det. Flere beskrev at de var sårbare overfor kollegene og at konfidensialitet var nødvendig for at de ville dele sine erfaringer og følelser.

I intervjuene var vi opptatt av at deltakerne skulle fortelle om sine egne opplevelser. En slik åpen intervjuform kan ha hatt begrensninger i forhold til hvilke temaer det var relevant for dem å snakke om. At intervjueren ikke selv var lege, kan ha ført til at kliniske temaer i mindre grad ble berørt i samtalen enn andre sider av arbeidshverdagen. Det kan også tenkes at prosjektets konsentrasjon om erfaringer fra arbeidssituasjonen har gjort at vi har fått begrenset innsikt i legenes privatliv, som også kan påvirke yrkesutøvelsen.

I intervjuer kan deltakere gjerne fremstille seg selv positivt og vegre seg for å snakke om vanskelige forhold og svakheter. De fleste beskrev likevel på eget initiativ opplevelser som hadde vært vanskelige eller situasjoner der de hadde opplevd ikke å strekke til. Flere av intervjuene var følelsesladet. Noen gråt da de fortalte om sine erfaringer. Det tyder på at temaene var viktige for deltakerne og at de var trygge nok til å vise følelser i intervjusituasjonen.

Deltakere og forsker hadde ikke samme morsmål og nasjonalitet. Det kan ha skapt misforståelser. Legene ga uttrykk for at det var naturlig å gjennomføre intervjuene på norsk, deres nåværende arbeidsspråk. Noen hadde likevel språkutfordringer som gjorde at det delvis ble benyttet engelsk.

I analysen var vårt mål å formidle essensen av hva de 16 deltakerne beskrev (14). Vi mener at deres erfaringer kan gi innsikt i sen-

trale fenomener ved det å komme til Norge som utenlandsk lege. Resultatene gir ikke grunnlag for å kunne drøfte innholdet i autorisasjonsprosessen eller konkrete tilpasningstiltak, men peker på et behov for videre utprøving og forskning på tiltak, da nesten samtlige deltakere uttrykte et ønske om mer støtte og flere tilbakemeldinger i arbeidshverdagen.

Resultatdiskusjon

Denne studien viser at de fleste legene syntes den første tiden i arbeid i Norge hadde vært krevende og at tilretteleggingen hadde vært tilfeldig. Akkulturasjonsforskning har vist at innvandreres tilpasning til en ny kultur har sammenheng både med personlige ressurser og årsak til innvandring samt hvordan mottakersamfunnet tar imot dem (9–11). Denne studien tyder på at personlig nettverk er en viktig ressurs når det gjelder utvikling av språkferdigheter, forståelse av normer og omgangsformer og muligheten til å skaffe seg fortrolige samtalepartnere. Legene som hadde tilknytning til Norge før de kom, hadde bedre tilgang på slik støtte. De som kom på grunn av arbeidsbetingelser eller som av ulike grunner så seg tvunget til å emigrere fra hjemlandet, hadde lite sosialt nettverk i Norge. Denne gruppen fremstår derfor som mer sårbar.

Kulturell distanse er generelt beskrevet å være forbundet med integreringsutfordringer (9). Flere av legene kom fra land som er ansett for å være kulturelt ulike Norge (15). Det er vist fra norske legevaktjenester at det kan være forskjeller i arbeidsmåte mellom norske og utenlandske leger (16). Ingen av deltakerne i vår studie opplevde at de manglet nødvendig kunnskap for å utføre kliniske oppgaver, derimot beskrev alle språk, systeminnsikt og kollegialt samarbeid som utfordrende. Resultatene tyder på at legene møtte mange av de samme utfordringene uansett bakgrunn og nasjonalitet.

Legene, både innenfor allmennmedisin og sykehusjeneste, fortalte om utrygghet på grunn av mangelfull opplæring og oppfølging og manglende tilbakemeldinger. Utrygghet og usikkerhet i oppstartsfasen er ikke særegent for utenlandske leger, dette er også kjent fra norske legers beskrivelser av den første tiden i arbeid (17). Dette tyder på at mange arbeidsplasser innenfor norsk helsetjeneste kan være tjent med å vurdere hvordan nyansatte tas imot. Innvandrerelegene pekte spesielt på behovet for mer helsetjenestespesifikk skoleing og flere tilbakemeldinger. Flere fremhevet turnustjenesten som viktig for å få innsikt i helsetjenesten. I en tid da turnustjenesten er i endring, er dette interessant.

Flere av deltakerne endret karrierepreferanse den første tiden de arbeidet i Norge. Heller ikke dette er særegent for utenlandske leger, det er også beskrevet blant norske leger

etter noe arbeidserfaring (18). I tidligere studier er det pekt på at norsk er en utfordring for mange utenlandske leger (4, 5). Våre deltakere beskrev også kommunikasjonsvansker. Likevel ser det ut til at mange søker til fag med mye pasientkommunikasjon – psykiatri, geriatri og allmenntidmedisin. Dette er fag som er forbundet med lavere prestisje (19). Muligheten for arbeid ser ut til å være hovedbegrunnelsen for endring av karrierevei.

Utenlandske leger kan oppleve utrygghet i interaksjon med kolleger (6, 8). Mange fortalte om lite tilgang til faglig støtte, frykt for negativ oppmerksomhet og savn av anerkjennelse. Tidligere forskning tyder på at opplevelse av marginalisering er forbundet med emosjonelle plager (12), også hos leger (7). Et mindretall av deltakerne så ut til å ha mistet mye av sin identitet fra opprinnelseslandet og opplevde i vesentlig grad «utenforskap» i Norge. Tydeligst kom dette til uttrykk i deres beskrivelser av underlegenhet i autorisasjonsprosessen og usikkerhet om fremtidige arbeids- og karrieremuligheter på grunn av sitt utenlandske opphav.

Samlet peker resultatene på at for mange utenlandske leger er den første tiden i Norge krevende. Våre funn og etablert kunnskap om akkulturasjon tyder på at norsk helsetjeneste kunne vært tjent med å utvikle tiltak for å bistå nye utenlandske leger den første tiden av deres virke her.

Erik Skjeggstad (f. 1978)

har en mastergrad i profesjonsetikk og er ph.d.-stipendiat.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Gro Mjeldheim Sandal (f. 1962)

er professor i psykologi og leder for Forskningsgruppe for kulturelt mangfold i samfunn og arbeidsliv.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Pål Gulbrandsen (f. 1955)

er dr.med., spesialist i samfunnsmedisin, professor i helsetjenesteforskning og seniorforsker.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Drange I. A study of labour market careers for professionals of ethnic minority origin. Doktoravhandling. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2013.
2. Taraldset A. Utenlandske leger i Norge 2001–2010. Fagtidsskriftet Helse/Medisin/Teknikk (HMT) 2010; 6: 16–9.
3. Sandal GM, Bye HH, Fyhn T et al. «Mangfoldsledelse» og innvandreres tilknytning til arbeidsplassen. www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Forsoks+og+utviklingsprosjekter/Relatert+informasjon/_attachment/358191?_download=true&_ts=1412665e8f8. [4.11.2014].
4. Aasland OG, Javo C, Larsen A. Utenlandske leger ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4246–50.
5. Gulbrandsen P, Schroeder TV, Milerad J et al. Forstår skandinaviske leger hverandre? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2042–4.
6. Díaz E, Hjörteifsson S. Immigrant general practitioners in Norway: a special resource? A qualitative study. Scand J Public Health 2011; 39: 239–44.
7. Pilotto LS, Duncan GF, Anderson-Wurf J. Issues for clinicians training international medical graduates: a systematic review. Med J Aust 2007; 187: 225–8.
8. Fiscella K, Roman-Diaz M, Lue BH et al. «Being a foreigner, I may be punished if I make a small mistake»: assessing transcultural experiences in caring for patients. Fam Pract 1997; 14: 112–6.
9. Berry JW. Stress perspectives on acculturation. I: Sam DL, Berry JW, red. The Cambridge handbook of acculturation psychology. Cambridge: Cambridge University Press, 2006: 43–57.

10. Berry JW. Contexts of acculturation. I: Sam DL, Berry JW, red. The Cambridge handbook of acculturation psychology. Cambridge: Cambridge University Press, 2006: 27–42.
11. Sam DL. Acculturation: conceptual background and core components. I: Sam DL, Berry JW, red. The Cambridge handbook of acculturation psychology. Cambridge: Cambridge University Press, 2006: 11–26.
12. Berry JW. Acculturation: living successfully in two cultures. Int J Intercult Relat 2005; 29: 697–712.
13. Sam DL. Akkulturasjon i flerkulturelle arbeidsmiljøer. I: Sandal GM, red. Kulturelt mangfold på arbeidsplassen: utfordringer og virkemidler. Bergen: Fagbokforlaget, 2009: 47–61.
14. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health 2012; 40: 795–805.
15. Schwartz S. A theory of cultural value orientations: explication and applications. Comp Sociol 2006; 5: 137–82.
16. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Clinical practice patterns among native and immigrant doctors doing out-of-hours work in Norway: a registry-based observational study. BMJ Open 2012; 2: e001153.
17. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. Harv Rev Psychiatry 2002; 10: 154–65.
18. Aasland OG, Røvik JO, Wiers-Jenssen J. Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1833–7.
19. Alburn D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. Soc Sci Med 2008; 66: 182–8.

Mottatt 13.3. 2014, første revisjon innsendt 4.11. 2014, godkjent 29.4. 2015. Redaktør: Sigurd Høye.