

Jakub Stachowski

Transnasjonale helsepraksiser

En kvalitativ studie om polske arbeidsinnvandreres
bruk av helsetjenester

Masteroppgave i sosiologi

Trondheim, høsten 2014

Til verdens beste Antek

Forord

Denne oppgaven er en avslutning på et toårs eventyr som sosiologistudent ved NTNU. De siste to årene kan jeg oppsummere som utrolig utfordrende, lærerike og på mange måter spennende. For meg som innvandrer var de også viktigst for min integrering i det norske samfunnet. Denne perioden ville ikke være den samme uten noen personer som jeg vil takke.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Johan Fredrik Rye. Tusen takk for din entusiasme og tro i prosjektet, poengterte kommentarer, billedlige eksempler og utfordrende spørsmål.

Tusen takk til mine medstudenter fra kull 2012 som jeg fikk privilegiet å bli kjent med. Spesielt takk rettes til Andrea, Arne, Christoffer, Inga, Ingrid, Kent, Markus og Per for at dere gjorde de to årene til en uforglemmelig opplevelse og ikke minst for korrekturlesning og kommentarer til oppgaven.

Takk til mine informanter for at de delte med meg sine opplevelser, meninger og tanker rundt det tema som interesserte meg.

Til slutt vil jeg takke min familie: samboeren Aga for hennes utømmelig tålmodighet og støtte gjennom hele studieperioden, og min 6-måneders gammel sønn Antek for å være den største inspirasjonskilden. Jeg er glad i dere.

Jakub Stachowski

Trondheim, september 2014

Sammendrag

Denne masteroppgaven er en sosiologisk studie som utforsker fenomenet av transnasjonale helsepraksiser blant polske arbeidsinnvandrere i Norge. Et overordnet teoretisk plattform i studien er transnasjonalisme og teoriene til Pierre Bourdieu. Studien fokuserer på praksiser som finner sted i Norge og Polen, men også det man kaller for transnasjonale feltet, som kobler begge kontekstene.

Analysen av 9 dybdeintervjuer med polske arbeidsinnvandrere viser at polske arbeidsinnvandrere er aktive brukere av både det norske og polske helsesystemet. I henholdt til det norske helsesystemet møter polakkene en rekke utfordringer som er hovedsakelig tilknyttet primærhelsetjenesten og ulike aspekter av lege-pasientrelasjonen. Spesialisttjenesten bedømmes mer positivt grunnet at den oppfyller de polske pasientens forventninger om god behandling. Betydning av hjemlandet og helsetjenester som er tilgjengelig der er essensiell for å forstå helhetlig bildet av fenomenet. Polen er både en viktig referanseramme som påvirker vurderinger av det som praktiseres i det norske helsesystemet og arena man tyr til for å benytte seg av helsetjenester.

En av hovedkonklusjoner er at gjennom transnasjonale helsepraksiser og på visse betingelser kan migrantene få tilgang til bredere utvalg helsetjenester som de kan benytte strategisk og behovsavhengig.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Polakker i Norge- hvem er de?.....	3
1.2 Bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere i Norge - tidligere forskning	4
1.3 Migranter, transnasjonalisme og helse- tidligere forskning.....	5
1.4 Kjennetegn ved det polske og norske helsesystemet	6
1.5 Forskningsspørsmål.....	8
1.6 Bakgrunn for valg av tema	9
1.7 Oppgavens struktur.....	9
2. Teoretiske perspektiver	11
2.1 Transnasjonalisme	11
2.2 Pierre Bourdieus praksisforståelse	15
2.2.1 Habitus	16
2.2.2 Felt og kapitalformer	18
2.2.3 Praksis og spillmetafor	19
2.2.4 Bourdieus kritikk.....	19
2.2.5 Bourdieu og migrasjon	20
2.3 Lege pasient-relasjon- klassisk tilnærming	21
2.3.1 Andre modeller av lege-pasientrelasjon	23
2.4 Tillit	24
2.4.1 Tillit i den medisinske konteksten	25
2.5 Om bruk av teoretiske perspektiver	27
3. Metodiske refleksjoner	29
3.1 Valg av metode	29
3.2 Intervjuguiden	29
3.3 Observasjon og pilotintervjuer	30
3.4 Rekruttering av informanter	31
3.5 Utvalget.....	32
3.6 Intervjuene	33
3.7 Bearbeiding av datamaterialet og analyse.....	36
3.8 Etske betraktninger	37
3.9 Kvalitetsvurderinger.....	38
4. Polske arbeidsinnvandrere i møte med det norske helsesystemet	41
4.1 Primærhelsetjenesten	41
4.1.1 Fastlege- pater eller partner? - oppfatninger av lege-pasientrelasjonen.....	41
4.1.2 Tilgang til spesialisttjenester - oppfatninger av fastlegens portåpnerfunksjon	45
4.1.3 Ambivalenser rundt medikalisering.....	46

4.1.4 «Og det er det jeg betaler for?» - om betaling av egenandel.....	47
4.1.5 Lege-pasient-relasjon i et tidsperspektiv	50
4.1.6 Svangerskapsoppfølging	52
4.2 Spesialisttjenesten	54
4.2.1 Spesialister og sykehus.....	54
4.3 Legestatus og kompetanser i tvil.....	55
4.4 Likeverdig behandling for alle - om verdier i helsetjenester	57
4.5 Språklige utfordringer i kommunikasjon med lege	59
4.6 Tillit	62
4.7 Selv-refleksivitet i bruk av norske helsetjenester	64
4.8 Oppsummering av kapittelet	66
5. Når Polen er en løsning- bruk av polske helsetjenester.....	67
5.1 Det polske helsystemet og behandlingsmuligheter det gir.....	67
5.2 Selvmedikalisering	68
5.3 «I Norge er alt dyrt» - økonomiske motiver for å bruke helsetjenester i Polen og bruk av økonomisk kapital	70
5.3.1 Behandling i Polen eller Norge?	72
5.4 Polske helsetjenester og «oppussing» av helse.	73
5.5 Betydning av sosial kapital og nettverk i håndtering av helserelaterte problemer	75
5.6 Bruk av helsetjenester i Polen er opportunistisk.....	77
5.7 Oppsummering av kapitlet	78
6. Diskusjon	79
6.1 Bruk av helsetjenester i Norge.....	79
6.1.1 Norske fastleger og polske pasienter - mellom konflikt, aksept og unnvikelse	79
6.1.2 Spesialisttjenesten – det paternalistiske innfris	82
6.1.3 Verdier og menneskelig behandling.....	82
6.1.4 Språk.....	83
6.1.5 Polakkers tillit til norske helseinstitusjoner.....	84
6.1.6 Oppsummeringsmodell for polakkers bruk av helsetjenester i Norge.....	85
6.2 Transnasjonalisme og Pierre Bourdieu	86
6.2.1 To felt, to sett av spilleregler.....	86
6.2.2 Logikken i den transnasjonale helsepraksis.....	88
7. Konklusjon	93
7.1 Videre forskning.....	95
8. Litteraturliste.....	1
9. Vedlegg	9

«(...) to immigrate means to immigrate together with one's history (immigration itself being a part of that history) with one's traditions, ways of living, feeling, acting and thinking, with one's language, one's religion and all the other social, political and mental structures of one's society-structures characteristics of the individual and also of society, since the former is no more than the embodiment of the latter- or, in a word, with one's culture»

Pierre Bourdieu

1. Innledning

På verdensbasis var det i 2013 ca. 232 millioner migranter (OECD UNDESA 2013). I Europa hadde innvandring tendens til å stige i det første tiåret av det 21 århundret (Eurostat 2011). I 2012 ble det registrert totalt 3,4 millioner mennesker som vandret inn til EU-området eller migrerte mellom de enkelte statene (Eurostat 2014). Økende innvandring forårsaker at enkelte samfunn blir stadig mer varierte. Dette utgjør en utfordring for ulike institusjoner som må vise tilpasningsevner til å imøtekomme stadig mer mangfoldige samfunn. Slik er situasjonen med blant annet medisinske institusjoner (Mladovsky m.fl. 2012).

Innvandrere, deres helse og kontakter med helseinstitusjoner i mottakerland har vekket forskningsinteressen i de siste årene. På tross av den kjente «*healthy migrant effect*» der det hevdes at innvandrere generelt sett har bedre helse enn befolkningen ellers, virker det som om innvandreres helserelaterte behov ikke har fått tilstrekkelig med oppmerksomhet (Rechel m.fl. 2012). Dette skyldes blant annet begrenset kunnskap i området (ibid.). Kontakten mellom innvandrere og helseinstitusjoner kan preges av en rekke hindringer, som for eksempel tilgang til helsesystemer og utilstrekkelig informasjon om hvordan disse fungerer, men også sosioøkonomiske og kulturelle faktorer. (Mladovsky m.fl. 2012, Rechel m.fl. 2012) De sistnevnte kan omfatte aspekter tilknyttet blant annet språk, religion eller ulike verdisyn (Durieux- Paillard 2012).

Denne oppgaven retter søkelyset mot Norge og har som formål å utforske bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere. Historisk sett hadde Norge vært et homogent samfunn. I landets moderne historie begynte dette å endre seg på 1960- tallet når motivert av økonomiske grunner tok Norge imot innvandrere fra Pakistan, Nord-Afrika Sør-Europa og Tyrkia (Stiles og Hylland-Eriksen 2003). Videre ble det to utvidelser av EU i 2004 og 2007 som omfattet for det meste postkommunistiske land, som utløste en innvandringsbølge uten sidestykke i Norges historie og dermed endret det norske innvandringslandskapet (Friberg og Eldring 2013). Per i dag bor det i Norge over 750 000 innvandrere som til sammen utgjør nesten 15% av hele den norske befolkningen (SSB 2014). Innvandrere fra EU-landene utgjør til sammen over 170. 000 noe som tilsvarer 3,6% av hele befolkningen (SSB 2014).

Det legges mye vekt på ulike aspekter av innvandreres helse i Norge. De områdene man retter oppmerksomhet mot gjelder blant annet helse og etnisitet eller bruk av helsetjenester. Innenfor disse identifiserer man en rekke mindre utfordringer. Blant dem er forekomst av enkelte sykdommer, kjønnsforskjeller eller kommunikasjon med helsepersonellet viktig

(Helsedirektoratet 2009, St. Meld. 34, HOD 2013). Utfordringene varierer i henhold til enkelte innvandrergupper. For eksempel vil flyktninger fra krigsområder eller fattige land skape andre utfordringer enn arbeidsinnvandrere fra EU-området. Når det gjelder arbeidsinnvandrere som typisk sett er konsentrert i noen utvalgte bransjer som kjennetegnes av tungt, fysisk arbeid er man bekymret over hvilke utfordringer dette vil skape i et lengre perspektiv. Samtidig er tilpasning av helsetilbudet for å møte arbeidsinnvandreres behov viktig (HOD 2013).

Helse er en sentral levekårsressurs i menneskets liv, men virker å ha en spesiell betydning for arbeidsinnvandrere. Dette ble drøftet av Abdemalek Sayad (2004) i essayet «*Illness, suffering and the body*» der han reflekterer over hvordan helse utgjør en arbeidsinnvandrers status. I henholdt til arbeidsinnvandrere kan sykdom betraktes som en krise som fører til en ubalanse og hindrer en fra daglig deltagelse i arbeidslivet, som for mange arbeidsinnvandrere var en motivasjon til å reise fra hjemland og en løsning på tidligere problemer. Sayad (2004) mener at det er arbeid som legitimerer arbeidsinnvandreres status. En syk arbeidsinnvandrer er lik en arbeidsløs arbeidsinnvandrer og dette kan oppfattes negativt av for eksempel medlemmer av det samfunnet han eller hun har flyttet til. Dermed kan helseinstitusjoner oppfattes ikke utelukkende som steder der helse restitueres. For en arbeidsinnvandrer er de også viktige for å restituere deres status (Sayad 2004).

Det som har blitt presentert hittil utgjør kun en side av denne oppgavens formål. Den andre setter søkelyset på bruk av helsetjenester som finner sted i innvandreres hjemland Polen. Ulike studier viser at som resultat av utfordringer med helsesystemene i mottakerland, kan migrantene benytte seg av helsetjenester i hjemland (for gjennomgang se delkapitlet 1.3). På denne måten blir migrantene brukere av to helsesystemer. I tråd med det nye paradigme innenfor migrasjonsforskning, *transnasjonalisme*, som understreker at dagens migranter i stor grad lever sine liv på tvers av grenser (Glick Schiller, Basch, Szanton-Blanc 1995) vil denne oppgaven koble den norske og den polske konteksten og utforske helsepraksiser som finner plass mellom to landene og deres helsesystemer. Globalisering ledsaget av teknologi- og kommunikasjonsutvikling gjør at moderne migrasjonsfenomener strekker seg utover enkelte lands områder og tar form av *duale* eller *bifokale* liv. Det betyr at migrantene på tross av forflytting oppbevarer varige sosiale bånd med hjemlandene (Vertovec 2009).

1.1 Polakker i Norge- hvem er de?

Etter EU-utvidelsen i 2004 ble polakker den raskest voksende innvandrerguppen i Norge. Tall fra SSB viser at i januar 2014 var det 84 000 personer fra Polen på registrert opphold her til lands (SSB 2014). Dette tilsvarer en økning på over 70 000 hvis man sammenligner med tall før EU- utvidelsen i 2004 (Tronstad 2004). Man antar at det faktiske tallet er noe høyere, men det finnes ikke noe nøyaktig oversikt over dette. Det viktigste kjennetegn ved gruppen er at polakker er først og fremst arbeidsinnvandrere. Det betyr at deres opphold i Norge er motivert hovedsakelig av arbeid. Som studien *Polonia i Oslo* viser oppgir nesten 75 % av de mannlige migrantene fra Polen at jobb var den viktigste grunnen for å flytte (Friberg og Eldring 2011). Polske arbeidsinnvandrere finner ansettelse i noen utvalgte bransjer på det norske arbeidsmarkedet. Disse er først og fremst bygg, industri (verft og næringsmiddel), landbruk og i mindre grad service (hotell/renhold) (Friberg, Elgvin, Djuve 2013).

Et viktig utviklingstrekk ved den polske befolkningen i Norge gjelder kjønn. Selv om innvandringen fra Polen i begynnelsen var et mannsdominert fenomen ble det etter hvert registrert en betydelig andel kvinner som flyttet til Norge som følge av familiegjenforening (Friberg, Dølvik, Endring 2013).

Et annet aspekt som var en del av diskusjonen om *den nye innvandringen* som den ofte kalles var fenomenets varighet særlig i forbindelse med spørsmål omkring de nye innvandrergruppenes bosetningsmønstre. Man antok i begynnelsen at migrantene trolig ville dele sine liv mellom to land, noe som blir avhengig av arbeidsmarkedet og konjunktur og ikke bosette seg permanent (Friberg, Elgvin, Djuve 2013). Selv om dette til en viss grad er sant viser ulike kilder et utviklingsmønster med et tydelig bosetningstrekk (Friberg og Eldring 2011). Noen studier viser at polakker deler sine liv mellom to land (for eksempel: Rye og Andrzejewska 2012, Friberg 2012). Friberg (2012) hevder at et mulig mønster av polakkers bosettelse i Norge kan gjennomgå tre faser. Den første fasen preges av midlertidighet den andre av transnasjonale tilværelser mens permanent bosetning blir den tredje fasen. Polakkers transnasjonale liv muliggjøres av blant annet av bevegelsesfrihet som EU-medlemskap tillater, kort avstand mellom Polen og Norge og gunstige flyforbindelser (Friberg 2012).

1.2 Bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere i Norge - tidligere forskning

Mens innvandrere i Norge og deres helse generelt sett har vekket omfattende forskningsinteresse, gjelder dette i lite grad selve polakkene. Per i dag foreligger det kun én studie som fokuserer utelukkende på polakkers helse og bruk av helsetjenester i Norge. Denne ble gjennomført av E. Czapka (2012) ved NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse). Studien fokuserer på noen utvalgte områder som har med de polske arbeidsinnvandreres helse å gjøre, det vil si: selvvurdering av ens helse etter innvandring til Norge, livsstil, ulike moralske aspekter tilknyttet helse, men også bruk av helsetjenester. Det sistnevnte er av stor betydning for denne studien og dermed vil jeg i det følgende redegjøre for de viktigste kjennetegn ved dette.

Studien viser at polakker benytter seg mest av fastlegetjenesten. De andre tjenestene de bruker er blant annet legevakten og ulike spesialister (for eks. øre-nese-halsespesialist, gynekologer, optikere), men også jordmødre og tannleger. Czapka (2012) identifiserer tre hovedbarrierer som polske arbeidsinnvandrere opplever i kontakt med norske helseinstitusjoner. Disse er tilknyttet utilstrekkelig informasjon om det norske helsesystemet, språklige utfordringer og økonomi. Mangel på kunnskap om det norske helsesystemet gjelder først og fremst fastlegetjenesten som er det første leddet i det norske helsesystemet. Det er et generelt ønske blant polakker om mer kunnskap om det norske helsevesenet. Dårlige språklige ferdigheter er hovedsakelig assosiert med betydelig mindre bruk av helsetjenester i Norge og negativ vurdering av ens mentaltilstand. Økonomiske hindringer har å gjøre med at mange polakker er arbeidsinnvandrere og derfor prioriterer arbeid framfor helse. Et interessant funn er at de som har vært i kontakt med det norske helsevesenet vurderer det like positivt som det polske (Czapka 2012).

Et viktig aspekt ved dette er at på tross av oppholdet i Norge benytter de seg i betydelig grad av helsetjenester i Polen. Over 60% hevder at de velger å besøke legen i Polen oftere enn i Norge, 10% oppgir at det gjør det oftere i Norge mens 29% sier at det ikke er noe forskjell. Når det gjelder håndtering av sykdommer er det flere som innrømmer at de bestemmer seg for å besøke legen i Norge i mindre grad enn de ville ha gjort i Polen mens andre strategier varierer ikke betydelig i henhold til land. Det er seks hovedgrunner som Czapka (2012) skiller mellom som gjør at man velger de polske framfor de norske helsetjenestene. Disse er: språk (det finnes ikke språklige barrierer mellom pasienter og leger i Polen i samme grad som mellom en polsk arbeidsinnvandrer og en norsk lege), kostnader (det er billigere i Polen), informasjon (man har kunnskap om helsesystemet), tilgjengelighet (lettere adgang til helsetjenester), tillit (større tillit

til polske leger og behandlingsmåter) og mangel på oppholdstillatelse (man oppholder seg i Norge illegalt og er redd å bruke helsetjenester).

I en annen studie gjennomført av Småland-Goth og Berg (2011) ble bruk av fastlege blant 13 av de største innvandrergroppene i Norge, inkludert polakker undersøkt. Som studien viser kan polakker vurdere fastleger som ikke kompetente grunnet blant annet bruk av Felleskatalogen under konsultasjoner. Ellers, er andre funn som presenteres i rapporten ikke tilknyttet polakkene, og dermed ikke diskutert her.

1.3 Migranter, transnasjonalisme og helse- tidligere forskning

Som jeg har nevnt innledningsvis er dagens migrasjonsmønster et annet fenomen enn tidligere. De transnasjonale liv som dagens migranter lever overskrider grensene og lar dem opprettholde ulike relasjoner på tvers av land. Det foreligger en del studier som viser koblingen mellom transnasjonale liv og ulike strategier som migranter iverksetter for å håndtere helserelaterte problemer. De fleste av disse dreier seg om bruk av helsetjenester i hjemlandene, noe som stammer som regel fra forskjeller mellom helsesystemer. Dette fenomenet, som omtales gjerne som *medisinske hjemreiser* var en gjenstand for internasjonal forskningsinteresse. For eksempel viser en studie av Horton og Cole (2011) at meksikanske innvandrere i USA engasjerer seg i målrettete bruk av helsetjenester i Mexico, gjerne etter å ha gitt avkall på rettigheter til å bruke amerikanske helsetjenester. Funn viser at det er særegenheter ved behandlingskultur som gjør at de foretrekker helsetjenester i hjemlandet. Blant de enkelte forskjellene mellom de to helsesystemene som påvirker deres valg er raskere behandling, lavere kostnader, oppmerksomheten som er gitt pasienten av personellet, mer effektiv virkning av meksikanske medisiner og diskresjon. Referanse til en annen behandlingskultur må imidlertid sees i lys av det faktum at det utelukkende er private tjenester meksikanere benyttet seg av. (Horton og Cole 2011).

I en annen studie utforsket Lee, Kearns og Friesen (2010) bruk av helsetjenester i hjemlandet blant sør-koreanske innvandrere i New Zealand. Hans funn viser at sør-koreaneres transnasjonale liv som kommer til syne i opprettholdelse av bånd med familier i hjemlandet er ledsaget av bruk av helsetjenester. Det er et par årsaker Lee, Kearns og Friesen (2010) identifiserer som kan forklare sør-koreaneres valg, men den viktigste er forventningene til behandlingen og oppfatning av hjemlandet som et terapeutisk landskap som virker beroligende

og tillitsvekkende. I tillegg er språklige utfordringer i kommunikasjon en viktig årsak for å ta avgjørelsen om å bruke helsetjenester i Sør-Korea (Lee, Kearns og Friesen 2010).

To andre studier har vist hvordan kan transnasjonale nettverk tas i bruk for å skaffe medisiner fra ens hjemland. Dette fenomenet omtales gjerne som *transnasjonale terapinettverk* og ble utforsket ved å studere afrikanske innvandrergupper i London (Krause 2008, Thomas (2010)). *Transnasjonale terapinettverk* ble definert av Krause (2008) som mellommenneskelige relasjoner som man tar i bruk situasjonsavhengig for å finne hjelp og støtte for å takle helserelevante problemer. I sin studie som utforsker ghaneseres bruk av medisiner viser han hvordan slike nettverk og de ulike sosiale relasjoner de består av benyttes. Disse nettverkene inkluderer både personer som befinner seg i Ghana, men også de som bor i England og har blitt utviklet og institusjonalisert gjennom tid. De involverer både familiemedlemmer og organisasjoner som for eksempel kirker eller ulike profesjonelle (for eksempel leger).

En lignende studie av Thomas (2010) så på transnasjonale terapinettverk til sør-afrikanere i London og viste hvilken betydning adgangen til slike nettverk kan ha for innvandreres velvære. Gjennom transnasjonale nettverk får de sør-afrikanske innvandrere tilgang til behandlingsmetoder og legemidler som de er mest kjent med, som de tilskriver mest mening, og som de betrakter som tillitsvekkende (Thomas 2010).

Disse studiene viser at helsepraksiser ikke er begrenset til kun ett land og ett helsesystem. Migranter kan aktivt ta i bruk muligheter som tilbys av livet som overskrider en statens grenser. Det er slike praksiser som jeg vil fokusere på i denne studien.

1.4 Kjennetegn ved det polske og norske helsesystemet

For å aktualisere videre den medisinske konteksten ved studien vil jeg i det følgende redegjøre for noen særpreg og sammenligne det norske og det polske helsesystemet. Denne studien utforsker bruk av helsetjenester som finner plass i to helsesystemer og derfor anser jeg som viktig å skissere hovedtrekk ved disse systemene.

For å forstå utviklingen og den nåværende situasjonen i det polske helsesystemet burde man studere det i et lengre historisk perspektiv og gå tilbake til kommunismes tid. Fram til 1989 var helsesektoren i Polen basert på premisene til den såkalte Semashkomodellen som var tuftet på en egalitær ide om lik adgang til helsetjenester for alle statsborgere og var preget av en høy grad av sentralisering og finansiering gjennom skatter (Kaczmarek m.fl. 2013). Dette systemet,

kjent for sin ineffektivitet samt prioritering av mengde foran kvalitet, har satt sitt preg på den senere utviklingen i det polske helsesystemet (Millard 1995). Etter kommunismens fall fikk dermed den nye demokratiske regjeringen i arv et system preget av en dyp krise (Millard 1995). Siden 1989 ble det offentlige helsesystemet omstrukturert tre ganger, i 1991, 1999 og 2003 (Kowalska 2007). Den viktigste reformen som innførte fastlegetjenesten og obligatorisk helseforsikring for alle statsborgere som erstattet skattefinansiering ble gjennomført i 1999 (Sagan m.fl 2012). På tross av reformene er det en konstant behov for forbedring i det polske helsesystemet. Blant områdene som nevnes er: bedre tilgang til helsetjenester, forsterking av fastlegens portåpnerfunksjon, reduksjon av helseulikheter, bedre koordinering blant hovedaktørene innenfor den offentlige sektoren og bedre helseledelse (Boulhol m.fl. 2012).

Norge hadde et annet historisk forløp enn Polen. Det norske helsesystemet ble delvis reformert både på 70-, 80- og 90- tallet. Den første reformen la vekt på lik adgang til helsetjenester uansett bosted, i den andre ble det fokus på kostnadskontroll og desentralisering mens i den tredje på effektivitet og effektivisering (Ringard m.fl. 2013). Den nåværende situasjonen i det norske helsevesenet bør forstås i lys av Samhandlingsreformen som ble presentert i 2008 og trådte i kraft i 2012. Reformen har som formål å forbedre koordinering og oppgavefordeling mellom ulike sektorer innenfor helsesystemet (St. Meld.47).

Når det gjelder organisatoriske trekk finnes det mange likheter mellom begge systemene. De deles i to hovedsektorer som omhandler primær- og spesialisthelsetjenesten. I Norge består primærhelsetjenesten av fastlegen, legevakt, helsestasjoner og skolehelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten inkluderer sykehus, poliklinikker, legespesialister, ambulansetjeneste og annet. I Polen er også primær- og spesialisttjenesten atskilt og består av de samme tjenestene som de norske sektorene (Sagan m.fl. 2011, Ringard m.fl. 2013).

Både i Norge og Polen har fastlege en sentral posisjon innenfor helsesystemet. Fastlegen har en så kalt *portvokterfunksjon* noe som betyr at denne har som oppgave å vurdere om pasienten kvalifiseres til mer spesialiserte helsetjenestene. I praksis betyr det at pasienter må henvende seg først til sine fastleger (dette gjelder ikke situasjoner der øyeblikkelig hjelp er nødvendig). Det som utgjør en forskjell mellom den polske og norske fastlegetjenesten er omfanget av portåpnerfunksjonen. Polske pasienter kan henvender seg til følgende spesialistleger uten henvisning fra fastlege: gynekolog, obstetriker, hudspesialist, venereolog, onkolog, psykiater, oftalmolog og tannlege (Sagan m.fl. 2011). Når det gjelder tannlegetjenesten for voksne i Norge befinner seg den utenfor den offentlige tjenesten. Mens i Polen er bruk av denne tjenesten mulig også innenfor den offentlige sektoren. Imidlertid driver de fleste tannleger i Polen private

kontorer og bruk av tannlegetjenester finner sted stort sett privat (Sagan m.fl. 2011, Ringard m.fl. 2013).

1.5 Forskningsspørsmål

Det som jeg har presentert hittil viser at migranters bruk av helsetjenester kan studeres på forskjellige måter. Man kan for eksempel utforske kontakter mellom innvandrere og helsevesenet i mottakerland, eller fokusere på opphavslandet som en arena. Målet med denne studien er å koble begge tilnærminger og kaste lys over transnasjonal bruk av helsetjenester. Dermed er hovedproblemstillingen for denne avhandlingen følgende:

Hvordan kan vi forstå transnasjonal bruk av helsetjenester?

For å besvare denne problemstillingen har jeg valgt å studere helserelaterte praksiser til arbeidsinnvandrere fra Polen som lever i Norge. Den brede problemstillingen krever videre innsnevring, noe som jeg vil oppnå gjennom å definere et par underproblemstillinger. For det første er jeg interessert i kontakter mellom polske arbeidsinnvandrere og det norske helsevesenet. De presenterte i kapitlet 1.3 studiene legger etter min mening for lite vekt på innvandreres kontakter med helsetjenestene i mottakersland. Derfor er den første underproblemstillingen konsentrert omkring dette:

«Hva kjennetegner kontakten mellom polske arbeidsinnvandrere og norske helseinstitusjoner?»

For det andre er jeg opptatt av den polske siden. Hvilken rolle spiller den og i hvilke situasjoner blir den en arena man tyr til. Dermed blir den andre problemstillingen:

«Hvorfor og hvordan bruker polske arbeidsinnvandrere i Norge polske helsetjenester?»

For det tredje er jeg opptatt av dynamikken i det studerte fenomenet. Det er rimelig å anta at i tråd med andre aspekter ved innvandring kan bruk av norske helsetjenester være relatert til oppholdstid. Jeg er dermed opptatt av å studere en potensiell endring i måter mine informanter benytter seg av helsetjenester etter forflytning fra hjemlandet. Derfor har det siste underspørsmål som jeg vil formulere som mål å undersøke dette. Det lyder følgende:

Har bruk av helsetjenester blant polske innvandrere endret seg i løpet av deres opphold i Norge? Og hvordan kan denne endringen i bruk av helsetjenester forstås?

Disse problemstillingene vil jeg forsøke å besvare på basis av samtaler med 11 polske

arbeidsinnvandrere boende i Norge som delte sine erfaringer og meninger med meg.

1.6 Bakgrunn for valg av tema

Som innvandrer, person som møter og lever mellom to kulturer får man oppleve mye nytt og interessant. Denne oppgaven har sitt utspring i slike mellomkulturelle opplevelser. Disse ble en del av mitt liv siden 2007 da jeg kom til Norge, etter å ha avsluttet sosiologistudiene på bachelornivå i Polen, med det mål for øye å finne meg en jobb her i landet. Dermed ble jeg selv en del av det nye arbeidsinnvandringsfenomenet fra EU-området. Bakgrunn for valg av akkurat dette forskningsområdet stammer først og fremst fra observasjoner og refleksjoner som jeg har gjort gjennom kontakter og samtaler med mine landsmenn. Kontakter mellom dem og det norske helsevesenet ble ofte et tema for engasjerende diskusjoner som i stor grad dreide seg om sammenligninger av to helsesystemer og de ulike praksisene som finner sted i dem. I tillegg ga et familiemedlem sine helserelevante erfaringer videre næring til fordypning i temaet. Hvilke årsaker som ligger til grunn for at møtene mellom polske arbeidsinnvandrere og det norske helsesystemet er som de er ble et spørsmål som jeg undret over lenge. Denne oppgaven er et forsøk for å utforske og beskrive dette på en systematisk måte. Det er imidlertid en annen dimensjon i dette som jeg betrakter som essensiell for å få helhetlig forståelse av polakkers bruk av helsetjenester. Denne omhandler bruk av helsetjenester i hjemlandet som for de fleste er en viktig arena og referanseramme i dagliglivet som innvandrere. Derfor ble forskningsspørsmålet utvidet til å inkludere den polske dimensjonen i studien.

1.7 Oppgavens struktur

Etter innledningen presenterer jeg det teoretiske rammeverket for oppgaven. Først vil jeg gjøre rede for begrepet transnasjonalisme og noen kjennetegn rundt debatten om det. Videre vil jeg skissere Pierre Bourdieus praksis forståelse ved å beskrive begrepene habitus, felt og ulike former for kapital. Neste teoretiske innslag som jeg vil diskutere er lege-pasientrelasjon. Jeg tar utgangspunkt i den klassiske beskrivelsen som er gitt av Talcott Parsons og viser videre ulike modeller for denne relasjonen. Til slutt diskuterer jeg begrepet tillit både i dets generelle betydning, men også i henhold til den medisinske konteksten.

I kapittel 3 drøfter jeg ulike metodologiske aspekter tilknyttet den lange prosessen som denne oppgaven er et resultat av. De temaene som jeg tar opp i kapitlet er blant annet valg av metode,

rekruttering av informanter og intervju situasjoner. Til slutt foretar jeg vurderinger av studiens kvalitet.

Kapittel 4 og 5 er oppgavens analytiske deler. I kapitlene, i utgangspunkt i empirien retter jeg søkelyset mot ulike aspekter ved bruk av helsetjenester. Kapitlene tilsvarer henholdsvis Norge og Polen.

Neste kapitlet innebærer en diskusjon som består av en oppsummering av oppgaven med vektlegging av de teoretiske perspektivene. Det presenteres også en modell for å oppsummer noen av funnene.

I kapittel 6 presenterer jeg oppgavens konklusjon og gir forslag til videre forskning som kan bidra til å kaste mer lys over det studerte fenomenet.

2. Teoretiske perspektiver

I det følgende vil jeg presentere oppgavens teoretiske grunnlag. Jeg begynner med å definere begrepet transnasjonalisme, som jeg betrakter som et bakteppe for oppgaven. Jeg skisserer hovedretninger i diskusjonen om transnasjonalisme og utdyper noen av dens komponenter som blir relevant videre for oppgaven. Deretter fokuserer jeg på Pierre Bourdieus konsepter habitus, felt og kapital. Disse diskuterer jeg ved å ta utgangspunkt i Bourdieus forståelse av praksis. Deretter viser jeg hvordan begrepene har vært anvendt og teoretisert innenfor ulike migrasjonsstudier. De to siste delkapitlene vier jeg til presentasjon av noen kjennetegn på lege-pasientrelasjon og tillit. I det første delkapitlet fokuserer jeg på de sosiale rollene til lege og pasient deres særpreg, og de ulike formene for relasjoner mellom dem. I det siste delkapitlet gjør jeg rede for tillitens rolle i mellommenneskelige relasjoner, og legger vekt på betydningen tillit har i helsevesenet.

2.1 Transnasjonalisme

Å si at vi lever i en global epoke kan høres ut som en klisje. For å tilnærme seg begrepet transnasjonalisme virker det imidlertid viktig å presisere hva globalisering er og på hvilken måte begrepene er bundet sammen.

Globalisering kan defineres som en rekke økonomiske, politiske, sosiale og kulturelle forandringer som omhandler hele verden og som forårsakes først og fremst av en høy teknologi- og kommunikasjonsutvikling (Giddens 2001). Denne utviklingen bidro til at både tid og rom mistet sin opprinnelig betydning, og muliggjorde også raskere, enklere og mer effektiv samhandling mellom individer og institusjoner, som ofte befinner seg i verdens ytterpunkter (Giddens 2001). Som en følge av dette har også migrasjonsprosesser fått en ny betydning. Transnasjonalisme er en av måter for å forstå dette. Glick-Schiller, Basch og Blanc-Szanton definerte transnasjonalisme som «*social process in which migrants establish social fields that cross geographic, cultural and political borders*». (1992: IX). Transnasjonalisme betyr dermed at personer som av ulike grunner bestemmer seg for, eller må flytte til et annet land, opprettholder diverse varige og regelmessige sosiale relasjoner på tvers av grenser (Glick Schiller m.fl. 1992, Portes m.fl. 1999). Disse er ofte fremstilt i litteraturen som bifokale eller parallelle liv og kommer til uttrykk i en hel rekke aktiviteter.

Selv om det ble nevnt tidligere at transnasjonalisme i den formen vi kjenner i dag er et produkt av globalisering, er ikke selve ordet «*transnasjonal*» fullstendig nytt. Portes (2001) påpeker at

ordet transnasjonal ble brukt for første gang allerede i 1916 i USA. Det ble brukt til å uttrykke kritikk mot USAs innvandringspolitikk, som hadde som mål å skape et homogent samfunn gjennom å løsrive innvandrere fra deres opprinnelige kulturer (Portes 2001). Senere ble ordet *transnasjonal* brukt på 1960-tallet om selskap som hadde avdelinger etablert i flere land, samt om politiske ideer og institusjoner som ble spredt over ulike land (Glick-Schiller m.fl. 1995). Begrepet transnasjonalisme i den forstand som denne studien har i fokus har blitt populært i 90-tallet. Siden, har det vokst, blomstret og blitt til et alternativt paradigme i forståelse av moderne migrasjonsfenomener.¹

Begrepets oppblomstring utløste en intens debatt som først og fremst dreide seg om å besvare spørsmålet: på hvilken måte og i hvilken grad er transnasjonalisme et nytt fenomen? (Al-Ali, Koser 2002). Dets popularitet gjorde at mange av de studerte migrasjonsfenomener ble tolket ut ifra det transnasjonale perspektivet. Dermed risikerte selve konseptet å bli betraktet som for altomfattende og dermed tomt (Smith og Guarnizo 1998). Sagt annerledes lå utfordringen i å presisere hvilke fenomener kan betraktes som transnasjonale ved å påpeke deres særegne kvalitet og dermed atskille dem fra andre som kan ikke regnes som sådan (Smith, Guarnizo, Landolt 1999).

Mange viktige aspekter ved transnasjonalisme kan forstås ved å se nærmere på nasjonalstatens rolle. Historisk sett var den nasjonale statens rolle å bygge en homogen, lojal og territoriell avgrenset nasjon preget av felles kulturell og etnisk bevissthet (Glick-Schiller m.fl. 1995). Dette hadde konsekvenser blant annet for utformingen av den klassiske forestillingen av en innvandrere som forflyttes fra sitt opphavsland, løsrives fra sin opprinnelseskultur og forventes å assimileres i det nye samfunnet (Glick-Schiller m.fl. 1995, Portes m.fl. 1999). Transnasjonalisme utfordret dette bildet ved å påvise at dagens migranter lever sine liv og engasjerer seg i transnasjonale aktiviteter på tvers av grenser, og at forflytting ikke er ensbetydende med forkasting av ens opphavsland. Dette fikk noen til å argumentere for at transnasjonalisme i denne forstand ikke er et fullstendig nytt fenomen. Det finnes bevis på at

¹ Begrepet transnasjonalisme må adskilles fra de andre begrepene som har med to eller flere land å gjøre. For eksempel burde ikke ordet «*transnasjonal*» utveksles med ordene som «*internasjonal*» eller «*overnasjonal*». Mens det førstnevnte betyr nasjons- eller grenseoverskridende omhandler de to andre henholdsvis det som foregår mellom nasjoner og det som rår over nasjoner, for eksempel en politisk ide (Waldinger og Fitzgerald 2004; Kjeldstadli 2008).

transnasjonale praksiser var en del av tilværelsen til tidligere generasjoner innvandrere. Dette kom blant annet til syne i opprettholdelsen av emosjonelle bånd med familier og andre slektninger som forble i hjemlandet, pengeforsendelser eller kommunikasjon gjennom utveksling av brev (Portes m.fl. 1999, Glick-Schiller m.fl. 2004, Vertovec 2009). På den andre siden hevdes det at det finnes betydelige forskjeller mellom tidligere og nåværende transnasjonale praksiser. Det som atskiller samtidige transnasjonale aktiviteter fra deres forgjengere er først og fremst deres omfang, intensitet og deres nye former (Portes m.fl. 1999). Vi kan nevne nye måter å kommunisere på, blant annet gjennom mobiltelefoni eller internett som gjør kommunikasjonen enklere, billigere og raskere. Transportteknologien gjorde at det er flere som kan forflytte seg på betydelig kortere tid og med høyere frekvens enn tidligere.

I en annen del av debatten ble det lagt vekt på nasjonalstatens rolle i strukturering av dagens migrasjonsprosesser, på tre områder. For det første ble det på den ene siden argumentert for at statens rolle har mistet betydning, på den andre siden at statens engasjement i for eksempel kontrollering og tilrettelegging for migrasjon fortsatt er viktig (Wimmer og Glick-Schiller 2002, Waldinger og Fitzgerald 2004). Denne polariseringen av debatten ble preget av blant annet argumentasjon om at stater fortsatt spiller en viktig rolle, blant annet i kontrollering av menneskers gjennomstrømming over statens grenser. For det andre; staters rolle synliggjøres gjennom deres innflytelse på inklusjon og eksklusjon av migranter, blant annet gjennom innvilgelse av statsborgerskap. For det tredje er nasjonalidentitet fortsatt viktig for innvandrene selv, noe som kommer til syne gjennom opprettholdelsen av deres opprinnelige identitet (Wimmer og Glick-Schiller 2002, Waldinger og Fitzgerald 2004).

Metodologisk sett bidro transnasjonalisme til å bryte med så kalt «*metodologisk nasjonalisme*» som i en rekke tiår var den dominerende rammen innen migrasjonsforskning. Den betraktet en nasjon som en grunnleggende analyseenhet (Wimmer og Glick-Schiller 2002). Dermed ble også utforskning av ulike migrasjonsprosesser redusert til ett land, for det meste mottakerland.

I denne oppgaven er det innvandrere og ulike aspekter av deres praksis tilknyttet bruk av helsetjenester som står i fokus. Innvandrere og de transnasjonale aktiviteter de engasjerer seg i kan innta ulike former. De kan være av politisk, økonomisk, kulturell eller sosialt art (Morawska 2009, Portes m.fl. 1999). De økonomiske transnasjonale praksisene kan dreie seg blant annet om investering i hjemlandet eller om forsendelse av penger til både familier og andre formål, for eksempel ulike organisasjoner (Morawska 2009). De politiske aktivitetene kan være mangfoldige og manifestere seg i for eksempel deltagelse i valg i hjemlandet,

medlemskapet i ulike organisasjoner eller politiske partier. De sosiale aspektene av transnasjonalisme kommer til syne i opprettholdelse av svake og sterke bånd, både offisielle og uoffisielle, på tross av at man lever i et annet land. Dagens kommunikasjonsteknologi med internett og billige telefonsamtaler bidrar til å gjøre dette lettere (Vertovec 2009). De kulturelle praksisene kan bety at migrantene engasjerer seg i ulike aktiviteter som har med deres kultur å gjøre. Disse kan komme til syne gjennom oppfølging av det som skjer i deres opprinnelsesland, for eksempel gjennom media eller informasjon de får fra de som bor der. Kulturelle praksisene synliggjøres også gjennom reiser til hjemlandet eller deltagelse i ulike arrangementer som har med deres kultur å gjøre, som arrangeres og avholdes av for eksempel lokale organisasjoner (Morawska 2009). Det er viktig å understreke at sammensetning av disse aktivitetene preges av en stor variasjon og at migrantene engasjerer seg i dem i ulik grad og med ulik intensitet.

Videre kan transnasjonale praksiser være regelmessige og faste eller finne sted kun en gang i blant. Levitt og Glick-Schiller (2004) postulerer at dette er et viktig aspekt som også burde legges vekt på. Blant annet understreker de at transnasjonalisme må sees på som en prosess og burde studeres som sådan. Dette kan bidra til å belyse hvordan migrantene engasjerer seg i transnasjonale aktiviteter som et resultat av uventede omstendigheter eller mulighet som oppstår, og vise at ikke alle driver med transnasjonale praksiser daglig, selv om de befinner seg i et transnasjonal rom. Eksempel på en slik aktivitet kan være engasjement i politisk valg som skjer med et stort mellomrom (Lewitt og Glick-Schiller 2004). Videre presenterer forfatterne et interessant bidrag til å konseptualisere transnasjonalisme i henhold til migranters bevissthetsnivå. De skiller mellom transnasjonale «*væremåter*» (*ways of being*) og «*samhørighetsmåter*» (*ways of belonging*) (Lewitt og Glick-Schiller 2004: 606). Det som utgjør en forskjell mellom disse er at de engasjerer bevissthets- og identitetsfølelse i ulik grad. Transnasjonale væremåter omhandler både det som folk gjør og deres deltagelse i sosiale relasjoner, uten å reflektere over eller legge merke til den transnasjonale komponenten som er en del av deres liv. Transnasjonale samhørighetsmåter preges derimot av at man på en bevisst måte uttrykker at det transnasjonale livet man lever er en del av ens identitet (Levitt og Glick Schiller 2004).

En ytterligere konseptualisering gjennom anvendelse av transnasjonalisme i europeisk kontekst ble gjort av Glorius og Fredrich (2006). De studerte transnasjonale tilværelser til polakker i tyske Leipzig. Forfatterne videreutviklet begrepet transnasjonalisme og skilte mellom ulike

indikatorer på transnasjonale liv, som de grupperte i tre kategorier: sirkulære forflytninger (*circularity of movements*), transkulturering (*transculturation*) og hybrid identitetsskapelse (*hybrid identity formation*) (Glorious og Friedrich 2006: 166, min oversettelse). Disse tre kategoriene tilsvarer ulike sfærer av transnasjonale aktiviteter: fysisk, kulturell og identitetsmessige. Slik refererer de til ulike dybder av transnasjonalt engasjement. Basert på det empiriske datamaterialet samt tidligere forskning konkluderer forfatterne med at ulike kategorier synliggjøres i ulike kontekster og varierer når man studerer dem i lys av variabler som for eksempel årsak til forflytting og oppholdstid, samt ulike sosioøkonomiske faktorer som alder, utdanning eller sosial status (Glorius og Fredrich 2006).

Jeg er enig i at transnasjonalisme som begrep kan i noen tilfeller fremstå som vag og diffus, og at noen deler av debatten rundt det preges av «ja» på den ene og «men» på den andre siden. Dermed virker videre presisering og definering av begrepet viktig. Konseptualisering av begrepet foretatt av Lewitt og Glick-Schiller (2004) og Glorious og Friedrich (2006) virker å være fruktbart siden de omhandler ulike grad av engasjementet i transnasjonale aktiviteter. I denne oppgaven som utforsker transnasjonale helsepraksiser skal begrepet transnasjonalisme brukes til å belyse aktiviteter som har å gjøre med det norske og polske helsetjenester. Begrepet blir dermed fruktbart for å vise hvordan et transnasjonal liv kan også inkludere helserelaterte praksiser og hvordan disse finner plass på tvers av grenser.

2.2 Pierre Bourdieus praksisforståelse

Det neste teoretiske perspektiv som jeg anser som relevant for oppgavens tema er begrepene og tankene til Pierre Bourdieu. Jeg har valgt å ta med begrepene habitus, felt og kapitalformer, som jeg kommer til å bruke for å presentere det store bildet ved det studerte fenomenet. Disse tre begrepene utgjør til sammen Bourdieus praksisforståelse, og jeg anser dem dermed som sentrale for å forklare hvorfor og hvordan bruker polske arbeidsinnvandrere helsetjenester i både Norge og Polen. Bourdieus ideer har blitt anvendt og videre teoretisert innenfor forskning på migrasjon. Først beskriver jeg dem i deres originale form og viser deretter til hvordan de har blitt videreutviklet i ulike migrasjonsstudier.

For å forstå Bourdieus sosiologiske tankegang er det essensielt å begynne med det som ga ernæring til hele hans forfatterskap, og det som han selv betraktet som den største motsetningen innen sosiologifaget, det vil si skillet mellom subjektivismen og objektivisme, også kjent som aktør/struktur problematikk (Bourdieu 1990). Bourdieus opprinnelige entusiasme for

strukturalisme, som på 1960-tallet var det rådende paradigme innenfor antropologi, ble revurdert som en konsekvens av hans forskningsarbeid i Algerie. Dette førte i sin tur til utarbeiding av ny teori eller teoretiske verktøy som Bourdieu selv ville ha sagt (Jenkins 2002). Den største innvendingen som Bourdieu reiste mot strukturalisme var dens tilnærming til menneskelig praksis forstått utelukkende som et produkt av sosiale strukturer (Joas og Knöbl 2009). På den andre siden var Bourdieu en opposent mot de retningene innenfor sosiologien som etter hans mening la for stor vekt på den handlende aktøren og dens frihet, som for eksempel rasjonell valg-teori eller etnometodologi (ibid.). I det følgende skal jeg presentere hvordan Bourdieu forsøkte å tilnærme seg denne problematikken.

2.2.1 Habitus

Bourdieu's praksisforståelse er først og fremst et resultat av omfattende feltarbeid som ble en basis for videre teoretisering og definering av et par sentrale begreper. Ett av dem, som har betydning for denne studiens formål, er habitus. Bourdieu har utviklet det i ulike verker, og utdypet diverse kjennetegn av habitus i ulike kontekster. Jeg vil ta utgangspunkt i definisjonen som vi finner i «*Outline of a Theory of Practice*» fra 1972. Habitus beskrives der som:

«(...) *systems of durable, transposable dispositions, structured structures predisposed to function as structuring structures.*» (Bourdieu 1972:72)

Man kan begynne med denne generelle, men sammensatte definisjonen, for å klargjøre noen av begrepets komponenter. For det første får vi vite at habitus er et system som består av disposisjoner. Disposisjon i en alminnelig forstand impliserer at man har et valg. Man er disponert til å gjøre noe, det vil si at man har mulighet eller potensiale for å for eksempel utføre handling A, B eller C. Bourdieu's forståelse av disposisjoner som habitus består av, ligner på den hverdagslige. For Bourdieu omhandler disposisjoner en rekke kognitive og affektive egenskaper (Jenkins 2002). Disse inkluderer blant annet praksiser, tenking, følelser, holdninger, motivasjoner, forventninger, ulike være- og handlingsmåter, uttrykk, samt oppfatning- og vurderingsevner (Bourdieu 1990a, 1997). Sagt annerledes gir disposisjoner en spesifikk forståelse og oppfatning av verden vi lever i. Hvor stammer disposisjoner fra? Ifølge Bourdieu (1990a) utformes disse på basis av tidligere erfaringer eller som han sier selv, «*formes av historie*». Historien i hans forstand betyr simpelheten alle tidligere erfaringer og opplevelser som omhandler hele generasjoner eller ens barndom (O'Reilly 2012). Disse er med på å påvirke habitus sin form. Slik sett utvikles habitus gjennom blant annet sosialisering som begynner i

tidlig alder, men også alle andre erfaringer man har (Bourdieu og Wacquant 1992). Habitus kan være individuell, noe som betyr at den kan variere fra person til person, men er først og fremst tilknyttet ulike former for kollektivitet som for eksempel sosial klasse eller familie (Bourdieu 1990b). Utformingen av habitus foregår bestandig i en spesifikk kontekst med spesifikke forhold.

Hva betyr det at disposisjoner er varige og overførbare? Selv om dette kan høres ut som en motsetning gir Bourdieu en forklaring på dette. Disposisjoners varighet er forbundet med det som allerede er nevnt, det vil si deres utforming gjennom oppvekst, sosialisering og tidligere erfaringer (Jenkins 2002). Dette betyr at disse er svært fastlagte. Imidlertid burde dette nyanseres og ikke leses som at de er gitt en gang for evighet. Bourdieu og Wacquant (1992) understreker at disposisjoner utgjør et åpent system, noe som betyr at de kan anvendes i ulike forholdene, og til en viss grad endres.

Dette burde i sin tur sees i en sammenheng med en annen komponent av habitus, *hysteresis*. Denne egenskapen kommer til syne når habitus befinner seg i ukjente eller fremmede omstendigheter eller miljø, samt når strukturer eller felt gjennomgår en endring (Bourdieu 1972, O'Reilly 2012). Hysteresis er en egenskap ved habitus som tilfører begrepet litt dynamikk. Ifølge Bourdieu (1997) gjennomgår habitus en konstant revisjon ved å bli utsatt for nye erfaringer, som imidlertid varierer i grad og avhenger av ulike faktorer. Bourdieu (1997) understreker at revisjonsgrad er et samspill mellom «*fleksibilitet og stivhet*» og utdyper at den påvirkes av hvilken grad habitus er befestet i fortiden. Ut fra det kan vi for eksempel utlede at jo eldre en person er jo «*stivere*» er vedkommende. Det vil si at hans eller hennes habitus er mindre påvirkelig, noe som kan resultere i at hysteresis kan oppleves mer sårbart. På den andre siden hevder Bourdieu (1972, 1990a) at habitus og dens praktiske innstilling gjør at den har en tendens til å unngå de omstendighetene den ikke var utformet i. For det første har habitus en praktisk sans som er ansvarlig for vurdering av handlingsmuligheter og eksklusjon av de som er mest usannsynlige eller risikofylte (Bourdieu 1990a) For det andre mener Bourdieu at habitus stort sett har en stor sannsynlighet for å befinne seg i de forholdene den ble utviklet i (Bourdieu og Wacquant 1992).

Et annet viktig element som har med habitus å gjøre er *strategier* som Bourdieu innfører for å utdype habitus sin mekanikk. I en folkelig forstand vekker ordet *strategi* assosiasjoner til rasjonalitet, overveielse av ulike muligheter og planlegging. Dette stemmer med dets etymologi. Opprinnelig ble ordet brukt i henhold til militær der det betydde «*opplegg og gjennomføring av planer med sikte på å nå bestemte mål*» (Store Norske Leksikon 1998). I Bourdieus forstand er ikke strategier nødvendigvis lik den folkelige forståelsen, noe han var

selv klar over og betraktet som problematisk (Bourdieu 1990). Strategier er for Bourdieu frukter av habitus og har lite til felles med utilitaristisk, bevisst handling. De opererer snarere på et ubevisst nivå, og er et resultat av en lang læringsprosess, som gjør at man utvikler en spesifikk praktisk handlingsmåte, som er forbundet med de forholdene som habitus ble utformet i. Sagt annerledes nekter ikke Bourdieu for at strategier har med måloppnåelse å gjøre, men minner oss på at siden handlingen foregår innenfor visse strukturer, og at habitus er et produkt av disse, skjer dette spontant, ikke intensjonelt, og er kun tilsynelatende et resultat av bevisst atferd (Bourdieu 1997).

Gjennom habitus synliggjøres også Bourdieus holdning til teorier om rasjonelle valg, som han stilte seg kritisk til (Jenkins 2002). På tross av Bourdieu fremstiller habitus som noe som ikke burde assosieres med en rasjonell kalkyle, siden det stort sett opererer på et ubevisst nivå, krever dette videre nyansering (Bourdieu 1972). Bourdieu (ibid.) utelukker ikke det rasjonelle elementets nærvær i menneskelig handling, men understreker at dette må sees i sammenheng med hvilke strukturer valget foretas innenfor. Det vil si at det *rasjonelle* valget ikke nødvendigvis er *bevisst*. Samtidig understreket Bourdieu at en bevisst, rasjonell handling i en begrenset grad er mulig. Forholdene som legger til rette for dette er for eksempel ulike krisesituasjoner, hvor man kan ikke tilpasse handlingene til de vanlige forholdene (Bourdieu og Wacquant 1992)

2.2.2 Felt og kapitalformer

Det andre begrepet som jeg vil beskrive er *felt*. Bourdieu tenkte på det sosiale rommet som en topologi, den matematiske grenen som beskjeftiger seg med mengder og strukturer de utgjør (Bourdieu 1997). For Bourdieu består hele det sosiale rommet av ulike felt som kan beskrives som avgrensede sosiale områder som forblir i en relasjon til hverandre og som kjennetegnes av spesifikke regler og lovverk som er gjeldende innenfor dem (Bourdieu og Wacquant 1992). Slik kan vi snakke om for eksempel det politiske, religiøse eller akademiske feltet. På spørsmål om felts grenser gir Bourdieu ikke noe entydig svar. Han understreker at feltenes grenser må være et objekt for en empirisk undersøkelse, men sier samtidig at på en generell basis kan man fastsette disse grensene gjennom å spore dets påvirkning på de handlende aktørene (Bourdieu og Wacquant 1992).

Felt, slik Bourdieu (1990b) fremstiller dem, er kamparenaer for ulike kapitalformer. På en generell basis er kapital en ressurs som kan konverteres (Bø og Schiefloe 2007). Bourdieu skilte hovedsakelig mellom tre kapitalformer: økonomisk, sosial og kulturell. Den *økonomiske*

kapitalen er den mest åpenbare og finnes i form av verdier som kan konverteres til penger (Bourdieu 1986). Den andre kapitalformen, *sosial kapital*, omhandler ressurser i form av nettverk, relasjoner med andre mennesker eller medlemskap i ulike grupper (Bourdieu 1986). Det å ha et nettverk av relasjoner (familie, venner, bekjente og deres sosiale statuser) utgjør ifølge Bourdieu en ressurs som kan brukes effektivt og mobiliseres til måloppnåelse etter behov (ibid.).

Den *kulturelle kapitalen* omhandler ulike former for kulturelle ressursene som for eksempel språk og kunnskap, men også diverse kulturelle ferdigheter (Bø og Schiefloe 2007). Den finnes i tre forskjellige former. Den første formen er institusjonalisert, og omfatter blant annet utdanning og ulike formelle kvalifikasjoner. Den andre kaller Bourdieu (1986) for tingliggjort (*objectified*). Den finnes i form av ulike kulturelle gjenstander som for eksempel bøker, malerier eller andre artefakter. Den tredje formen er kroppsliggjort og omhandler diverse aspekter tilknyttet kultur som er blitt internalisert og er derfor bundet til ens egen kropp. Kulturell kapital knyttes til ens sosialisering og oppvekstmiljø (Bø og Schiefloe 2007).

2.2.3 Praksis og spillmetafor

For å gjøre sin praksisforståelse mer billedlig, brukte Bourdieu ofte en *spillmetafor*. Hvert spill har sine regler som utgjør dets rammer. Spillet foregår innenfor disse rammene som virker både begrensede for spillere, men tilbyr også et spekter av handlingsmuligheter. Bourdieu snakket gjerne om et ubegrenset antall muligheter som hvert spill tilbyr (Bourdieu 1990b). Spillere må underlegge seg spilleregler, men dette må ikke forstås som at de er redusert til brikker for å bruke en sjakkmetafor. Tvert imot er det de som flytter brikker og kan gjøre det på forskjellige måter. Gjennom kjennskap til reglene eller det som han i flere av sine tekster kaller for «*the feel for the game*», kan de forutsi sine bevegelsers utfall og konsekvenser. Samtidig kan de ekskludere de trekk som er mindre sannsynlige å gjennomføre. (Bourdieu 1990a, 1990b). For å oversette hysterisis til Bourdieus spillmetafor, kan vi si at de som kjenner gamle spilleregler må tilegne seg nye, dersom de vil unngå et ubehag som er tilskrevet hysterisis.

2.2.4 Bourdieus kritikk

Bourdies teorier har blitt et objekt for kritikk. En av hovedinnvendinger er at Bourdieus praksisforståelse fremstilles som for deterministisk. Jenkins (2002), for eksempel, mener at på tross at Bourdieu ville overskride aktør/struktur problematikken, har hans teori tendens til å legge for stor vekt på sosial orden og ligner dermed på funksjonalismen til Talcott Parsons. Denne kritikken kan også kobles mot en diskusjon om endring i Bourdieus teorier. Jenkins

(2006) mener at habitus fremstår som et stivt begrep. På tross at Bourdieu avkrefte denne kritikken ved å argumentere for at habitus kan omdannes, særlig i situasjoner som innebærer store strukturelle endringer, kritiseres han for at han mangler en eksplisitt redegjørelse for betingelser for endringen (Jenkins 2006).

Det som ble også gjenstand for debatt, var Bourdieus holdning til rasjonell valgteori. Mouzelis (1995) reiser for eksempel to hovedinnvendinger mot Bourdieu. For det første mener han at Bourdieu i for stor grad neglisjerer det rasjonelle valget i menneskelig handling. Etter hans mening er rasjonell handling et viktig element i mange daglige situasjoner, ikke kun i ekstreme tilfeller slik Bourdieu hevdet, og at dette er spesielt synlig i det moderne samfunnet. Den andre innvendingen er knyttet til den første, og dreier seg om i hvilken grad er handling bevisst eller ubevisst. Mens Bourdieu la stor vekt på at handling stort sett er ubevisst, hevder Mouzelis (1995) at dette også er overvurdert. Ifølge ham handler aktørene ofte for å maksimalisere ulike profitter, evaluerer tidligere erfaringer, og tilpasser videre handlinger ut fra det.

2.2.5 Bourdieu og migrasjon

Som jeg har presentert er Bourdieus begreper tett bundet med beliggenhet i det sosiale rommet. Ingen aktører befinner seg i et vakuum, men besitter en plass som kan lokaliseres med bruk av Bourdieus topologi (Bourdieu 1997). Hvordan kan i så fall hans begrep anvendes for å studere migrasjonsfenomener som for det meste betyr forflytting fra det kjente til det ukjente miljø (O'Reilly 2012)? Det finnes en del studier som brukte Bourdieus teoretiske grep fruktbart for å klarlegge noen aspekter av ulike migrasjonsfenomener.

Levitt og Glick-Schiller (2004) har foreslått en konseptualisering av Bourdieus feltbegrep innenfor transnasjonalisme. Bourdieu selv innrømte at det er vanskelig å fastsette noe spesifikt antall felt som det sosiale rommet består av, samt markere tydelige grenser mellom dem (Joas & Knöbl 2009). Levitt og Glick-Schiller (2004) anerkjenner begrepet som et viktig verktøy i forståelsen av transnasjonale prosesser som lenker folk på tvers av grenser, selv om Bourdieu ikke tok i betraktning at det kan brukes utenom statens grenser. Levitt og Glick-Schiller (2004) kaller dette for *transnasjonale felt*.

O'Reilly (2012) viser mange måter hvor Bourdieus praksisforståelse kan anvendes i analyse av ulike migrasjonsfenomener. Hun betrakter både habitus og felt som gode verktøy til å utforske disse. Habitus kan for eksempel brukes til å studere migrasjonsprosesser på to forskjellige måter: som en drivkraft for praksis, men også som et resultat av disse. Det vil si at man kan legge vekt på både migranters opprinnelige habitus, men også habitusens omforming gjennom migrasjonserfaringer (O'Reilly 2012).

Kelly og Lusia (2006) analyserte transnasjonale liv til filippinere i Canada, og fant Bourdieus begreper habitus og kapital fruktbare til å belyse hvordan innvandrere fra Filippiner utvikler *transnasjonal habitus* gjennom omdanning av ulike kapitalformer. Det som forfatterne var opptatt av var habitus og dets tilknytning til rom. På tross av at habitus er tilknyttet strukturer som skapte og formet den, understreker de at Bourdieu var selv upresis i sin definisjon av det romslige aspektet ved begrepet (Kelly og Lusia 2006).

2.3 Lege pasient-relasjon- klassisk tilnærming

Det neste teoretiske innslaget som jeg vil gjøre rede for er relasjonen mellom pasient og lege. Denne teorien blir et fruktbart verktøy for å klargjøre noen detaljer i analysen. Denne oppgaven har innvandreres bruk av helsetjenester i fokus, og ser blant annet på deres kontakt med helsepersonell. Dermed er teorien som angår denne relasjonen viktig å fokusere på. Jeg begynner med den klassiske beskrivelsen, og kommer deretter med noen nyere perspektiver.

Lege-pasientrelasjonen er en relasjon mellom to sosiale roller. Derfor før jeg begynner å beskrive noen særpreg ved denne vil jeg for et øyeblikk fokusere på å definere selve begrepet «*sosial rolle*». Sosial rolle kan beskrives som et sett forventninger tilknyttet en persons sosiale posisjon (Giddens 2001). Forventningene gjelder personenes oppførsel, det vil si hva som er legitimt og ikke legitimt å gjøre. Sosial rolle er menneskeskapt, det vil si at den er mottakelig for endring (ibid.). Som eksempel kan vi tenke oss den sosial rollen av en mor, og hvordan denne har endret seg over tid. Noen særpreg ved denne rollen, som for eksempel omsorg for barn, er fortsatt gjeldende, men noen av dens elementer har gjennomgått en endring. For eksempel er mødres deltagelse i arbeidslivet større nå enn i fortiden.

Den klassiske beskrivelsen av lege og pasientrollen ble gitt av Talcott Parsons (1951). Vi kan ta utgangspunkt i Parsons sin forståelse av sykdom, som han betraktet som en forstyrrelse i både biologisk, individuell og sosial forstand. Biologisk sett skaper sykdommen ubalanse i menneskets helse og kropp. På individnivå kan sykdommen forhindre en fra deltagelse i ens hverdagslige aktiviteter. På sosialt nivå reduserer sykdommen individets evne til å oppfylle ulike sosiale roller som man ellers utfører (Parsons 1951). Dermed inngår en syk person i en egen rolle som Parsons kalte for *sykerollen*. Siden sykdommen gjør at man kan ikke spille de rollene man vanligvis gjør består sykerollen av et eget sett regler som definerer den. Dermed blir sykerollen en slags sosial kontrakt (Gwyn 2002). Det er fire elementer som sykerollen består av som hjelper til å legitimere den. For det første, siden sykdommen varierer i alvorlighetsgrad, må sykdommen anerkjennes av en lege eller av andre personer. For det andre

antas det at en syk person kan ikke bli frisk som resultat av sin egen vilje. Sykdommen kan gå over av seg selv, men en kan gjøre lite for å forkorte den. For det tredje må en syk person uttrykke et ønske om å bli frisk. For det fjerde forventes den syke å søke profesjonell medisinsk hjelp og samarbeide med legen for å bli frisk (Parson 1951). Andre kjennetegn av denne rollen er at alle, uansett samfunnsposisjon, kan inngå den, og i de fleste tilfeller har sykerollen en midlertidig karakter (Parsons 1951).

En komplementær rolle til sykerollen er legerollen (Lian 2008). Personen som er syk og som ikke kan hjelpe seg selv tvinges til å sette sin lit til legen, som Parsons (1951) fremstiller som en profesjonell innenfor det medisinske feltet. Legen forventes å fremme pasientens velvære ved å anvende den objektive kunnskapen han er i besittelse av. Legen, i Parsons' beskrivelse, betraktes nesten som en tekniker, som har som oppgave å reparere pasientens helse. I tillegg forventes legen å gjøre sitt beste for å gjenopprette pasientens helse på mest mulig effektiv og smertefri måte (Parsons 1951). Videre snakker Parsons (1951) om det moralske aspektet. Legen burde være nøytral og ikke legge vekt på pasientens verdier eller private forhold til ham, men fokusere kun på det objektive medisinske problemet og dets løsning.

Parsons nevner også forskjellen mellom offentlige og private leger, og pengenes betydning for legeprofesjonen. Penger er ifølge Parsons noe som burde ikke assosieres med legeprofesjonen. Dette stammer fra en antagelse om at legen burde prioritere pasientens gode framfor sin egen nytte. Det som skiller en privat lege fra offentlig er at for den førstnevnte er pasienten også en kilde for inntekt, noe som ikke ønskes for å beholde en harmonisk relasjon mellom partene (Parsons 1951).

Parsons forståelse av lege-pasientrelasjonen har blitt kritisert blant annet for å bli fremstilt som for harmonisk (Kringlen 1986). I realiteten er lege-pasientrelasjonen mye mer nyansert og ofte preget av konflikt. Freidson (1961 gjengitt etter Kringlen 1986) hevder for eksempel at møtet mellom pasient og lege er et møte mellom to sosiale systemer, der hvert av dem opererer på egne, særskilte premisser. Det kan for eksempel oppstå en strid mellom legen som vil at pasienten skal akseptere behandling, og pasientens egen forståelse av sin helse. Det samme kan man si om hvilke verdier leger og pasienter verdsetter. Mangel på overenstemmelse mellom disse kan komme til syne, for eksempel i tilfelle med pasienter som er homoseksuelle, eller de som vil gjennomgå abort (Morgan 2000). Konflikter mellom leger og pasienter kan også oppstå som følge av legens doble rolle. På den ene siden forventes legen å handle på en måte som fremmer pasientens velvære. På den andre er han derimot en representant for helsesystem og pålegges dermed å være lojalt mot det (Morgan 2000).

2.3.1 Andre modeller av lege-pasientrelasjon

Siden Parsons har det blitt foreslått ulike modeller av lege-pasientrelasjonen. Emanuel og Emanuel (1992) identifiserer fire hovedformer som lege-pasientrelasjon kan innta, og skiller mellom den paternalistiske, forhandlende, informative og fortolkende modellen. Det som utgjør en forskjell mellom de enkelte modellene er ulike mål tilknyttet interaksjon, legens oppgaver, betydningen av pasientens verdier og pasientens selvstendighet (Emanuel og Emanuel 1992). I det følgende vil jeg kort oppsummere de viktigste kjennetegn mellom modellene (basert på Emanuel og Emanuel 1992 og Lian 2008).

Den paternalistiske modellen har som mål å sikre at pasienten får den beste behandlingen av sykdommen som finnes. Derfor er legerollen i denne modellen å bruke objektiv medisinsk kunnskap til å fastsette hvilke tiltak som er mest treffende. Legen bestemmer hva som fremmer pasientens velvære, uten å samhandle eller konsultere sine avgjørelser med pasienten. Pasientens rolle er redusert til å samtykke med legens anbefalinger.

Den forhandlende modellen: kjernerollen som legen har i denne modellen, er å gi pasienten tilstrekkelig informasjon om tilgjengelige behandlingsalternativer og deres konsekvenser. Videre er partene engasjerte i en dialog hvor legen, gjennom å ta i betraktning det moralske aspektet, antyder og forsøker å overtale pasienten til å velge det alternativet som er helsemessig mest gunstige. I motsetning til den paternalistiske modellen, er ikke legens rolle autoritær. Den likner mer på en venn eller lærer, mens pasienten betraktes som en venn eller elev.

Den informative modellen: i denne modellen er legerollen å gi pasienten alle relevante opplysninger og informasjon om tilgjengelige behandlingsalternativer, samt risiko og potensiale for forbedring som de gir. Denne modellen kalles også for konsumentmodellen. Pasienten betraktes som kompetent til å velge det beste alternativet ut fra sine verdier, som er klart definerte. Relasjon mellom partene kan kort beskrives som en relasjon mellom ekspert og en kunde.

Den fortolkende modellen: i denne modellen er legens oppgave å klargjøre pasientens verdier. Ut fra antagelsen at pasienten er ikke nødvendigvis klar over egne verdier er dette en forutsetning for å presentere tiltak og behandlingsalternativer som er tilgjengelige. Videre prøver legen nå hjelpe pasienten med å forstå hvilke tiltak som er mest i samsvar med pasientens verdier. Legen tvinger ikke pasienten til å ta noe valg og ikke er dømmende. Hans rolle tilsvarer en rådgiver eller konsulent.

Disse modellene burde betraktes som ideelle typer, som sjelden finnes i virkeligheten. Interaksjonen mellom lege og pasient kjennetegnes heller av en sammensetning av elementer som tilhører ulike modeller (Charles m.fl. 1999). Lian (2008) foreslår å tenke på modellene som en akse som viser graden av autonomi mellom partene. Slik sett preges den paternalistiske modellen av en sterk legedominans, mens den fortolkende modellen gir mest rom til pasienten. Hvilken modell som interaksjonen mellom lege og pasient kan plasseres i kan avhenge av flere faktorer. I alvorlige situasjoner, der pasientens livet står på spill, vil den paternalistiske modellen bli foretrukket (Emanuel og Emanuel 1992). Guadagnoli og Ward (1998) stiller spørsmål om pasientens fulle deltagelse i det hele tatt er mulig. De konkluderer med at det alltid blir en ubalanse mellom lege og pasient, siden det er den ene parten som søker hjelp, og den andre som har kompetanse for å hjelpe. Dette tilsvarer Parsons klassiske beskrivelse. Deres andre konklusjon er imidlertid at engasjement i behandlingsprosessen kan ha en positiv innflytelse på pasientens fysiske og mentale velvære (Guadagnoli og Ward 1998). Mye avhenger imidlertid av hvordan pasientens autonomi og deltagelse defineres (ibid.).

Den paternalistiske modellen ble i en årrekke en dominerende type relasjon mellom lege og pasient. I de siste tiårene har det blitt lagt større vekt på andre modeller som fremmer maktbalanse og pasientens myndiggjøring (Taylor 2008). Dette har vært en trend i flere europeiske land (Johansen og Solbjørn 2012). Denne omskiftingen burde sees i sammenheng med stigende demokratisering, pasientrettigheter lovgiving, opphav av forbrukersamfunn og økende individualisering (Taylor 2008, Johansen og Solbjørn 2012).

2.4 Tillit

Det siste teoretiske innslaget som jeg anser som relevant for oppgavens tematikk er begrepet tillit. Tillit er et uatskillelig element i sosialt liv, og gjennomtrenger alle mellommenneskelige relasjoner. Det sosiale livet uten tillit er, som David Good (1988) påpeker, umulig å forestille seg. Tillit er et komplekst begrep, og dermed er det ikke denne studiens formål å beskrive det i sin helhet. Jeg vil derfor gjør kort rede for dets generelle betydning, og videre utdype dets rolle i den medisinske konteksten. La meg ta utgangspunkt i Diego Gambettas (1988) sin definisjon av tillit:

«Trust (or, symmetrically, distrust) is a particular level of the subjective probability with which an agent assesses that another agent or group of agents will perform a particular action, both

before he can monitor such action (or independently of his capacity ever to be able to monitor it) and in a context in which it affects his own action» (Gambetta 1988: 217)

Som vi ser er tillit knyttet til relasjoner mellom aktører. Tillit kan derfor beskrives først og fremst som en ingrediens av relasjonen mellom to parter. I tillegg har tillit å gjøre med graden av kontroll vi har over handlinger av andre aktører vi legger tillit i. Siden denne graden varierer, kan vi si at risiko alltid er knyttet til tillit. Dette kan relateres til det Sztompka (1999) sier: tillit er et veddemål man inngår om mulige handlinger av andre.

I diskusjonen rundt tillit er det vanlig å skille mellom tillit og mistillit. Lewicki, McAllister og Bies (1998) definerer tillit som en positivt forventning om andres handlinger, og mistillit som en negativ forventning angående andres holdninger. Videre understreker forfatterne at på tross av at de to begrepene er bundet med hverandre burde de atskilles og betraktes separat. Dette betyr for eksempel at man burde ikke sette likhetstegn mellom høy tillit og lav mistillit, og høy mistillit og lav tillit (Lewicki, McAllister, Bies 1998). Både tillit og mistillit har sine funksjoner. Sztompka (1999) påpeker at det å ha tillit til andres intensjoner og handlinger frigjør oss fra overvåking av andres handlinger, gir oss mer positiv oppfatning av andre, fremmer kommunikasjon, kreativitet og deltagelse i felleskap. Mistillit gir vanligvis den motsatte effekt (Sztompka 1999). Imidlertid er det viktig å understreke at mistillit i noen tilfeller kan spille en viktig rolle. Dette gjelder for eksempel når man antar at noens handlinger som angår en vil bli skadelige (Sztompka 1999).

2.4.1 Tillit i den medisinske konteksten

Tillit er også av største betydning i relasjoner mellom pasienter og helsepersonell eller helsesystemer. Dersom vi tenker på helse som om det verdifulle gode som kan reduseres eller mistes, innser vi hvor viktig tillit er i den medisinske konteksten. I helsetjenesten er tilliten viktig på ulike nivå. Det vil si både i relasjonen mellom helsepersonellet og pasienter, men også mellom de sistnevnte og hele institusjoner eller systemer (Lewandowski 2011). Selv om begge er viktige er det tilliten mellom pasient og leger som virker å være viktigst (Lian 2007).

For denne oppgaven, som utforsker bruk av helsetjenester blant arbeidsinnvandrere fra Polen, blir begrepet tillit et viktig bidrag for å utdype noen aspekter av relasjoner mellom polske pasienter og helsetjenesteytere.

Tillit i lege-pasientrelasjonen er noe gjensidig. På den ene siden, må pasienten ha tillit til legen, tro at han eller hun handler ut fra intensjonen om å fremme pasientens velvære. På den andre siden er legen avhengig av tilliten som pasienter gir ham. Dette er nødvendig for at pasienten skal avsløre nødvendige, ofte intime detaljer fra sitt liv som er viktige for å fastsette diagnosen (Lian 2007). Siden relasjonen mellom lege og pasient preges av en ubalanse, er det først og fremst den sistnevnte som må vise tilliten (Lian 2007).

Tillit må også betraktes som både predisposisjon og et resultat av erfaringer. Dette betyr at tillit kan være en antagelse man har om helseinstitusjoner eller leger, men også noe som avhenger av, og utformes på basis av, erfaring (Goold 2002). Hvordan kan tidligere erfaringer påvirke tillit i den medisinske konteksten? Tillit kan ha innflytelse på resultater av behandling, pasientens aksept og oppfølging av leges anbefalinger, forlengelse av lege-pasient relasjon og forbedring av kommunikasjon mellom pasienter og leger (Lewandowski 2011). Tillit har også sammenheng med kommunikasjon mellom leger og pasienter, og respektfull behandling på sykehus, som Goold (2002) påpeker.

Hall og kollegaer (2001) foreslår en modell av tillit i den medisinske konteksten som består av fem komponenter: *tiltro (fidelity)*, kompetanse, ærlighet, fortrolighet (*confidentiality*) og det de kaller for global tillit. *Tiltro* betyr at pasienten har tillit til at legen vil handle på en måte som fremmer pasientens velvære. *Tiltro* kan påvirkes av for eksempel interessekonflikter. Disse kan oppstå siden både leger, helseinstitusjoner og pasienter kan tilnærme kontakter på forskjellige premisser. Som eksempel kan vi tenke pasienten som søker hjelp og fastlege som er både legen og vokter av mer spesialiserte og dyrere tjenester i helsesystemet. *Kompetanse* er tilknyttet potensielle feil og resultater av legens avgjørelser. *Ærlighet* referer til sannheten og gode intensjoner fra legen sin side. Den betyr at pasienten får en sannferdig informasjon om både sin helsetilstand og tilgjengelige behandlingsalternativer, og at ingen vesentlige opplysninger eller detaljer blir skjult. Det neste elementet i modellen, *fortrolighet*, omhandler riktig bruk og oppbevaring av private opplysninger, som for eksempel sykdomsjournaler, som kan inneholde intime detaljer. *Global tillit* som er det siste elementet betyr at tillit i den medisinske konteksten er ikke reduserbart til kun et av de ovennevnte elementene (Hall m.fl. 2001).

2.5 Om bruk av teoretiske perspektiver

De presenterte teoretiske perspektivene vil bli vektlagt ulikt i analysekapitlene. Mens noen av begrepene vil ha mer generelle betydning blir andre brukt for å analysere mer detaljerte dimensjonene. For eksempel transnasjonalisme betrakter jeg som et overordnet begrep eller ramme for forståelse av fenomenet. I analysekapitler vil det være en gjennomtrengende dimensjon og skal brukes til å skissere noen hovedlinjer ved oppgaven. Bourdieus begrepsapparat skal brukes til å utdype noen enkelte aspekter, men også til å oppsummere hovedfunn i kapittel 6. De siste teoretiske innslagene som lege-pasientrelasjonen og tillit er ment til å bruke for å utdype og belyse noen mer detaljerte trekk ved analysen.

3. Metodiske refleksjoner

I dette kapitlet presenterer jeg den metodologiske siden av prosjektet. Kapitlets fokus rettes mot ulike valg som ble foretatt før, under og etter datainnsamling. Derfor gjør jeg rede for blant annet valg av metode, rekruttering av informanter, beskrivelse av utfordringer som gjennomføring av intervjuer ble preget av og etiske aspekter ved prosjektet. Til slutt vurderer jeg oppgavens kvalitet i utgangspunkt i tre kriterier: troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

3.1 Valg av metode

Ordet *metode* som betyr *veien til målet* (Kvale 1997) impliserer at man må vite hvilket mål prosjektet har slik at man på en bevisst og treffende måte kan foreta et metodevalg. I samfunnsvitenskapene er det vanlig å dra et skille mellom to typer metoder: kvantitative og kvalitative. Mens kvantitative metoder beskjeftiger seg med tall og anvendes for å fastsette fenomenets omfang og utbredelse, egner kvalitative metoder seg for å få innblikk i menneskets livsverden (Aase og Fossåskaret 2007). Valg av metode for dette prosjektet var ikke veldig problematisk. Mitt mål fra begynnelsen var å innhente en dypere forståelse om bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere. Jeg var interessert i å «gå under huden» på fenomenet som jeg hadde noe forkunnskap om, men mange av dets aspekter var uklare og vage. Dermed syntes kvalitative metoder å være et godt verktøy. Det var vanskelig å forestille seg at spørreskjema ville fungere bedre for å innhente de opplysningene jeg var interessert i. Det jeg var opptatt av var hvordan informanter opplever kontakter med helsevesenet, hvilke meninger har de om det og hvordan de selv tolker og reflekterer over de situasjonene de befinner seg i. Dermed syntes kvalitativ metode og dybdeintervjuer å være en gunstig tilnærming. Ved å bruke denne metoden og ved å stille åpne, ofte naive spørsmål får man tilgang til en annen type data som en spørreskjema ville ha gitt (Tjora 2010). På tross av at Wideberg (2001) hevder at man innenfor den kvalitative tilnærmingen ofte benytter seg av intervjuer på basis av tradisjon og bruker dem på en ureflektert måte anser jeg mitt valg som forsvarlig og gjennomtenkt.

3.2 Intervjuguiden

Intervjuguiden er ment som forskerens hjelpemiddel i intervjusituasjonen (Wideberg 2001). Guiden er vanligvis strukturert rundt de temaene som intervjueren er interessert i (Kvale 1997). Min guide (se vedlegg 1) har tre hoveddeler og avviker ikke fra den klassiske guiden som typisk består av oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundings spørsmål (Tjora 2010). Det

er den andre delen som er kjernen. Jeg delte den ut i fra ulike temaer som berører blant annet bruk av begge helsesystemene og deres ulike tjenester og kommunikasjon med helsepersonellet. En viktig dimensjon var også endringer i måter man bruker helsetjenester. Jeg brukte relativt mye plass på introduksjonsspørsmål. Disse omfattet både typiske spørsmål som for eksempel alder og utdanning, men også spørsmål om subjektiv vurdering av ens språkferdigheter, erfaringer etter ankomst til Norge og nå, besittelse av eiendom eller antall årlige besøk i Polen. Noen av disse spørsmålene har delvis åpen form og man kan forvente at svarene kan være lange. Selv om jeg brukte mye tid under intervjuene til å gå gjennom dem, anså jeg det som viktig for å bli kjent med flere detaljer fra informantene sine liv. Dette kom til gode og lot meg forstå informanters historier i en bredere kontekst. Samtidig måtte jeg mestre en teknikk for å ikke bruke altfor mye tid for disse spørsmålene som ikke var en kjerne i intervjuene. Etter 2-3 intervjuer begynte jeg simpelheten å fortelle informantene at de første spørsmålene er generelle og man trenger ikke å gi lange svar på dem. Dette vanligvis ga gode resultater.

3.3 Observasjon og pilotintervjuer

Observasjon er noe vi alle driver med enten vi er forskere eller ikke. I tilfellet med min studie var ikke observasjon en del av det systematiske feltarbeidet, men likevel var det denne formen for datainnsamling som bygget et fundament for den og bidro til at ideen begynte å spire. Gjennom dagliglivet som arbeidsinnvandrer som omgås av andre arbeidsinnvandrere har jeg lagt merke til at kontakten mellom de førstnevnte og norske helsetjenesteytere ofte fører til sterke reaksjoner og meninger. Dette var et tema som en gang i blant kom opp under samtalene jeg hadde med mine landsmenn. Det var også erfaringer til et familiemedlem som fikk meg til å undre over denne problematikken.

På tross av feltet jeg ville studere ikke var et blankt ark for meg bestemte jeg å gjennomføre to pilotintervjuer. Pilotintervjuer anbefales for forskere som vil fordype seg i et nytt område slik at de kan tilnærme senere intervjuer med større selvtillit og dermed kvalitetssikre resultater (Thaagard 1997). Personene jeg intervjuet var jeg godt kjent med og jeg hadde kunnskap om at begge to hadde tallrike erfaringer med bruk av helsetjenester i Norge. Det var tre hovedmål med pilotintervjuene. For det første var prosjektet på dette tidspunktet kun i en form av vage ideer. Derfor ble hovedmålet å stille en rekke åpne spørsmål for å forhåpentligvis la meg inspirere og bli overrasket over de aspektene jeg hadde ikke tenkt på forhånd. På denne måten ble jeg oppmerksom på blant annet bruk av sosial kapital som ofte er mobilisert for å håndtere

helserelaterte problemer. Resultatet av det første intervjuet, samt noen hypoteser ble presentert på et seminar. For det andre var tanken med pilotintervjuene å teste hvordan ulike spørsmål i intervjuguiden som jeg har utarbeidet fungerer. Her tenkte jeg på spørsmålenes klarhet og entydighet samt deres rekkefølge. Dette resulterte i for eksempel flytting av spørsmål om forestillinger om den ideelle legen og helsevesenet fra begynnelsen av intervjuguiden til slutten. Det virket at å besvare disse spørsmålene etter at man hadde besvart og reflektert over ulike aspekter av sin bruk av helsetjenester ble lettere enn å stille dem som første spørsmål. Til slutt var poenget med pilotintervjuene at jeg fikk øve meg til rollen som intervjuer. For det første ville jeg prøve ut mine evner til å reagere og følge opp interessante temaer som kan dukke opp. I tillegg siden jeg skulle snakke med folk om deres helse noe som fort kunne bli et intimt tema, ville jeg også teste mine evner til å holde fokus og vise interesse og respekt for informantens fortellinger over en lengre tid. Dette burde imidlertid ikke forstås som skuespillerøvelser, men heller som en oppvarming og trening som hadde som mål å gjennomføre en forsvarlig og kvalitetssikret datainnsamling. Begge intervjuene ble gjennomført fra A til Å i samsvar med metodiske regler rådende innenfor kvalitativt forskning der informantene informeres om studiens formål, bruk av datamaterialet, garanteres anonymitet samt oppsummeres intervjuet når det er avsluttet. Etter at begge intervjuene var gjennomført i tillegg til mine egne observasjoner som utgjorde et grunnlag for eventuelle endringer jeg ville implementere, ba jeg informantene om å evaluere hele intervjusituasjonen ved å gi tilbakemelding på alle de aspektene jeg har beskrevet.

3.4 Rekruttering av informanter

Informantene ble rekruttert på forskjellige måter gjennom hovedsakelig tre kanaler. Den opprinnelige ideen var å skaffe adgang til folk som deltar i et norskkurs som organiseres av *Polonia* (en lokal organisasjon som samler polske innvandrere) og avholdes en gang i uken. Planen var å gi en muntlig informasjon samt dele ut brosjyrer med en kort beskrivelse av prosjektets formål og kontaktinformasjon (se vedlegg 2). Selv om jeg lyktes med å få adgang og ble møtt med positive reaksjoner blant kursets deltakere var det kun en person som tok kontakt med meg.

Den andre institusjonen som jeg tok kontakt med var den lokale katolske kirken som fungerer som et samlingssted for mange polakker. Etter å ha kontaktet en polsk prest og presentert en grundig beskrivelse av prosjektet ble dette annonsert under en polsk messe som avholdes hver

søndag. Etter at messen var avsluttet møtte jeg folk utenfor kirken og delte ut brosjyrer. Ideen ble møtt med en positiv etterklang og etterhvert ble jeg invitert til et felles kaffemøte og fikk dermed mulighet til å hilse på folk, samt utdype noen av spørsmålene de lurte på. Disse angikk både praktiske aspekter som for eksempel intervjuers tidspunkter og sted, men også mer substansielle spørsmål som for eksempel hvilke helserelevante temaer som ville bli berørt under intervjuene. Det sistnevnte spørsmålet kunne jeg svare ærlig på takket være de to pilotintervjuene jeg gjennomførte. Selv om intervjuguiden kun innebar ett spørsmål som dreide seg direkte om studiedeltakeres sykdommer visste jeg allerede at det å nevne hvilke sykdommer en har hatt eller har ville komme opp naturlig under samtalene. Jeg prøvde å være tydelig på at det å oppgi slike opplysninger er helt frivillig. Det å møte potensielle informanter ansikt til ansikt fungerte veldig bra og la til rette et grunnlag for videre kontakt. Gjennom dette møtet endte jeg opp med ni telefonnummer til personer som utrykte vilje til å stille til intervju.

Grunnet at personene som stilte seg villig til å delta i intervjuer virket å være en etablert gruppe bestemte jeg for å ikke kontakte alle av dem og brukte andre kanaler, blant annet mitt eget nettverk og til dels snøballmetoden for å få tak i et mer varierende utvalg. Selv om jeg hadde bestemt meg å ikke rekruttere personer jeg kjenner ble jeg fristet og rekrutterte én.

Som vi ser kan kontakt med nøkkelpersoner være avgjørende for rekruttering av informanter. Dette synes imidlertid å avhenge av i hvilken grad er man i stand til å engasjere disse personene. Ut fra min erfaring var den viktigste forskjellen mellom kurslederen og presten at den første ga ikke en aktiv støtte til prosjektet og deltok ikke i introduksjon og formidling av dets mål til potensielle informanter. Dette påvirket trolig responsen blant folkene. Presten derimot var den aktive parten. Prestens rolle må i tillegg sees i forbindelse med den makten han har og forholdene i hvilke budskapet ble formidlet det vil si kirke og messe.

3.5 Utvalget

Mitt utvalg består av totalt 11 personer: 5 menn og 6 kvinner. Dette inkluderer to ekteskap. Den yngste informanten er 29 år og den eldste 60 år gammel. De fleste informantene er i 30-årene. Det er stor variasjon når det gjelder informantens oppholdstid i Norge som strekker seg fra 1,5 til 10 år, men en gjennomsnittlig oppholdstid ligger på 5,5 år. Når det gjelder utdanning har 4 personer fullført en form for videregående utdanning mens 7 personer har høyere utdanning. Språkferdigheter varierer veldig blant informantene. Selv om ingen vurderte sine

språkkunnskaper lavere enn 3 på skala fra 1-5 er det tre personer som bruker engelsk daglig på tross at de har bodd i Norge et par år. Det som er et viktig felles kjennetegn for mitt utvalg er at alle informantene er eller har vært i fast arbeid i Norge noe som er ensbetydende med at de har fast inntekt samt er medlemmer av folketrygden, og er derfor berettiget til å bruke norske helsetjenester på lik linje med norske statsborgere. I tillegg hadde alle de rekrutterte informantene ulike erfaringer med bruk av både norske og polske helsetjenester. Når det gjelder Norge har alle informantene benyttet seg av fastlege. De fleste har også erfaring med svangerskap (oppfølging og fødsel) og noen med andre helserelaterte saker som krevde kontakt med sykehuset. I tabellen under presenterer jeg noen utvalgte opplysninger om informantene.

Informant	Kjønn	Alder	Utdanning	Botid i Norge (i år)	Selvurdering av språkferdigheter. Skala 1-5	Bruker man norsk daglig?	Antall besøk i Polen per år
Patryk	M	31	Videreg.	7	3	Nei	2
Anna	K	32	Videreg.	1,5	3	Ja	2
Waldek	M	33	Høyere	5	3	Nei	3-4
Henryk	M	60	Yrkesfaglig	10	-	Ja	3-4
Karolina	K	29	Høyere	3	4	Ja	2
Katarzyna	K	31	Høyere	6	4,5	Ja	2
Ewa	K	37	Høyere	7	-	Ja	2
Dorota	K	45	Høyere	6	4	Ja	4-5
Adam	M	45	Yrkesfaglig	7	3	Ja	4-5
Marta	K	30	Høyere	5	-	Ja	2-3
Szymon	M	31	Høyere	5	-	Nei	2-3

Tabell 1. Utvalget med fiktive navn og enkelte personlige opplysninger.

3.6 Intervjuene

Den faktiske datainnsamlingen ble gjennomført i tidsperioden mellom november 2013 og februar 2014. Selv om feltarbeidet opprinnelig ble planlagt å være ferdigstilt fram til den 15 desember, det vil si før juleferien som alle av mine informanter tilbringer i Polen viste det seg å være ugjennomførbart. Noen personer som jeg tok kontakt med nektet å stille til intervju mens andre forbeholdt at de ville gjør det etter juleferien. Av disse grunnene ble jeg tvunget til å utvide feltarbeidet tidsmessig, noe som skapte en viss usikkerhet knyttet til tanken om at informantene kunne ombestemme seg. Det som er interessant er at ingen av informantene som

deklarererte vilje til å stille til intervju da de møtte meg ansikt til ansikt nektet dette senere da jeg tok kontakt. Alle personene som hadde trukket seg har jeg nådd gjennom ulike mellommenn. Noen har nektet deltagelse i undersøkelsen grunnet dens tema som de oppfattet som for intim.

Det totale antall intervjuer jeg gjennomførte var 11 og omhandlet til sammen 15 personer. Etter at jeg foretok en kvalitetsvurdering av enkelte intervjuer valgte jeg å ekskludere to av dem fra det endelige utvalget, noe jeg utdyper i siste avsnittet av dette kapitlet. Videre ble to personer utelukket fra utvalget på grunn av veldig lav deltagelse.

Et intervju er ikke en vanlig samtale. I kvalitativ forskning har intervju som mål å innhente kunnskap om livsverden til informantene for å videre tolke den (Kvale 1997). Ut fra min erfaring ble intervjuene den mest engasjerende og samtidig den mest utfordrende delen av prosessen. Det å møte ukjente mennesker for å snakke med dem om deres erfaringer anser jeg som en oppgave som krever forberedelser, men kanskje først og fremst noen personlige egenskaper. Hver av informantene jeg snakket med representerte en unik personlighet, noe som påtvinger at intervjuer må innta en fleksibel holdning. Hvordan takler man for eksempel den snakksomme eller den tause informanten? Jeg opplevde ikke den sistnevnte, men den førstnevnte derimot ble en utfordring under to av intervjuene. I disse situasjonene sto jeg foran en følgende dilemma: burde jeg være den tålmodige intervjueren som lar sine informanter snakke ferdig selv om det de sier har lite å gjøre med tema, eller den strenge som avbryter hver gang uttalelsen ikke er relevant? Jeg forsøkte så godt jeg kunne å velge den gyldne mellomvei. På den ene siden lot jeg dem flette inn kommentarer eller fakta fra deres liv som var utenfor mitt interesseområdet, men på den andre var teknikken å plukke fra deres uttalelser kun det som ble relevant og be dem om videre utdypelse. Dette ga vanligvis gode resultater og satt samtalen tilbake på riktig spor. Det som også fungerte bra var en kort kommentar eller bekreftelse på at de ble hørt og forstått (i form av nikk for eksempel) etter at de snakket seg ferdig og endring av tema ved å stille neste spørsmål.

Intervjuene tok sted i ulike omgivelser. Generelt sett burde kvalitative intervjuer gjennomføres på steder som forsikrer en trygg og rolig atmosfære, noe som bidrar til at de som skal intervjues, men også intervjuere, kan føle seg avslappet (Postholm 2005). Fem av intervjuene ble gjennomført i husene til informantene etter invitasjon fra deres side, fem på et utested og ett på kontoret til informanten. Selv om jeg personlig foretrekker å gjennomføre intervjuer i informanternes private omgivelser siden slike forhold er mest forutsigbare og komfortable for

informantene, fungerte utestedet også bra. Etter det første intervjuet som fant sted på en restaurant, la jeg merke at dette kan være et fast intervjusted på visse betingelser. Det første intervjuet tok sted på en formiddag og antall besøkende i restauranten var minimalt. Dette oppmuntret meg til blant annet å avtale nedskruing av musikk med ansatte. Som regel var jeg på intervjustedet i god tid før det avtalte tidspunktet for å reservere en fast plass (alle fem intervjuene fant sted ved det samme bordet som var plassert i en separat og avgrenset krok), lese gjennom intervjuguiden og sjekke båndopptaket. Etter at informanten var ankommet stedet hilste vi på hverandre og vanligvis slo vi av en uformell prat som oftest gikk fort over til temaer tilknyttet livet i Norge. Alle informantene ble tilbudt kaffe og noe å spise.

Alle intervjuene ble av ulike grunner gjennomført på polsk som var morsmålet til begge partene. Dette ble avgjort av meg på forhånd og ingen av informantene fikk tilbud om å snakke norsk under intervjuene selv om norsk i noen tilfeller kunne være intervjuspråket. Denne avgjørelsen ble tatt av ulike grunner, men den største bekymringen var at å gjennomføre intervjuer på norsk etter min mening kunne påvirke negativt studiens kvalitet på ulike vis. For det første kunne dette skape en unaturlig og anspent atmosfære når to landsmenn ville snakke et språk som er ikke deres eget. For det andre kunne dette ha en betydelig innflytelse på uttalelsenes omfang og detaljer siden ingen bortsett fra én informant som jobber profesjonelt med språk virket å mestre det i tilstrekkelig grad til å uttrykke seg fritt. For det siste kunne valget av norsk som intervjuspråk ha en negativ innvirkning under de intervjuene som fant sted på utestedet siden intervjuers tema dreide seg om helse og intime opplysninger kunne dukket opp under samtalen. Valget av polsk som ingen bortsett fra meg og informanten forsto fungerte derfor som et middel som bidro til at informantene kunne uttale seg uhemmet.

Intervjuene hadde en varierende tidsvarighet som strekte seg fra 1 til 2,5 timer. Tid var generelt sett ikke en utfordring under feltarbeidet. Avtalene med de fleste informantene ble tilpasset deres timeplan og i de fleste tilfellene har jeg ikke lagt merke på at det oppstår noe tidspress. Under to av intervjuene ble imidlertid tid en faktor som satte mine intervjuerferdigheter på prøve. I samtalen med Patryk som fant sted på et utested i løpet av hans hektisk arbeidsdag spilte plutselig tid en avgjørende rolle. Dette var et første intervju under feltarbeidet og den plutselige knappheten av tid krevde improvisatoriske ferdigheter fra meg. Dette hadde å gjøre med spørsmålenes viktighet og rekkefølge. Denne situasjonen fikk meg til å reflektere over hvor viktig det er å ha en god kjennskap til intervjuguiden samt at en konstant analyse og bearbeiding av datamaterialet kan være hjelpelig når en trenger rask vurdering av hvilke

spørsmål som er sentrale og burde bli stilt når tiden begynner å mangle. Denne refleksjonen ble en viktig ressurs under intervjuet med Karolina og Dawid som overlappet med et vennebesøk. Grunnet at atmosfæren var veldig avslappet og ikke tilpasset en intervjusituasjon måtte jeg igjen foreta en rask vurdering av hva som var det viktigste jeg burde legge vekt på for å få dette intervjuet til å bli brukbar i analysen.

3.7 Bearbeiding av datamaterialet og analyse

Et særpreg ved kvalitative studier er at det vanskelig å påpeke nøyaktig når analysen begynner og ender. Ifølge Karin Wideberg (2001) er analysen en prosess som gjennomtrenger alle faser i kvalitative prosjekter. Dette stemmer med min erfaring fra dette prosjektet. Analysen begynte ikke når det siste intervjuet ble avsluttet og transkribert, men ble snarere en integrert del av prosjektet før feltarbeidet begynte. Hvert intervju jeg gjennomførte utløste en rekke refleksjoner og spørsmål. Nye aspekter dukket opp og dette førte til at jeg fikk stadig mer sammensatte bilder av fenomenet.

Intervjuene ble ikke transkribert umiddelbart på grunn av en veldig stram tidsramme. Jeg visste at det å transkribere fortløpende var ugjennomførbart, derfor bestemte jeg meg for å ta notater etter hvert intervju. Meningen med notatene ble å gripe noen særpreg ved interaksjonen mellom meg og informantene og kort beskrive ulike aspekter som ble drøftet, samt mine refleksjoner. Intervjuene ble transkribert i sin helhet og ga et datamateriale som omfattet ca. 140 sider.

Etter at transkriberingen ble gjennomført leste jeg datamaterialet flere ganger. Den første lesningen var ment for å skaffe seg noen tanker rundt datamaterialet og innebar ikke noen form for bearbeiding. Det var i de senere lesningene jeg foretok koding og kategorisering. Det var fem overordnede aspekter som jeg tok utgangspunkt i ved bearbeidelse av datamaterialet. Jeg ble opptatt av erfaringer med helsevesener, meninger om dem, håndtering av helserelaterte problemer, årsaker til at man velger enten polske eller norske helseinstitusjoner. Jeg brukte ikke noen av tilgjengelige dataprogrammer og utførte koding ved bruk av merketusjer i ulike farger. Hver farge tilsvarte en av de oppnevnte aspektene. Bortsett fra det hadde jeg en veldig åpent holdning mot koding. Tjora (2007) påpeker at koding av et datamateriale som omhandler mellom 10-15 dybdeintervjuer burde resultere i mellom 30 og 100 koder. Gjennom gjentatte lesninger av datamaterialet endte jeg opp med ca. 80 forskjellige koder.

Det som utgjorde en utfordring i bearbeidelsen av datamaterialet ble bruk av sitater og deres oversettelse fra polsk til norsk. Jeg har bestemt å ikke oversette intervjuene i deres helhet, men

oversette kun relevante utdrag. Imidlertid, en utfordring lå i det at noen enkelte uttrykk i det hverdagslige polske språket ble vanskelig å finne ekvivalent for i det norske. Her forsøkte jeg så godt jeg kunne å konsultere med mine norske medstudenter.

Min analyse omhandler praksis som finner sted i to ulike land. Bruk av helsetjenester i Norge preges av at Polen kommer inn i bildet i form av referanserammer og sammenligninger. På den andre siden finner en del praksiser sted i Polen som i mange tilfeller er at svar for det som man opplever i Norge. Dermed ser vi at de to kontekstene ofte overlapper. Dette betyr at noen sitater omfattet alle de tre aspektene, noe som gjorde avgjørelsen om deres plassering i analysekapitlene utfordrende.

3.8 Etske betraktninger

Ifølge Postholm (2005) burde de etiske aspektene tas i betraktning både før og under hele forskningsprosjektet. I tilfelle med mitt prosjekt som berører temaer angående folks helse ble dette en særlig aktuell problemstilling. Derfor ble spørsmål om for eksempel tillit sentralt fra begynnelsen til avslutningen av prosjektet. Et første steg mot å styrke prosjektets etiske side ble tatt før prosjektet startet ved å melde det til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) der blant annet intervjuguiden ble vurdert med tanke på anonymitet (se vedlegg 3). Denne vurderingen ble videre brukt under rekruttering av informanter som et argument for at prosjektet tar informantens velvære på alvor.

Temaet som jeg ville berøre gjaldt menneskers helse og derfor var sjansen for at samtalen kunne bli intime stor. Dermed lå jeg veldig stor vekt på å klargjøre premissene for intervjuene. Denne prosedyren som er vanlig i denne metoden synes å være av større betydning når man intervjuer personene om saker som vanligvis kun deles med deres fortrolige. Alle informantene ble derfor informert om prosjektets mål, anonymitet (jeg var tydelig på at jeg ikke samler noen identifiserbare opplysninger som for eksempel navn på stedet de kommer fra i Polen eller detaljer om deres arbeid), frihet til å trekke seg fra intervjuet uten å oppgi årsaken eller benektelse å svare på spørsmål. Alle ble også spurt om de gir meg lov til å innspille intervjuene og jeg forklarte nøyaktig formålet med dette og hvordan dataen oppbevares og behandles. Jeg var også tydelig på at alle informantene skal anonymiseres med fiktive navn og hvordan kommer jeg å bruke sitater. Det samme fant sted etter intervjuene der jeg spurte informanter om deres meninger om intervjuet og om noen av spørsmålene opplevdes som graving i deres privatliv.

På tross av jeg la stor vekt på de etiske aspektene ved prosjektet skjedde det under to av

intervjuene at informanten forbeholdte seg retten til å ikke fortelle detaljer angående sykdommen eller nevne hva slags sykdom det var. Dette hadde jeg respekt for og insisterte aldri på å få svar på spørsmålene. På den andre siden tenkte jeg imidlertid på hva som kunne forårsake dette. I det ene tilfellet kunne det ha å gjøre med at jeg var godt kjent med informanten. Ble informanten redd for at jeg kan avsløre intime opplysninger til andre personer eller simpelheten ville ikke hun at en hun er bekjent med skal få en slik kunnskap? Det er vanskelig å spekulere over dette, men den største refleksjonen er at det etiske spørsmålet er viktig.

3.9 Kvalitetsvurderinger

Et av de viktigste spørsmålene som samfunnsvitenskapen burde stille seg selv gjelder statusen av kunnskapen som produseres (Aase og Fossåskaret 2007). Dette innebærer at både kvantitativ og kvalitativ forskning burde reflekteres over i hvilken grad forskningen er gjennomført på en tillitsvekkende måte (Thaagaard 1998). Det er vanlig å vurdere kvalitativ forskning ut fra tre kriterier som omtales forskjellig i ulike kilder. Jeg tar utgangspunkt i det som Thaagard (1998) kaller for: troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Disse angår ulike sider ved kvalitative prosjekter. Ved å ta utgangspunkt i disse vil jeg i det følgende vurdere kvaliteten ved min studie.

Det første kriteriet dreier seg om forskerens tilknytting til feltet og hans eller hennes relasjon til informantene. Dette henger sammen med objektivitet som er et ideale innenfor vitenskap. Det gir ikke så mye mening å snakke om objektivitet i samfunnsforskning der mennesker forsker på mennesker og derfor må objektiviteten argumenteres for (Thaagard 1998). For meg personlig var dette et tilbakevendende tema som jeg hadde i bakhodet fra begynnelsen til avslutningen av prosjektet. Dette gjaldt særlig min opprinnelse og bakgrunn. Jeg var bevisst på at det å være polsk med erfaring som arbeidsinnvandrer kunne fungere som tveegget sverd og ha både positive og negative virkninger på prosjektets utfall. Det som jeg fant veldig hjelpsomt var Pierre Bourdieus epistemologiske eksperimenter som han gjennomførte i sin oppvekstmiljø i franske Bearn og som jeg lot meg inspirere av fra veldig tidlig fase av prosjektet. Disse hjalp meg å kontinuerlig overvåke og registrere min posisjon i feltet og bevisstgjøre min potensiell innvirkning på prosjektet.

Under intervjuene ble jeg ofte i tvil om hvilken rolle var jeg egentlig i. Er jeg først og fremst en forsker som intervjuer folk eller er jeg en arbeidsinnvandrer som snakker med andre arbeidsinnvandrere? Hvilken rolle skulle ha forsprang for å få de beste resultatene, og er det

mulig å finne en balanse mellom de to? Disse spørsmålene dukket opp regelmessig hver gang jeg var i samtale med mine informanter, men også senere når feltarbeidet ble avsluttet. For å overkomme denne problematikken bestemte jeg meg for å innta en rolle som en naiv, uvitende person med en spørrende og nysgjerrig holdning. Denne teknikken anbefales ellers for forskere som driver med kvalitative studier siden den bidrar til å generere dypere uttalelser som gir bedre innblikk i informanters erfaringer (Postholm 2005). Det skjedde imidlertid et par ganger at informantene avsluttet sine uttalelser med uttrykket som: «*du vet jo hva jeg snakker om*» og ga dermed et tegn på at jeg og mine personlige erfaringer er en del av en felles «oss». Selv om de hadde rett i det, og jeg heller ikke nektet så stilte jeg bestandig et tilleggsspørsmål etter disse situasjonene. For eksempel kunne jeg ha sagt «*Ja, jeg hadde en lignende erfaring men jeg er interessert i din mening om dette*» for få dem til å snakke.

Et annet aspekt som jeg mener har løftet denne studiens troverdighet er at jeg valgte å ikke inkludere intervjuet med personen jeg var bekjent med i analysen selv om til å begynne med var planen til å gjøre det. På denne måten endte jeg med utvalget bestående kun av personer som jeg hadde ikke noe personlig forhold til.

Mine erfaringer og forkunnskaper om temaet som denne oppgaven omhandler burde også sees i sammenheng med det andre kriteriet, bekreftbarhet. Mens tidligere kriteriet har å gjøre med forskerens posisjon i feltet og hans eller hennes forhold til informanter er bekreftbarhet tilknyttet tolkninger av resultatene (Thaagard 1998). Jeg har nevnt allerede at jeg var opptatt av min posisjon i det studerte feltet, noe som stammer fra min bakgrunn som polsk arbeidsinnvandrere. Denne posisjonen innebar også at jeg potensiell sett kunne tilnærme analyseprosessen med forkunnskaper som kunne ha innvirkning på tolkninger av resultater. Dette er ikke nødvendigvis noe negativt, men forskeren burde være bevisst på at forkunnskaper om det miljøet hun eller han studerer kan utgjøre både en styrke og en begrensning (Thaagard 1998). På den ene siden kan forkunnskapene gi en bedre forståelse av informanters erfaringer, på den andre kan forskeren overse nyanser som ikke stemmer med disse forkunnskapene. Dette prøvde jeg så godt jeg kunne å være bevisst på. Det som etter min mening bidro til å forsterke tolkningens gyldighet var blant annet tidligere forskning jeg har beskrevet, det teoretiske rammeverket som jeg bruker for å belyse studiens funn, sitater som kommer fra det empiriske datamaterialet og argumentasjon som støttes med referanser til ulike kilder.

Overførbarhet er det tredje kriteriet som jeg vil fokusere på. Selv om kvalitative studier i motsetning til kvantitative ikke nødvendigvis har som mål å være generaliserbart er dette noe

som er viktig for at man kan snakke om en forsvarlig forskning (Thaagard 1998). I hvilken grad kan resultatene av denne studien overføres til andre kontekster? På den ene siden kan jeg si at mine funn kan overføres til andre minoritetsgrupper som har lignende kjennetegn til den polske minoriteten. Dette kan for eksempel være andre grupper som kommer fra tidligere post-kommunistiske land som er i dag EU- medlemmer. Dette virker legitimt på grunn av helsesystemene i disse landene i årrekker ble påvirket av lignende forhold som hadde med de kommunistiske premissene å gjøre. Dermed kan disse gruppene oppleve sammenlignbare utfordringer i møte med det norske helsesystemet. For det andre har medlemmer av disse gruppene rett til å bevege seg fritt innenfor EU-området, og derfor kan de igangsette lignende strategier for å overkomme helserelaterte problemer. På mange måter kan jeg også argumentere for at mine funn kan relateres til minoritetsgrupper som lever utenfor Europa. Dette støttes blant annet av likheter som jeg finner mellom mine resultater og funn som ble beskrevet i tidligere forskning blant annet på andre innvandregrupper som engasjerer seg i transnasjonale medisinske hjemreiser eller transnasjonale terapinettverk som jeg beskrev i kapittel 1.

4. Polske arbeidsinnvandrere i møte med det norske helsesystemet

Det følgende kapitlet er oppgavens første analytiske del som setter fokus på polske arbeidsinnvandreres bruk av helsetjenester i Norge. Forskjeller mellom det polske og det norske helsesystemet, og deres innflytelse på møter mellom polske pasienter og norske helseinstitusjoner utgjør et viktig særtrekk ved kapitlet. For å belyse dem har jeg i første omgang bestemt å fokusere på ulike helsetjenester. Helsetjenester i Norge deles i to sektorer: primær- og spesialisthelsetjenesten (Ringard m.fl.2013). Jeg begynner med diskusjon rundt ulike oppfatninger av fastlegetjenesten, som tilhører den første sektoren. Det som vil stå sentralt i denne delen er ulike aspekter av lege-pasientrelasjonen, fastlegens *portåpnerfunksjon* samt ulike praksiser tilknyttet denne tjenesten. Videre diskuterer jeg erfaringer med svangerskapsoppfølging. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten fokuserer jeg på konsultasjoner hos spesialister og innleggelser på sykehus inkludert fødsel. Videre fokuserer jeg på oppfatninger av legekompanser og verdier i helsetjenester. Andre aspekter jeg diskuterer er språklige utfordringer, tillit. Til slutt analyserer jeg informanters refleksjoner over oppvekst og sosialisering i Polen og hvordan dette påvirker kontakten med det norske helsevesenet. Jeg vil ikke diskutere erfaringer fra legevakten i et eget kapittel siden de var ikke en betydelig del av datamaterialet. Legevakten dukker imidlertid opp i et av underkapitlene. Polske referanserammer utgjør et viktig element i denne delen av analysen.

4.1 Primærhelsetjenesten

4.1.1 Fastlege- pater² eller partner? - oppfatninger av lege-pasientrelasjonen

I både Polen og Norge er fastlegen den første av helsepersonellet som en syk pasient møter bortsett fra situasjoner som krever øyeblikkelig hjelp (Sagan m.fl. 2011, Ringard m.fl. 2013). I samtalene med mine informanter ble kontakter med fastlege diskutert mest. Denne tjenesten har alle informantene erfaring med. I det følgende kapitlet vil jeg presentere noen kjennetegn ved disse møtene ved å ta utgangspunkt i lege-pasientrelasjonen.

I tråd med flere andre vestlige land har helsetjenester i Norge i de siste årene vært preget av såkalt *brukermedvirkning*. Dette innebærer at pasientens deltagelse i helsetjenester har blitt større, noe som manifesterer seg i blant annet deltagelse i beslutningsprosesser og utforming av tilbudet (Johansen og Solbjørn 2012). Dette burde i sin tur sees i forbindelse med lege-

² Pater i latin betyr far

pasientrelasjonen som går fra den klassiske, paternalistiske og symmetriske, mot en mer pasient orientert relasjon. På tross at polske helsetjenester er bygd opp rundt lignende premisser om pasientens myndiggjøring (Sagan m.fl. 2011), virker det som at det finnes forskjeller mellom Polen og Norge. Disse kommer til syne i historier til de fleste informantene.

Den informanten som har vært mest i kontakt med fastlege på tross av kort oppholdstid i Norge er Anna. Anna har sin tredje fastlege nå, og mens hun var fornøyd med den første legen er det den andre hun har mest erfaring med. Anna understreker at det ikke var hennes valg å bytte lege, men at det skjedde på grunn av de tidligere byttet arbeidsplass. Anna forteller om en vanlig time hos fastlegen i Norge på følgende måte:

«Det er i samtale med legen. Jeg forteller hva jeg kommer med, hva slags problem jeg har og jeg blir hørt (...) ut fra min erfaring så er det sånn at jeg må si ifra til legen hva jeg vil mens i Polen er det slik at det er legen som gjør det ... at man burde ta en blodprøve eller ta røntgenbilde. Det vil si at det er legen som styrer, leder» Anna

I dette sitatet poengterer Anna forskjeller i sosiale roller til lege og pasient samt til relasjon mellom dem. Hennes beskrivelse av lege-pasientrelasjonen tyder på at det kan være den paternalistiske modellen som er rådende i Polen. Selv om den første delen av legetimen i form av intervju er noe som kjennetegnes alle typer lege-pasientrelasjon (Emmanuel og Emmanuel 1992), viser eksemplet at i Polen kan videre avgjørelser i stor grad bli overlatt til legen. Det er legen som bestemmer hvilke prøver, tester og videre behandling pasienten burde motta. Det kommer tydelig fram av sitatet at denne relasjonen preges av asymmetri, der det er legen som er den dominerende parten. Det er legen som «styrer» på grunn av den objektive, vitenskapelige kunnskapen han har, og som pasienten mangler. Ut fra det Anna forteller må hun i Norge være mer bevisst på hva hun vil. Dette betyr ikke at pasienten må komme til legekantoret med klar diagnose eller kunnskap på forhånd, men at det trolig forventes å uttrykke sine ønsker og behov på en mer tydelig måte enn det skjer i Polen, i andre ord være mer aktiv. Misoppfatninger av legerollen kan å ha røtter i kommunismen som fram til 1989 var en styreform i Polen. I denne tiden var lege-pasientrelasjoner definert rundt den paternalistiske modellen (Ostrowska 2006). Et steg mot endring ble tatt i 1999 da omfattende reformer av det polske helsesystemet ble innført. I 2006 analyserte Ostrowska endringer i lege pasientrelasjonen som følge av denne reformen. Hennes studie viser at sammenlignet med 16 andre europeiske land var Polen blant fire som skåret lavest på ulike indikatorer angående samarbeids- og kommunikasjonsgrad mellom pasienter og leger. Den samme undersøkelsen viste at Norge er blant de fire landene

som skårer høyest på den samme skalaen (Ostrowska 2006). For Ostrowska er dette et tegn på at de innførte endringene fant lite gjenklang i realiteten.

Det var noen flere informanter som vektla at de følte at de i Norge må være mer aktive under legetimene. Dorota, for eksempel, ble alvorlig syk under ett av besøkene i Polen. Hun gjennomgikk undersøkelser i hjemlandet, men på grunn av at hun arbeider og lever i Norge måtte hun dra og fortsette behandlingen her i landet. Hun kom til fastlege i Norge med klare anbefalinger fra polske helseinstitusjoner om hvilke tiltak hennes helsetilstand krevde. Hun oppsummerer dette slik:

«Jeg tok resultater av alle prøvene [som ble gjennomført i Polen], kom tilbake til Norge og gikk til legen her. Min fastlege var på sommerferie på den tiden og den andre som tok meg imot sa: hva tror du jeg kan hjelpe deg med? Da tenkte jeg: er det jeg som må tenke hvordan han kan hjelpe meg?» Dorota

Selv om dette eksemplet synes å være mer komplisert grunnet at det var ikke Dorotas fastlege som tok henne imot og at det var en alvorlig sykdom hun opplevde viser det et par interessante aspekter. Sitatet impliserer for det første at relasjon mellom Dorota og legen under denne timen ble definert ut fra premissene som ligner på en av de mer symmetriske modellene. Det er vanskelig å fastsette med all vissthet hvilken type relasjon denne situasjonen ligner mest på, men det er tydelig at legen forventet at pasienten skulle utrykke hva hun ønsker. Spørsmålet: «*Hva kan jeg hjelpe deg med?*» ligner på et spørsmål som en selger stiller til en kunde. Dette kan relateres til kundemetaforen som ifølge Lian (2008) er en rådende måte å definere pasienters rolle i Norge. Denne modellen som kalles for informative innebærer blant annet at pasienten oppfattes som kompetent til å ta et valg etter å ha blitt kjent med tilgjengelige behandlingsalternativer (Lian 2008). Det som er interessant i sitatet er at Dorotas forventninger til lege virker å være klart definerte. Hun oppfatter det åpne spørsmålet som legen stilte som ikke passende, mest sannsynlig på grunn av at det i hennes forestilling forskyver ansvaret for behandling fra lege til pasient. Sagt annerledes er det legen selv som burde finne ut hva som plager pasienten. Igjen burde en ikke tenke at det er forventet at pasienten skal å vite alt, men det forventes deltagelse under legetimen og at pasienten ikke skal være den helt passive parten. I tillegg er Dorotas oppfatning av denne situasjonen forsterket av polske referanserammer. Anbefalinger fra polske helseinstitusjoner er klare mens i Norge må hele prosessen begynne på nytt.

Pasientens aktive deltagelse som er tilskrevet i moderne helsetjenester legger vekt på

forebyggende tiltak som både helsevesenet og pasienter har ansvar for (St. meld. 34). Dette er noe som ble drøftet under enkelte intervjuene. Patryk, for eksempel, bruker oftest ordene som *undervurdering* og *bagatellisering* når han refererer til sin fastlege. Dette er noe som tyder på at hans forventninger til fastlegens rolle kan være større enn det som praktiseres i virkeligheten. Patryks historie viser et par tegn som kan hjelpe oss å forstå på hvilke premisser hans relasjon med fastlegen baseres. Sitatet nedenfor illustrerer et aspekt ved denne relasjonen som informantene la vekt på i forbindelse med mageplager:

«Hvis du har vondt i magen eller diare så kanskje burde du endre kosthold? [Patryk siterer legen] Men ingen tar i betraktning at man kanskje jobber så mye at man får konsekvenser av dette?» Patryk

Dette sitatet viser gjensidige misoppfatninger av lege- pasientrelasjonen. For det første ser vi at både rådet som Patryk får fra legen og hans egen *diagnose* anerkjenner livsstil som en potensiell årsak til hans plager. Patryk driver sin egen bedrift og fremstår som en opptatt person med mange baller i luften. Han understreker at hans helsetilstand har å gjøre med stressplager. Imidlertid virker det som at begge partene snakker forbi hverandre. Patryks uttalelse tyder på at selv om hans livsstil er årsaken til dårlig helse, forventer han noe mer fra legen enn bare råd om å lete etter årsaker i sin livsstil. Dette ville forskyve ansvaret for helbredelse som Patryk tydeligvis tilskriver legen. Dette er sannsynligvis noe Patryk ikke ønsker. Hans forventning kan ha å gjøre med medisinsk behandling som kan hjelpe ham bli kvitt plagene. Misforståelse mellom Patryk og hans fastlege kan bli et resultat av ulike oppfatninger av hverandres rolle. Dette finner vi videre i samtalen. Mens Patryks oppfatning virker å være paternalistisk, prøver legen å unngå medisinsk behandling og begynner med et enkelt råd om å endre livsstil. En indikator på at ulike syn på forholdet mellom pasient og lege som kan forklare hans holdning, kan være en situasjon som fant sted i Norge der hans barn ble behandlet av en lege av ukrainsk eller russisk opprinnelse. Patryk tilføyer at dette var den eneste gangen hans forventninger ble oppfylt fordi det ble gjennomført alle mulige medisinske tester. Det at legen var opprinnelig fra et øst- europeisk land forsterker inntrykket av at behandlingsmåten var kulturell lik den som er rådende i Polen. Oppsummeringsvis ser det ut at Patryk tilskriver legen den paternalistiske rollen og forventer at hans helse skal restitueres uten å pålegge pasienten et stort ansvar for å gjøre noe med dette selv.

4.1.2 Tilgang til spesialisttjenester - oppfatninger av fastlegens portåpnerfunksjon

I begge systemene har fastlegen den samme funksjonen som kalles for «*portåpner*». Den innebærer at det er fastlegen som vurderer om pasientens helsetilstand krever videre behandling hos spesialisttjenester eller ikke og at pasienten kan ikke, besøke spesialistleger uten henvisning fra fastlegen (Starfield 1994). Fastlegens portåpnerfunksjon kan betraktes på to måter. På den ene siden hevdes det at en fastlege har som oppgave å begrense risiko som behandling hos mer spesialiserte tjenester kan påføre (disse tjenestene bruker i større grad inngrep og medikalisering som verktøy), og være en vokter av systemets økonomiske effektivitet (mer spesialiserte helsetjenester er dyrere). På den andre siden finnes det en bekymring at fastlegens rolle kan påvirke behandlingen gjennom å undervurdere pasienters tilstand (Starfield 1994).

Det virker som at ingen av mine informanter er bevisst på at fastlegen har en slik *vokterfunksjon*. Denne funksjonen som er definert i forskrifter og retningslinjer, synes ikke å være en del av informantenes bevissthet. Imidlertid innser de fleste av mine informanter at adgangen til spesialisttjenester er vanskeligere enn i Polen. På den ene siden kan dette være forårsaket med at det i Polen er noen spesialister tilgjengelig for alle pasienter uten henvisning fra fastlege (Sagan m.fl. 2013). På den andre siden er rollen av den private sektoren i Polen som er ofte en løsning for det offentlige helsesystemets ineffektivitet viktig (Boulhol m.fl. 2012). La oss se nærmere på hva som kjennetegner oppfatninger av fastlegens *portåpnerfunksjon* blant polske informanter.

Patryks negative vurdering av fastlegeinstitusjonen virker etter hans mening å stamme fra for et stort ansvar som fastlegen i Norge har:

«Legen er den som behandler oss, som følger opp svangerskap, legen er ansvarlig for alt. På byggeplassen sier man: hvis du kan alt så betyr det at du ikke kan noenting». Patryk

Sitatet tyder på at Patryks misnøye med fastlegen kan være årsaken til at han ikke forstår fastlegens rolle i systemet. Portåpnerfunksjon per definisjon betyr at fastlegen er ansvarlig for å avgjøre hvem som skal og hvem som ikke skal slippe til i spesialisttjenesten. Dette betyr at funksjonen er ansvarlig for diverse medisinske tilfeller, men samtidig reduseres dens rolle ofte til en vurdering hvilke tilfeller som krever og ikke krever videre behandling. Ut fra samtalen med Patryk er det mulig å utlede at hans forventninger til fastlegens rollen er høyere enn det han opplever. Samtidig ser vi at fastlegens kompetanse kan undergraves som en følge av et for stort ansvarsområdet. Det som er viktig å nevne her er at gravide kvinner ikke oppfølges av

fastleger i Polen. Dette er overlatt til gynekologer og jordmødre (Polish Gynaecological Society 2005). Dermed er Patryks mening forsterket av kunnskap om det som praktiseres i Polen. Anna som hadde tallrike erfaringer med sin fastlege kommenterer fastlegens rolle slik:

«Jeg tror at dersom man ikke er spesialist, men fastlege, og jeg forstår det, da burde det ikke være noe problem å få henvisning. Man burde si: jeg vet ikke hva det er fordi jeg er fastlege, men jeg kan gi deg en henvisning til noen som har anelse om det» Anna

I dette sitatet drar Anna et tydelig skille mellom fastlegen og andre som hun kaller spesialister. I hennes øyne har ikke fastlegen like stor kompetanse som andre leger hun ønsker å få tilgang til. Dette forsterkes trolig av en sykdom som vil ikke gå over. Annas misnøye med fastlegen som jeg har vært inn på tidligere kobles dermed med fastlegens portåpnerfunksjon. Dette kan relateres studie til en studie av Kroneman og kollegaer (2006), som viser at direkte tilgang til helsetjenester er assosiert med høyere fornøyelse med helsetjenester generelt. I systemer hvor fastlegens portnerfunksjon er sterkere, kan pasienter, i tilfelle de ikke er henvist til mer spesialiserte helsetjenester, vurdere fastlegen mer negativt (Kroneman m.fl. 2006).

4.1.3 Ambivalenser rundt medikalisering

Neste praksis som var flittig diskutert av informantene fra Polen var foreskriving av medisiner. Denne praksisen belyser to ulike aspekter. For det første utdyper den diskusjonen om lege-pasientrollen og forventninger som tilknyttes yrket. For det andre viser den hvilke praksiser som har med foreskriving av medisiner å gjøre som møtes med en positiv etterklang blant polske arbeidsinnvandrere. Denne ambivalensen vil jeg fokusere på i den følgende delen.

Det inntrykket man får ut fra mine informanters uttalelser er at det som mange assosierer med god medisinsk hjelp betyr at man ofte får behandling i form av legemidler. Flere av mine informanter virker å klagde på at norske fastleger pleier å gi råd om å bruke Paracet. Dette oppfattet mange som utilstrekkelig. Dorota forteller om dette på en nyansert måte:

«I Polen er legene kjappe til å foreskrive antibiotika, i motsetning til her hvor man får Paracet for alt. Derimot ville vi gjerne få en konkret medisin som kan hjelpe barnet vårt» Dorota

I uttalelsen til Dorota kan vi spore et skille som hun drar mellom polske og norske medisiner og praksiser tilknyttet dette. Det er en ambivalens i det hun sier og et ideal ville være den gyldne mellomvei. Antibiotika som man ofte får i Polen er det ene ytterpunktet og Dorota oppfatter det som skadelig mens Paracet som man ofte får i Norge er det andre og jevnes med lav effektivitet.

Det er en *konkret* medisin Dorota ønsker. Paracet er ikke det, men det virker som at slike medikamenter er tilgjengelige på det polske medisinmarkedet. Derfor uttrykker Dorota et ønske om å få dem. Dette kan imidlertid ikke innfris av hennes norske legen. Det virker også som at kritikken av foreskriving av Paracet kan stamme fra det faktum at det er en allmenn medisin som er både reseptfri og tilgjengelig overalt. Dette fører til at Dorota oppfatter den som ikke seriøs eller lite *konkret* siden den er ikke rettet mot en spesifikk sykdom. Mange av uttalelsene til informantene preges av en slik ambivalens. Det at norske leger ikke foreskriver antibiotika i like stor grad som polske leger gjør møtes med en positiv reaksjon. På den andre siden er det en forventning om at man får en annen medisin (men ikke Paracet). Flere informanter hadde sine refleksjoner rundt dette temaet. Waldek for eksempel uttrykker det slik:

«Det stammer fra polsk mentalitet tror jeg. Folk liker å innbille seg sykdommer av og til og hvis de får ikke en haug med resepter så tror de at de ble dårlig behandlet, undervurdert» Waldek

Etter Waldeks mening kan forventninger om medikalisering være et kjennetegn av en større gruppe og ikke kun et individ. Waldek snakker om *polisk mentalitet*, noe som impliserer at dette kan være et fellestegn for flere. Mangel på medikalisering betyr misnøye, og dette virker å stamme fra polske referanserammer som gjør at man sammenligner praksisene i to ulike helsesystemer. Det som Lian (2007), som analyserte ulike indikatorer angående medikalisering i europeiske land viser er at Polen kan kategoriseres som et land med størst graden av medikalisering, mens Norge tilhører kategorien middels-lav.

Oppsummeringsvis kan man si at denne praksisen preges av en ambivalens. På den ene siden synes forventningene til foreskriving av medisiner å være store. På den andre siden er forsiktighet i foreskriving av antibiotika noe som betraktes positivt, og dette tydeligvis stammer fra at denne praksisen er mer utbredt i Polen.

4.1.4 «Og det er det jeg betaler for?» - om betaling av egenandel

På tross av visse likheter finnes det forskjeller mellom de ulike helsesystemene i ulike land. I motsetning til Norge betaler man ikke egenandel ved bruk av offentlige helsetjenester som for eksempel fastlege eller legevakt i Polen. 98% av alle polske statsborgere betaler obligatorisk helseforsikring (*Social Health Insurance*) som utgjør 9% av ens inntekt og som dekker alle utgifter ved denne type helsehjelp (Sagan m.fl.). I år utgjør egenandelen for en konsultasjon hos allmennlege/ legevakt i Norge 140 kroner. Denne prisen er noen høyere hvis legen man besøker er spesialist i allmennmedisin. I så fall koster egenandel 186 kroner (HELFO 2014). For noen

av mine informanter føltes det pinlig å betale egenandel. Dette henger tett sammen med kvalitetsoppfatning. Imidlertid tok ikke alle informantene opp egenandel som et problematisk aspekt. Dette ble nevnt i historie til Anna som har opplevd mange legetimer hos sin fastlege der hun ikke opplevde forventede resultater. Anna forteller om dette på følgende måte:

«Alt vil gå av seg selv. Og hvis det ikke går av seg selv: kom tilbake om 2 uker [Anna siterer lege] og her [i Norge] må jeg må betale hver gang. Man må betale men ingenting hjelper, ikke sant? Anna

Anna er åpenbart ikke vant til å betale for en offentlig legekonsultasjon spesielt i situasjonen hvor lege tar ikke initiativ til å hjelpe henne. I hennes uttalelser lydes det en dobbel frustrasjon som forårsakes av både mangel på forbedring og plikt til å betale penger for det som er ifølge henne selv ufruktbare legetimer. Det virker at Annas oppfatning for betaling av en offentlig legetime kan sammenlignes med et kjøp der man forventer kvalitet for de pengene man bruker i transaksjonen. Det at Anna betaler for offentlige helsetjenester kan henge sammen med det som Kaczmarek og kollegaer (2013) hevder er et typisk særpreg av de post-kommunistiske landene. Arven etter kommunismens egalitær helsesystemet gjør det vanskelig for samfunnets medlemmer å tenke om helsesystemer som økonomiske systemer. Dette gjør at folk kan ta for gitt at gratis helsetjener er statens ansvar og noe som statsborgere burde ha. Dette er også i samsvar med en populær holdning blant polske statsborgere til en av løsningene som ble forslått for å helbrede situasjonen i det polske helsevesenet. En rapport fra polske CBOS (Public Opinion Research Centre) (N=38 866) viser at det er en rådende motstand blant polakker når det gjelder innføring av en form for et finansielt bidrag for medisinsk behandling som ville være dekket av pasienter. Nesten 62% av undersøkelsens deltakere stilte seg uvillig til dette. 23,5% betraktet betaling som en god løsning, men understrakk at de ville ikke ha råd til det. Det var kun 14,6% som mente at dette er en god ide forutsatt at det ville være ensbetydende med tjenestens høyere kvalitet. (CBOS 2008)

Oppfatning av kvaliteten under en legetime kan være et faktor som påvirker de polske arbeidsinnvandreres negative innstilling mot betaling av egenandel. Spor av denne tanken finner vi i samtalen med Marta og Szymon. De gir et uttrykk for betaling av egenandel i forbindelse med hvordan de opplever fastlegens oppførsel under legetimen:

«Det finnes ikke den kontakten mellom lege og pasient- bare hun [legen], hennes datamaskin og oppslagsverk, den store boka med alle sykdommer. Hun legger inn

symptomer og får resultater på skjermen. Og så printer hun det ut- vær så god! Og det er det jeg betaler for!?» Marta

Som sitatet ovenfor belyser forventer Marta i likhet med Anna noe mer enn det hun får under en legetime når denne må betales for. I historien til Marta vises det at legen mangler kontakt med pasienten og er opptatt av de tekniske aspekter framfor kommunikasjon med pasienten. Det virker som at for Marta betyr kontakten med lege først og fremst interaksjon ansikt til ansikt. Begge historiene viser at betaling for offentlige helsetjenester ikke er noe som møttes med positiv etterklang. På tross av at Marta ikke er fornøyd med betaling for legetimen oppsummerer hun betaling av egenandel på følgende måte:

«(...) det er bra at man har egenandel, man betaler litt, men ikke alt. I Polen enten betaler man ingenting og får ingenting eller må man betale så mye at ikke alle har råd til det, ikke sant?» Marta

Som sitatet ovenfor viser preges Martas vurdering av betaling av egenandel av en ambivalens. På den ene siden er hun negativt innstilt til denne praksisen, men på den andre siden nyanseres hennes mening gjennom inklusjon av polske referanserammer som viser at penger kan spille en viktig rolle tilknyttet behandlingskvalitet. Til viktighet av penger kommer jeg tilbake senere i kapitlet.

Et interessevekkende aspekt er at det virker som at betaling for helsetjenestene slik som det foregår i Norge (det vil si med kort eller kontant) ligner på et virkelig kjøp og kanskje derfor møtes med motvilje, særlig hvis man får ikke det man tror prisen gjelder. I tilfelle med betaling av helseforsikring forblir selve transaksjonen mer skjult. Egenandel var ikke et tema under alle intervjuene men den ble drøftet av Waldek som snakker om det på en litt mer reflektert måte:

«Det er jo bare en del av den totale kostnaden men det er sammenlignbart med en privat legetime i Polen (...). Sett fra det perspektivet er det mange polakker som klager» Waldek

Waldek poengterer et viktig aspekt ved egenandel. Norsk pris for en offentlig legetime er lik pris for en privat legetime i Polen. Ved å bruke den polske prisen som referanseramme er det ikke overraskende at noen finner det ugunstig og unaturlig å betale for fastlege i Norge. Dette viser også hvordan polske referanserammer generelt kan påvirke polakkers oppfatninger av det norske helsevesenet. En annen komponent av denne diskusjonen er Waldeks egen holdning til betaling av egenandel. Det virker som at han i større grad skjønner bedre hvordan hele systemet

er organisert. Det kan vi utlede når han snakker om egenandel som kun en del av den totale kostnaden. Opprinnelig var betaling av egenandel også en overraskelse for ham spesielt under situasjonen på legevakten der han måtte betale for konsultasjon hos lege og deretter for røntgenbildet. Imidlertid ser han det i et bredere perspektiv som igjen stammer fra hans kunnskap

4.1.5 Lege-pasient-relasjon i et tidsperspektiv

Erfaringer med norske fastleger preger mine informanters meninger og strategier i videre kontakter. I det følgende vil jeg konsentrere meg om disse. Mange av informantene har innrømmet at deres holdninger under legetimene hos fastlege har endret seg. Som vi har sett, hadde Anna en del erfaringer med fastlege som hun vurderte negativt. Dette gjorde at hun har revurdert sin opptreden under konsultasjoner med fastlegen. Hun forteller om dette slik:

«Jeg tror at nå er jeg mer sånn (...) når jeg går til legen så går jeg med et konkret spørsmål eller sier jeg direkte at jeg vil få sykemelding eller henvisning for dersom jeg sier ikke det så vil han ikke gi meg det selv (...) og hvis han prøver å overbevise meg at det ikke er noe alvorlig, da må jeg være sta og holde på mitt. Men det er ikke en god følelse» Anna

Annas eksempel viser en endring i hennes holdning under møte med legen som bærer preg av en mer aktiv holdning. Hennes ordvalg tyder på at hun velger å tilnærme legekonsultasjon på andre premisser enn tidligere. Dette betyr at hun til en viss grad har *knekket koden*, det vil si lært seg premissene for denne relasjonen. For å få det hun ønsker må hun uttrykke det på en tydelig måte. Annas oppførsel ligner på en kunde som kommer til legen med en klar forestilling om hva hun vil. Det er imidlertid noe som gjør det vanskelig å nevne presis hvilken type lege-pasientrelasjon dette er. Ut fra det som sitatet impliserer ligner Annas holdning på en tøff forhandler som ikke vil gi opp og akseptere den høye prisen. Anna sier at hun må være ubøyelig, men det er også noe som hun ikke assosierer med en lege-pasientrelasjon siden dette vekker ubehagelige følelser. Dette kan blant annet forklares med at det oppstår en konflikt mellom pasienters ønsker på den ene siden og legens vurdering sammenkoblet med *portåpnerfunksjon* på den andre. Noen kilder fremstiller lege-pasientrelasjonen som lite harmonisk, men preget av forhandlinger og strid Freidson (1961 gjengitt etter Kringlen 1986). Flere informanter som viser en lignende holdning: mer aktiv deltagelse på den ene siden og konflikt på den andre. Katarzyna fremhever det følgende når hun snakker om hvordan hun takler timene hos fastlegen:

«Jeg er snill av regel og jeg liker ikke å tvinge noen, men av og til så må man være

streng hvis man trenger noe. Hvis du er bekymret over noe (...) Jeg liker litt den norske minimalismen, men på den andre siden det er plagsomt for jeg må kjempe for alt» Katarzyna

Sitatet ovenfor viser at relasjonen mellom en polsk pasient og norsk fastlege kan være sammensatt. Katarzynas oppførsel under legetimene virker å være konfliktfylt, men også ambivalent. På den ene siden hevder hun at den norske måten som hun kaller for *norsk minimalisme* er noe som hun aksepterer. På den andre siden betrakter hun kontakter med fastlege som en slags konflikt. Begge eksemplene kan relateres til elementer av den forhandlende modellen selv om de avviker fra idealet. De viser også at polske pasienter, på basis av erfaring kan innta mer aktive holdninger, men disse trenger ikke å være preget av harmoni. Helse, som er viktigst for de fleste, er noe alle kan være bekymret over. Her kan det være forsterket av faktum at konsultasjoner skjer på premisser som er annerledes enn det man er vant til. I begge tilfellene oppfattes legen som ikke svarende på pasientens behov, noe som stammer fra en overbevisning om at de trenger videre behandling. Et interessant eksempel får vi i intervjuet med Marta som også har endret sin holdning under legetimene hos fastlegen:

«Jeg har lært å ikke antyde noe. Jeg vet hva det kan være, hypotetisk sett, men jeg har lært å ikke si noe. For ofte så gjorde jeg det. Jeg sa at det er mest sannsynlig det jeg har. Jeg bare sier hva er det jeg kommer med også må hun bruke sin kunnskap for å finne ut hva det er» Marta

Sitatet viser flere aspekter ved lege-pasientrelasjonen som er interessant. For det første tyder det på at holdningen til Marta og Szymon har gjennomgått en endring fra den aktive til den passive, noe som skiller dem fra de forrige eksemplene. Det som sitatet illustrerer er at pasientens aktive deltagelse ikke er noe som møtes med positive reaksjoner, og at dette kan stamme fra oppfatninger av legerollen som den dominerende og aktive under konsultasjoner. I eksemplet fremstilles legen som lat som følge av pasientens aktive rolle. Marta oppfatter det ikke som deres oppgave å komme til legekantoret med en forhåndklar diagnose. Å utrede hva som plager pasienten er en oppgave som ligger i legens ansvarsområde. Dermed kan vi si at deres holdning ligner mest på den paternalistiske.

Waldek oppfatter relasjonen mellom fastleger og pasienter i Norge slik:

«Her [i Norge] får man et inntrykk av at legen i for stor grad stoler på det pasient sier. Hvis pasienten hevder at han er frisk vil legen mest sannsynlig være enig i det» Waldek

Som sitatet ovenfor tyder på viser Waldek en forståelse av at en pasient i Norge er den aktive

parten, men i hans uttalelse lydes det en negativ vurdering av dette. Samtidig viser sitatet at han er bevisst på hvor viktig pasientens aktive rolle er. Pasientens holdning kan dermed være avgjørende for videre behandling og resultater.

Relasjonen mellom en norsk fastlege og en polsk pasient kan også være harmonisk. Ewa er den informanten av alle som vurderer norske helsetjenester mest positiv. Hun forteller om sin holdning til måten en håndterer pasienter i Norge:

«Den filosofien her overbeviser meg veldig. Her krever man på en måte mer fra pasienten i den forstand at du må kjenne sin egen kropp. Hvem kjenner den bedre enn deg? I Polen er det slik: får jeg vondt, tar jeg smertestillende» Ewa

Ewa foretrekker den norske måten. Her ser vi at de polske referanserammene har en annen virkning. De gir en negativ sammenligning som gjør at man velger det som etter ens mening er mer gunstig. Samtidig, som sitatet impliserer, er det noe nytt for hennes del. Ewas uttalelse tyder på at den polske måten preges av enkle løsninger som ikke involverer pasienter i like stor grad som i Norge. Dette tyder på at Ewa har en forståelse av hvilke premisser som bygges på relasjonen mellom pasienter og leger i Norge. Hennes tilnærming ligner på den informative modellen som betrakter pasienten som kompetent (Lian 2008).

Som vi ser oppfattes lege-pasientrelasjon i Norge på ulike måter, og dette kan påvirke måter man tilnærmer seg kontakten med leger. Noen av informantene velger å ikke dra til legen når sykdommen inntreffer. En av de er Szymon som forteller om dette og som legger til polske referanserammer:

«I Polen ville jeg sikkert ha gått til legen om jeg hadde feber eller hoste. Men her vet jeg at hvis det er forkjølelse da er det ikke noe vits å gå dit, betale og få Paracet» Szymon

Vi ser at Szymons strategi er å vurdere selv verken sykdommen er alvorlig nok til at den kreves konsultasjon med lege eller ikke. Samtidig er det interessant å observere hvordan hans oppførsel avviker fra det han ville ha gjort hvis han hadde vært i Polen. Tidligere erfaringer gjør at han vurderer sine sjanser for å få det han ønsker og handle ut i fra denne vurderingen. Det er noen flere informanter som igangsetter lignende strategi.

4.1.6 Svangerskapsoppfølging

I mitt utvalg har 8 personer opplevd svangerskap i Norge. Svangerskapet er et særskilt eksempel siden det i sin helhet omhandler både primær- og spesialisttjenesten. Oppfølging tilhører den

første, mens fødsel den andre instansen. Etter fødselen er man overlatt til primærtjenesten. Det er viktig å diskutere svangerskapet i sin helhet siden dette kan avdekke mer detaljer som er verdt å drøfte. I det følgende vil jeg fokusere på oppfølgingen.

Det finnes betydelige forskjeller i oppfølging av svangerskapet mellom Polen og Norge. Dette møtte negative reaksjoner blant de fleste som fødte barn i Norge. Marta for eksempel, gjenforteller hva hun følte når hun ble gravid:

«Jeg var overrasket når jeg gikk til legen i uken 7 og sa at jeg er gravid. Han sa: kom tilbake når du blir i uke 12. De betrakter det ikke som et svangerskap i hvert fall. Senere tar de bare blod- og urinprøve og hvis alt er ok da gjør de ikke noe spesielt» Marta

Vi ser at de ulike praksisene i oppfølging av gravide i Polen og Norge kan virke forvirrende. Martas opplevelser er noe som alle informantene som opplevde graviditet i Norge understreker. Marta gikk til legen da hun ble gravid fordi det er det hun ville ha gjort i Polen, men hun fikk beskjed om å komme tilbake noen uker senere. Det som er interessevekkende er vekten Marta legger på medisinske undersøkelser som gjennomføres i Norge i løpet av svangerskapet. Det virker at som blod- og urinprøver som tas i Norge er ikke særlig tilfredsstillende undersøkelser siden Marta uttrykker at de ikke gjør er *noe spesielt*. For å presisere kan vi undersøke forskjeller mellom svangerskapsoppfølging i Norge og Polen. Både de polske og norske retningslinjer anbefaler lik antall konsultasjoner under svangerskapet (Sosial og helsedirektoratet 2005, Ministry of Health 2012). Det som utgjør en forskjell er antall tester og prøver som tas. Dette kommer blant annet til syne i antall ultralydundersøkelser (det anbefales én i Norge i uke 18 og tre i Polen i uke 11-14, 21-26, 27-32). Det samme gjelder for eksempel vanlige blodprøver og cytologi (avskrapning fra livmorhalsen for å fastsette eventuelle livmorsplager). De førstnevnte tas i Norge kun ved den første kontrollen mens i Polen gjør man det på fem av sju kontroller. Den andre prøven som tas ved første kontroll i Polen tas ikke i Norge (Sosial og helsedirektoratet 2005, Ministry of Health 2012). I tillegg er det viktig å fremheve at undersøkelser i Polen utføres av en gynekolog det vil si av en lege med spisskompetanser innenfor et medisinsk område (Polish Gynaecological Society 2005). Alle informanter som har opplevd svangerskap i Norge framhever at de var misfornøyd med oppfølgingen. Dette lar seg eksempelvis forklare ved den paternalistiske modellen. Disse situasjonene har et fellestrekk, det vil si at de uttrykker et ønske om en medisinsk intervensjon. På den ene siden er det forståelig siden svangerskapet kan være en tid preget av flere bekymringer om barnets velvære. Medisinske undersøkelser kan innfri slike bekymringer særlig hvis man anvender teknologiske

verktøy som for eksempel ultralyd. På den andre siden baseres praksisene i Norge på et vitenskapelig grunnlag (Sosial og helsedirektoratet 2005). Flere informanter hadde meninger om dette temaet. For eksempel Karolina som har ikke barn ennå, men planlegger:

«Hadde jeg vært gravid ville jeg sikkert reist til Polen for å gjennomgå undersøkelser. Jeg vet hvordan ting fungerer og jeg liker ikke det (...) jeg vet at helsepleiere ofte er godt utdannet, men likevel ville jeg ønske at ultralydundersøkelsen var oftere, ikke bare en gang» Karolina

For Karolina er det medisinske aspektet viktigst. På tross av at hun anerkjenner at jordmødre er fagpersoner med riktig kompetanse er ikke dette nok til å tilfredsstille henne. Det er også en sammenligning med Polen som gjør at Karolina uttrykker skepsis til måten man følger opp gravide kvinner i Norge. Igjen ser vi at det som er viktigst og som assosieres med og behandling er en teknisk, medisinsk vurdering.

4.2 Spesialisttjenesten

Som neste steg i analysen vil jeg se nærmere på erfaringer med spesialisttjenesten. Spesialisttjenesten i Norge er for det meste tilgjengelig etter vurdering av fastlege. I denne studien omhandler spesialisttjenesten innleggelse på sykehus inkludert fødsel og konsultasjoner hos spesialister.

4.2.1 Spesialister og sykehus

Under betegnelse *spesialisttjenesten* mener jeg konsultasjoner hos spesialister og innleggelse på sykehuset inkludert fødsel. I motsetning til primærhelsetjenesten vurderes spesialisttjenesten annerledes og mer positivt. Det virker at de fleste informanter assosieres medisinsk intervensjon i form av ulike tester, prøver og medikalisering med god behandling. Et av hovedaspektene som analysen av denne tjenesten viser er oppfylte forventninger av det som for mange er en god medisinsk hjelp. Anna mener dette om spesialisttjenesten:

«Jeg har et inntrykk av at hvis man går lengre enn fastlege så er behandling helt annerledes (...) Min erfaring er at man ikke er avvist. Kanskje fastlegene enten er trøtt eller demotivert eller rett og slett ikke bryr seg (...) en spesialist som er en fagperson i et viss område har tid til deg» Anna

Annas uttalelsen gir et uttrykk for at primær- og spesialisttjenestene er kvalitativt annerledes. Sitatet tyder på at spesialisttjenestene fullfører de polske pasientenes ønsker, det vil si at deres forventninger er imøtekommet. Dette gjør at man kan vurdere spesialisttjenesten bedre. Anna

snakker om at konsultasjon hos spesialist gjør at hun ikke føler seg avvist. Dette henger trolig sammen med det faktum at spesialisttjenestene har større muligheter til å gi pasienten en medisinsk behandling. Dette i sin tur henger sammen med fastlegens *portåpnerfunksjon* som har som oppgave å vurdere hvilke tilfeller som krever videre behandling hos spesialisttjenestene. Det som er vanskelig eller umulig å utrede på et vanlig helsesenter overlates til mer spesialiserte instanser som disponerer både med større spisskompetanse, men også apparater som muliggjør mer treffsikker diagnose. Waldek som opplevde innleggelse på sykehuset i forbindelse med en alvorlig sykdom understreker andre aspekter som er verdt å se nærmere på:

«Da jeg ble lagt inn på sykehuset, da var alt annerledes. Ingen som spør deg om penger eller bankkort. Jeg har aldri blitt undersøkt så grundig som den gangen (...). I Polen må man av og til vente på slike undersøkelser et par måneder. Jeg fikk det gjort på 2-3 timer. Det gjorde veldig positivt inntrykk på meg» Waldek

Skillet mellom primærhelsetjenesten og spesialisttjenestene er veldig tydelig i uttalelsen til Waldek. Det som han legger vekt på er omfanget av de rene medisinske undersøkelsen samt hvor raskt ble de gjennomført. Eksemplet viser forskjell i opplevelsen og vurderingen av de enkelte tjenestene. Så fort man er klassifisert som et alvorlig tilfelle får man adgang til helsetjenestene som preges av høy kvalitet. Waldek legger vekt på et annet aspekt, det vil si sammenligning med det som kunne ha skjedd hvis han ble syk i Polen. Kunnskap om det som praktiseres i det polske helsesystemet lar Waldek evaluere begge systemene.

Lignende meninger til de som jeg beskrevet ovenfra finner vi i uttalelser angående selve fødsel. Det er en tydelig kontrast i måter man vurderer fødsel og tidligere oppfølging av jordmor eller fastlege. Opplevelser og vurderinger fra fødselen er vurdert positivt av alle informantene og påvirker meninger om det norske helsesystemet. Dette kommer jeg tilbake til i kapitlet 4.4 hvor jeg diskuterer verdier i helsetjenester.

4.3 Legestatus og kompetanser i tvil

Ideelt sett er lege et yrke med høy status som baseres på profesjonalitet, kunnskap og kompetanser som tilegnes gjennom lang opplæring og erfaring (Parsons 1951). Denne prestisjen som legeyrket har, forsterkes av at leger redder menneskers helse som for de fleste er den høyeste verdien og en forutsetning for et godt liv. Tidligere i kapitlet viste jeg at forskjeller i ulike aspekter av lege-pasientrelasjonen mellom Norge og Polen kan påvirke polakkers

oppfatninger av norske fastleger. For å utdype andre kjennetegn ved kontakter mellom polske pasienter og norske leger vil jeg fokusere på oppfatningene av norske legers kompetanse, noe som de fleste av mine informanter nevnte under intervjuene. I denne delen begrenser jeg meg ikke til kun fastlegetjenesten siden dette aspektet ble drøftet i forbindelse med ulike tjenestene.

En studie gjennomført av Småland-Goth og Berg (2011) viser at de polske informantene kan oppfatte norske leger som ikke-kompetente, blant annet på grunn av deres bruk av Felleskatalogen til å sjekke informasjon under legetimene. Dette ble gjenstand for diskusjon under intervjuene. Informantene forteller om historier hvor leger leter etter kunnskap i den nevnte Felleskatalogen, men i noen tilfeller også på internett. Meninger om disse praksisene varierer. Henryk forteller om sin første kontakt med lege i Norge som fant sted på legevakten. Det at legen måtte støtte seg med bøker vekket følgende reaksjon i Henryk: *«Jeg var sjokkert at legen kikker i boka (...) Han rett og slett let etter medisinen som jeg skulle få»* Henryk presiserer videre at siden dette var på legevakten der leger møter ulike medisinske tilfeller var dette delvis legitimt. Hans tydelige reaksjon viser imidlertid at denne situasjonen var overraskende og at han ikke var vant til slik oppførsel fra en lege sin side, noe som kan tyde på at han assosierer legeyrket med kunnskap. Waldeks kone hadde en lignende erfaring. Etter at hun gjennomgikk komplekse undersøkelser på sykehuset skulle disse tolkes av en lege og en student. Det som vekket Waldek og hans kones overraskelse var at de søkte opp kunnskap på internett:

«Det var ikke noe problem for dem å lete etter disse parametere i internett. (...) man er delvis sjokkert for man mister sikkerhet at man er i gode hender» Waldek.

Dette sitatet er et annet eksempel på hvordan legeyrke kan oppfattes forskjellig i Norge og Polen. Det som Waldek sier tyder på at relasjonen mellom leger og pasienter i Norge kan preges av større symmetri, og at det ikke er problematisk for lege å forsikre seg om at hans antagelser angående pasientens tilstand er riktige. Det som vi imidlertid ser er at dette kan påvirke hvordan pasienter oppfatter leger. Det at informanten sier at det ikke var problematisk for legene å lete etter kunnskapen i nærværet av pasienten impliserer at dette kunne ha vært problematisk i Polen. Videre i samtalen reflekterer Waldek over legestatus i Polen:

«(...) [i Polen] prøver legen å framstå som klokke. Selv om han ikke vet noe så foran pasienten later han som han vet alt. Her [i Norge] kan pasienten føle seg utrygg av og til, dersom legen vet ikke noe, men han kan jo ikke vite alt» Waldek

Sitatet gir oss en potensiell forklaring på dissonansen som mange av mine informanter opplever i kontakt med norske leger. Waldeks fortelling viser at i Polen har lege en høy status som kan være en levning av den paternalistiske modellen. Sitatet viser også at leger kan selv bidra til å forsterke og opprettholde sin status ved å framstå som allvitende. Dette kan i sin tur påvirke lege-pasientrelasjon og bidra til større maktubalanse. Sitatet viser også at legestatus kan henge sammen med kvalitetsoppfatninger blant pasienter. Legeyrkes høye status i Polen kan føre til at pasienten føler seg trygg, mens det mer symmetriske forholdet mellom partene i Norge kan ha en motsatt effekt. Som jeg antydte ovenfra varierer oppfatninger av det diskuterte aspektet blant informantene. Noen bedømmer ikke dette som noe negativt, men alle informantene virker å ha vanskeligheter i å forholde seg til dette, noe som trolig stammer fra det at dette er ukjent for dem.

4.4 Likeverdig behandling for alle - om verdier i helsetjenester

En av de grunnleggende verdiene som ethvert helsevesen baseres på er lik adgang og behandling uansett kjønn, etnisitet, sosial klasse eller seksualitet. De norske og polske helsesystemene utgjør ikke noe unntak. I det norske helsesystemet retter man oppmerksomhet mot innvandringsproblematikken ved å ta i betraktning at også innvandrere burde ha likeverdig tilgang til helsetjenester (St. Meld.6, HOD 2013). Diskusjonen rundt disse verdiene utgjorde et viktig aspekt i samtalene med de polske informantene. Igjen er referanser til Polen og det som praktiseres der en integrert del av diskusjonen. Det som også er viktig er at i diskusjonen rundt verdiene i helsetjenester skiller mellom primær- og spesialisttjenesten blir mer diffus. Samtidig diskuterer de fleste informantene dette i forbindelse med spesialisttjenesten. Patryk for eksempel, på tross av negativ oppfatning av sin fastlege, understreker følgende:

«Når det gjelder leger så spiller det ingen rolle om vi er fra Bulgaria, Russland, Polen, Afrika eller Norge, det har ikke noe betydning» Patryk

Sitatet viser at Patryk framhever at behandling hos norske leger er etter hans mening ikke påvirket av ens opprinnelse eller hudfarge. Det er interessant at han er i stand til å reflektere over dette på en nyansert måte selv om hans uttalelser om fastleger stort sett er negative. Sånn sett kunne han for eksempel tolket *undervurdering* hos fastlege som en diskriminerende handling. Han gjør imidlertid ikke det. Lignende holdning finner vi hos flere informanter som hadde negative erfaringer. Ingen av dem følte seg diskriminert på grunn av sin opprinnelse.

Hvordan idealet om likeverdig behandling realiseres i praksis ser vi mest tydelig i informantenes erfaringer med spesialisttjenester. Innleggelse på sykehus i forbindelse med ulike sykdommer og svangerskap gir oss det skarpeste bildet av dette. Det er også her de polske referanserammene kommer til syne. Sønnen til Dorota og Adam har blitt innlagt på sykehuset på grunn av et alvorlig beinbrudd. Dorota og Adam minner denne tiden og understreker følgende:

«Når det gjelder operasjon og sykehuset så er det fantastisk. Alle leger og sykepleiere var som engler (...) Alle hilser på deg, introduserer seg, spør hvordan det går. «Jeg er her for deg» [Adam siterer norske personellet]. I Polen er det helt motsatt. Pasient kommer og forstyrrer» Dorota og Adam.

Sitatet viser noen viktige aspekter som flere informanter var opptatt av. Dorota og Adam drar en tydelig skille mellom opplevelser fra sykehuset i Norge og det som de kjenner til fra Polen. Vi ser at i sammenligning med Norge vurderes tilsvarende erfaringer fra Polen negativt og dette gjelder både standarder i norske sykehus og personellets holdning mot pasienten. Noen andre informanter som for eksempel Walek kaller dette for *menneskelig behandling* for å understreke at det er pasienten og hans eller hennes velvære som burde stå i sentrum. Det som Waldek legger i *menneskelig behandling* er simpelheten en respektfull tilnærming som tar pasientens tilstand og behov for alvor.

Tidligere i kapittelet diskuterte jeg betaling av egenandel. Det inntrykket man får fra denne diskusjonen er at de polske informantene ikke assosierer de offentlige helsetjenestene med penger. Denne negative vurderingen av betaling av egenandel forsterkes dersom man ikke får den forventede behandlingen. Pengers plass i helsetjenester virker å være viktig. Dette synliggjøres mest når man studerer erfaringer med svangerskap. Szymon og Marta reflekterer over dette:

«[I Norge] Ingen som spiller på dine følelser, vet du ... «jeg ville ha gjort denne undersøkelsen. Den koster så og så mye. Her er visittkortet mitt eller kollega mi. Man sparer ikke på barn» [Szymon siterer legen]. Vi har ikke brukt en eneste krone under hele svangerskapet [i Norge]» Szymon

Sitatet viser at Szymon refererer til viktige forskjeller i hvordan verdiene i helsetjenestene i begge systemene realiseres. Vi ser at han lovpriser måten disse rendyrkes i Norge og kritiserer det som praktiseres i Polen. Kritikken forsterkes trolig ved at det er barnets helse som står på spill. Svangerskap er en tid av forhøyet aktsomhet hvor framtidige foreldre er forberedt til å

gjøre veldig mye for å forsikre seg om at barnet blir født friskt. Etter kommunismens fall har polske leger fått lov til å bruke offentlige fasiliteter til å kunne drive privatpraksis ved å betale en liten avgift til staten. I praksis betyr det at de samme legene kan jobbe i det offentlige på formiddagen og drive sin egen private legepraksis på ettermiddagen (Leven 2005). Det er slike praksiser som Szymon referer til å vurderer som umoralske. Dette er noe som alle informanter som har erfart et svangerskap i Norge fremhever. Den private sektoren i Polen ser ut til å være en viktig komponent av de polske referanserammene. Opplevelser med svangerskapet kan også bidra til bedre vurdering av det norske helsetjenester.

4.5 Språklige utfordringer i kommunikasjon med lege

Kommunikasjon er et fundament av alle former for lege-pasientrelasjoner. Taylor (2008) nevner fire hovedkomponenter ved legekonsultasjon (intervju, undersøkelse, utredning og diagnose), og hevder at effektiv kommunikasjon mellom pasient og lege er en hjørnestein for å lykkes med gode lege-pasientrelasjoner. Kommunikasjon i denne konteksten kan defineres som en interaksjon der både lege og pasient er i stand til å forstå hverandres utsagn. Selv om legen har til disposisjon en rekke medisinske tester eller prøver som kan tas for å fastsette pasientens helsetilstand, er samtalen mellom partene viktig. Eksempler er hvordan pasienten forklarer sine symptomer og hvordan legen formidler anbefalinger. Samtalen mellom partene synes å være spesielt viktig i de formene for lege-pasientrelasjon der pasientenes deltagelse er forventet til å bli mer aktiv, for eksempel når pasienten selv delvis må ta ansvar for behandlingens retning. I tilfeller med fremmedspråk synes interaksjon mellom leger og pasienter å være utsatt for utfordringer som kan ha stor påvirkning på interaksjonens utfall. I Norge er språklige barrierer anerkjent som et viktig hinder for vellykket kontakt mellom innvandrere og helseinstitusjoner (HOD 2013). Polske innvandrere i Norge er ikke noe unntak. Studier av polakkers bruk av helsetjenester i Norge viser at språket er en av de største utfordringene som polske innvandrere opplever ved kontakt med norske helseinstitusjoner (Czapka 2012). Dette er i tråd med det datamaterialet viser. Alle informantene framhever at gode språkkunnskaper er essensielt for å lykkes i å få god relasjon med legen.

Språket som brukes under legekonsultasjon er vanligvis en blanding av hverdagslige og faglige uttrykk (Helman 1985). De sistnevnte kan utgjøre en seriøs utfordring for vellykket kommunikasjon mellom lege og pasient (ibid.). Hvis dette er en utfordring for to parter som kommuniserer med det samme språket er det ikke vanskelig å forestille seg at dette blir en enda større utfordring i situasjoner hvor norsk ikke er morsmålet til en av partene, men et

fremmedspråk han eller hun ikke mestrer i en tilstrekkelig grad. Av mange eksempler som finnes i mitt datamateriale har jeg plukket ut to for å illustrere hvor utfordrende dette kan være. I det lengre sitatet nedenfor forteller Karolina om en situasjon hvor hun opplevde språklige utfordringer:

«For eksempel jeg hadde hatt problemer med brokk og gikk til lege (...), men jeg kjente ikke selve ordet «brokk» på det tidspunktet og jeg fant det ikke i ordboka heller. Så jeg prøvde å forklare det annerledes. Jeg sa at det er tarmen som går på utsiden, men han [legen] bare så på meg. Hadde jeg vært på hans plass ville jeg skjønne hva er det som sies. Av og til så har jeg en følelse at de vil ikke skjønne»
Karolina

Eksemplet fra samtalen med Karolina viser to viktige aspekter ved kommunikasjon med leger. For det første gjør utilstrekkelige språkkompetanser og dårlig tilgang til språklige hjelpemidler det vanskelig å bruke presise medisinske begreper, noe det i situasjoner som denne ville gjort konsultasjonen lettere. For det andre viser sitatet at det å forsøke å beskrive sykdommen med andre ord også er vanskelig siden det kan føre til at pasienten føler seg undervurdert og ignorert. Dermed kan slike misforståelser forsterke troen på at legen er uvillig til å behandle sin pasient på en seriøs måte. Det medisinske begrepsapparat er et språklig område der man ikke befinner seg til daglig. Ord som for eksempel det nevnte «*brokk*» vil mest sannsynlig være kjent for de fleste som snakker sitt morsmål, men kan være vanskelig å forstå for de som snakker et fremmedspråk og derfor disponerer med et begrenset ordforråd. Bruk av det medisinske språket på morsmål er imidlertid ikke noe man burde ta for gitt. Dette dukket opp i samtalen med Waldek som poengterte at en presis forklaring av symptomer kan utgjøre en utfordring, til og med på ens eget språk:

«(...) av og til er det vanskelig for meg til og med på polsk [å beskrive helsetilstand]. At det gjør vondt for eksempel. Men hva slags vondt er det? At det stikker eller at jeg holder på å besvime? Jeg kan si at jeg har vondt men jeg er ikke i stand til å si noe ut over det på engelsk, presisere» Waldek

Waldek som ikke snakker godt norsk pleier å bruke engelsk under konsultasjonene med legen, og innrømmer å ikke ha opplevd noe problemer. Hans eksempel gir oss en pekepinn på at en nøyaktig beskrivelse av pasientens helsetilstand kan være et hinder i kommunikasjon mellom pasient og lege uansett hvilket språk man bruker. Eksemplet viser også hvor viktige slike beskrivelser er for å gi mest mulig detaljer om ens symptomer. Disse kan være avgjørende for diagnose og videre behandling.

En mulig løsning for å overkomme manglende språkkunnskaper på en effektiv måte er å bruke tolketjenesten. Profesjonell tolketjeneste er noe alle innvandrere i Norge som opplever språklige utfordringer har rett til. Tjenesten er finansiert av enkelte helseinstitusjoner (Helsedirektoratet 2011). Ifølge rapporten fra Helse- og omsorgsdepartementet(2013) står bruk av tolketjenesten i Norge foran en rekke utfordringer. Dette gjelder først og fremst at tolketjenester brukes for lite, at kvaliteten ikke er god nok, men også at tolkens nærvær på legekantoret ikke alltid ønskes av pasienter. Alle informantene har kunnskap om at tolketjenesten finnes, men det er kun to av dem som innrømmer å ha brukt den. Blant begrunnelsene som nevnes oftest om hvorfor en ikke bruker tolk er at man stoler på sine egne språklige ferdigheter. Patryk og Anna har begge erfaring med tolker. Mens Patryk hadde benyttet seg av tolketjenesten kun i enkelte tilfeller, sørger Anna for at tolken er til stede hver gang hun går til legen. Hennes historie tyder på at bruk av tolk ikke er noe som burde tas som en selvfølge. Det tok litt tid før hun ble vant til nærværet av en tredje person på legekantoret. Det er imidlertid behov for å forsikre seg kommunikasjonskvalitet som gjør at Anna foretrekker å bruke tolk framfor å stole på sine egne språkkunnskaper.

«Jeg bruker tolk ikke fordi at jeg kan ikke kommunisere, men på grunn av jeg ikke bestandig forstår hva legen sier. Og da går jeg ut av legekantoret og er ikke helt sikkert om jeg skulle ta medisiner eller ikke (...) jeg skjønner ikke alle ord (...) Jeg gjør det for meg selv, fordi jeg vil vite alt i stedet for å være underinformert, lette etter informasjon på nettet, være nervøs eller urolig». Anna

Gjennom bruk av profesjonell tolketjeneste minsker Anna risikoen for språklige misforståelser mellom henne og legen. Dette har en viktig funksjon for hennes mentale velvære som igjen er knyttet til en usikkerhet om hun følger legens anbefalinger på en riktig måte. Annas eksempel viser hva som kan skje med pasienter som forlater legekantoret i tvil om hun eller han forsto innholdet av samtalen under konsultasjonen. Anna nevner blant annet følelser av nervøsitet og urolighet som ledsages med dette.

Språk kan også påvirke om man velger å bruke norske helsetjenester eller ikke, og i hvilken grad man bruker dem. Det er noen informanter som har vært tydelig på at språkkunnskapene de har utviklet bidro til en opphevelse av den språklige barrieren de hadde, og dette har innflytelse på at de bruker norske helsetjenester i større grad enn tidligere. Dette finner vi blant i samtalen med Dorota og Adam som innrømmer at de bruker norske helsetjenester i større grad på grunn av de kan gjøre seg forstått under legetimen.

4.6 Tillit

Tillit som er et fundament i menneskelige relasjoner er også av største betydning i den medisinske konteksten. Helse er ett av de mest verdifulle godene mennesker har. Dermed er tillit i helseinstitusjoner som har som oppgave å gjenopprette den så viktig (Lewandowski 2011). I dette kapitlet vil jeg se nærmere på mine informanters ulike aspekter av tillit i forbindelse med deres bruk av helsetjenester i Norge. Czapka (2012) har blant andre faktorer som kan påvirke polakkers bruk av det norske helsesystemet identifisert tillit som en avgjørende årsak. Mye tyder på at tillit er et underliggende element av mange av de aspektene som jeg har allerede diskutert. Tillit dukket opp tallrike ganger i samtalene med mine informanter og ble nevnt både eksplisitt og implisitt. På en generell basis kan vi si at alle informantene viste opprinnelig tillit til det norske helsesystemet på grunn av de bestemte å benytte seg av dets tjenester. Sann sett må vi heller analysere tillit som er resultat av tidligere erfaringer. Analysen av ulike eksempler gir et pekepinn på at tillit kan være en veldig individuell sak og avhenge i stor grad av resultater av tidligere behandling. Dette er i samsvar med det som ulike studier viser (Lian 2008). Det er erfaringer som bestemmer i hvilken grad man stoler på både leger og systemet de er representanter for. Diskusjon rundt tilliten vil jeg begynne ved å presentere et eksempel fra samtalen med Ewa hvor hun forteller om sin første møte med fastlege som gjaldt hennes barn. Ewa skjuler ikke at hun ble overrasket over ulike anbefalinger som hun fikk fra legen om hun skulle vente til plagen til barnet skal gå over av seg selv, men oppsummerer sin holdning følgende: «*Jeg tenkte da: spill etter deres regler*». Det korte eksemplet viser at Ewa legger tillit i sin leges avgjørelse. Det er et par aspekter som dette sitatet belyser. For det første ved å si «*deres regler*» viser Ewa at dette er noe annerledes enn det hun er vant til fra før. Sagt annerledes var hennes forventninger trolig forskjellige fra det hun opplevde under legetimen. På tross av dette bestemmer hun å tiltro at helse til barnet hennes vil forbedres. For det andre kan vi tro at situasjonen var ikke lett emosjonell for en forelder som vil at barnet blir frisk og som ikke får den forventede hjelpen. Sin tiltro i legens anbefalinger utdyper Ewa ved å understreke at generelt sett har hun «*tillit til autoriteter*». Dette viser et annet viktig poeng det vil si oppfatning av lege som et autoritet som per definisjon har tillit tilskrevet i sin yrke. Ewas historie viser i tillegg to andre aspekter ved tillit til leger: hvordan hennes tidligere erfaringer med polsk fastlege påvirker kontakter med norsk fastlege og innflytelse av den beskrevet situasjonen for hennes videre kontakter med helsevesenet i Norge. Ewa bekrefter at hennes polske fastlege hadde en lignende tilnærming til hennes norske fastlege. Dette kunne potensiell sett minske hennes overraskelse over anbefalingene, men også ruste henne i større tillit. Historien til Ewa er også et eksempel på hvordan tidligere positive erfaringer kan gi en næring

til videre kontakter med det norske helsevesenet. Ewa poengterer at den alle første erfaringen bygget opp tillit til den norske behandlingsmåten generelt.

På den andre siden har vi for eksempel erfaringer til Anna som jeg har beskrevet tidligere, blant annet i forbindelse med lege-pasientrelasjon. Negative opplevelser hun har vært bort i påvirker hennes tillit til alle norske leger noe som Anna utrykte under intervjuet: «*Jeg har rett og slett ikke tillit til leger*». Videre i samtalen utdyper hun sin mening:

«Jeg vil sikkert føle tillit til legen og jeg vil være sikkert at når jeg går til legen at jeg vil ikke gå ut av kontoret hans med følelse av avsky. At jeg går ut av kontoret hans med ingenting» Anna

Her ser vi først og fremst at for Anna er tillit til leger viktig. For det andre ser vi at tillit kan avhenge av oppfylte forventninger. Annas tallrike erfaringer med helsetjenester i Norge som gjelder for det første fastlege påvirker negativt graden av tillit hun legger i norske helseinstitusjoner. Faktoren, som i Annas tilfelle gir forklaring på hvorfor tillit svekkes er at hun er misfornøyd med behandling, noe som stemmer ikke over med hennes forestilling om dens kvalitet. I tilfelle med Anna burde det også understrekkes langvarige plagene som hun ikke kunne bli kvitt med selv om hun aktivt søkte medisinsk hjelp i Norge.

Tillit, som det ble nevnt kan relateres til mange av de situasjonene som jeg har diskutert tidligere i kapitlet. På grunn av forventning om en medisinsk behandling som ofte betyr tester, prøver eller medikalisering virker å være høyt blant informantene, kan situasjonene hvor disse ønskene ikke er innfridd føret til erosjon av tillit. Forventninger som ikke innfris kan skape mistillit og påvirke videre kontakter med helsepersonellet. Dette stemmer godt overens med funn i studien til Thom og kolleger (2002) som viste en sammenheng mellom pasientens forventninger og graden i hvilken disse tilfredsstilles. I utdraget fra samtalen med Katarzyna som mistenker at barnet hennes kan være syk ser vi et godt eksempel på hvordan pasientens ønsker som ikke realiseres kan resultere i undergraving av tillit. Katarzyna forsøker å overbevise sin jordmor til å gi henvisning til barnets videre undersøkelser:

«Alle leger sier med en gang: det er ikke det. Kanskje det er ikke det, men jeg vil være sikkert. Jeg vil ha undersøkelse fordi det betyr ingenting for meg når jordmor sier at det er ikke det» Katarzyna

Dette sitatet eksemplifiserer at tillit er bundet med oppfylte ønsker. Vi ser at jordmor og hennes utredningsmetoder oppfattes som ikke tillitsvekkende. Det som Katarzyna ønsker er mer

grundig undersøkelse, mest sannsynlig ved bruk av medisinske tester eller teknologi. Hun er overbevisst at noe kan plage barnet hennes og har ikke tillit til denne tjenesten. Sånn sett uttrykker Katarzyna implisitt ulik oppfatning av primær- og spesialisttjenester og tilliten som hun legger i de respektive tjenestene.

Når vi sier at noen har tillit til et helsesystem mener vi egentlig at det er tilliten til mennesker som står bak systemet (Sztompka 1999). Det som er et kjennetegn av det norske helsesystemet, er at det legges mye vekt på bedre koordinering mellom ulike tjenestene blant annet gjennom bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (2009). Dette er noe som ble tatt opp i samtalen med Marta og Szymon:

«Det som er bra i Polen er at man bestandig får en lapp med resultater av alle tester. To ganger tok jeg bakterieprøve [i Norge] og jeg fikk kun tekstmelding. Greit, jeg stoler på legen, men har ikke noe garanti at de gjennomførte testene» Marta

Historien som Marta forteller og sammenligninger med Polen kan tolkes som uttrykk for manglende tillit til både legen, men også helsesystemet. Forskjeller mellom det som praktiseres i begge helsesystemene kan påvirke tilliten. I Polen får man resultater av alle prøvene på papir. Dette gjelder for eksempel røntgenbilder som man kan ta med hjemme og ta videre til en annen lege om det oppstår et behov (Sagan m.fl. 2012) I Norge sendes dette elektronisk. Det er et ukjent system, annerledes enn det Marta var bruker av, som gjør at hun har ikke tillit til at hennes helse vil bli tatt godt vare på. For Marta er dermed systemet lite transparent og dette påvirker negativt hennes tillit til det som praktiseres.

4.7 Selv-refleksivitet i bruk av norske helsetjenester

De forrige delene av diskusjonen viser at polske referanserammer er med på å påvirke informantens oppfatninger av det norske helsevesenet. Dette gjør at det i mange tilfeller oppstår en dissonans mellom polske pasienters forventninger og det de faktisk opplever under møtet med det norske helsesystemet. I dette delkapittelet vil jeg gå dypere i belysningen av de polske referanserammene og fokusere på informantenes oppvekst i Polen, samt vise hvordan de selv reflekterer over dette. Dette vil igjen relateres til bruk av norske helsetjenester. For eksempel uttrykker Anna en følgende refleksjon når hun refererer til sin kontakt med fastlege: «*For meg er det annerledes på grunn av jeg ble oppdratt i Polen og har gått til lege der. Tilnærminger der og her er helt forskjellig*». Anna nevner oppdragelse i Polen som en potensiell årsak til den mislykkede relasjonen med sin norske fastlege. Det at hun refererer til oppdragelse i Polen

impliserer at hennes vaner kan være et resultat av en lang sosialiseringssprosess som har skapt og utformet disse. Disse vanene som hun har akkumulert i løpet av livet før utvandringen er ikke aktuelle i Norge. Som vi har sett tidligere kan dette blant annet komme til syne under legetimer hvor pasienten oppdager at legen ikke er den aktive parten i samme grad som i Polen. Dette kan også gjelde medikalisering som virker ikke å praktiseres i Norge i like stor grad som i Polen. Sitatet til Anna viser også at gjennom denne refleksjonen anerkjenner hun implisitt at det er ikke nødvendigvis kun lege som er «skyldig» for at lege-pasientrelasjonen mislykkes. Hun identifiserer årsakene i seg selv og i de strukturelle forholdene som skapte henne. På dette stadiet er det også verdt å nevne at alle informantene kom til Norge som voksne mennesker. De yngste i utvalget var ferdigutdannede når de bestemte å flytte fra Polen, mens den eldste informanten var ca. 50 år gammel når han kom til Norge. Det at alle informantene gjennomgikk sin sosialiseringssprosess i Polen betyr at de kom til Norge som mennesker med mer eller mindre utviklede mentale og kognitive strukturer og kunnskap om det polske helsesystemet og det som praktiseres i Polen. Dette anser jeg som et veldig viktig aspekt som kan ha stor påvirkning på informantenes oppfatninger av det norske helsesystemet. I tillegg må det framheves at de fleste informantene er representanter for de generasjonene som opplevde systemtransformasjon i Polen i 1989. I innledningen ble det vist at kommunismen satt et stort preg på situasjonen i det polske helsesystemet, og er ansvarlig for de utfordringer det møter i dag. Som sagt, finner alle informanter en lenke mellom sosialisering i Polen og bruk av helsetjenester i Norge. Patryk snakker om dette slik:

«(...) de [nordmenn] har et system som er annerledes. Hvis nordmenn har ingenting mot det og hvis det er kun oss som klager så er det kanskje på grunn av det er vår kultur som har lært oss dette og vi krever fordi vi ble lært dette i Polen (...) Patryk

Patryk reflekterer over oppfatninger av helsesystemer blant polakker. I sitatet ser vi at han bruker nordmenn som en referanseramme og dermed snur perspektivet. Ved å se på polakkers bruk av det norske helsesystemet fra dette ståstedet ender han med en konklusjon om at det ikke nødvendigvis er en regel at det norske helsesystemet er dårlig, men at polakkers oppfatninger stammer fra deres *kultur*, det vil si praksiser, vaner og særegne bruksmåter, er som følge av systemets konstruksjon. Ved å bruke uttrykk som *kultur* og *ble lært* impliserer han at måter man tilnærmer seg helsetjenester i Norge på kan være rotfestet i dypere felles forestillinger. Et annet aspekt som videre utdyper denne diskusjonen ble framhevet av Szymon:

«Uten tvil har vi vaner fra Polen, der vi har fastlege som kjenner hele familie, generasjoner og som har bestandig blitt tilgjengelig på telefon uansett hva som skulle ha skjedd» Szymon

Szymon poengterer noe som utvider Anna og Patryk sine uttalelser, og som kan gi oss en annen vinkling på en mulig årsak til dissonansen mellom polske pasienter og norske leger. Szymon refererer til en lang og tett relasjon med sin polske fastlege som han bruker som en forklaring på hvorfor hans relasjon med sin norske fastlege er annerledes. *Vaner*, som Szymon kaller det, indikerer noe som ble utviklet over en lengre tidsperiode, i dette tilfellet gjennom oppveksten i Polen. Som konsekvens kan dette påvirke bruken av helsetjenester som tilhører andre systemer. I tillegg understreker han at relasjonen til legen ikke er begrenset til kun ham, men til alle familiemedlemmene og flere generasjoner.

4.8 Oppsummering av kapitlet

Denne første delen av analysen kan på generell basis oppsummeres med to hovedkonklusjoner. Den første gjelder et skille i oppfatninger av primær- og spesialisttjenesten. Den andre gjelder de polske referanserammer som utgjør et viktig vurderingsverktøy som brukes av informantene for å tolke ulike aspekter ved bruk av helsetjenester. Når det gjelder den første konklusjonen viser analysen at kontakter mellom polske pasienter og deres fastleger kjennetegnes av en rekke utfordringer. Ulike premisser for lege-pasientrelasjon virker å være viktig. Mens de polske pasientene tilnærmer legekonsultasjoner med en forestilling om legen som den paternalistiske, er relasjoner mellom pasienter og leger i Norge mer symmetriske og tar i større grad pasientenes aktive deltagelse i betraktning. Andre aspekter som er viktige er blant annet fastlegens *portåpnerfunksjon*, utilstrekkelig medikalisering og betaling av egenandel. Spesialisttjenesten vurderes som bedre enn primærhelsetjenesten, trolig grunnet at den oppfyller krav og ønsker som polske pasienter ser etter. Disse gjelder først og fremst forventning om medisinsk intervensjon som spesialisttjenester har større mulighet til. Som jeg har vist påvirker tidligere erfaringer informanters tillit til det norske helsevesenet, og skille mellom primær- og spesialisttjenesten er synlig også her.

5. Når Polen er en løsning- bruk av polske helsetjenester

I forrige underkapitlet rettet jeg søkelyset mot ulike aspekter av de polske arbeidsinnvandreres bruk av helsetjenester i Norge. Ut fra det jeg presenterte ser vi at dette preges av noen utfordringer. Vi har også sett at Polen og det polske helsesystemet utgjør en viktig referanseramme som har innflytelse på informanternes vurderinger av det norske helsesystemet, samt meninger og videre handlinger. I dette kapitlet vil jeg legge større oppmerksomhet mot betydning av Polen og de helsetjenestene den tilbyr. Jeg vil fokusere på å belyse i hvilke situasjoner kan Polen være en løsning og hvilke strategier bruker arbeidsinnvandrere for å håndtere helserelaterte problemer. Det er i dette kapitlet det transnasjonale perspektivet skal tydeliggjøres mest.

5.1 Det polske helsystemet og behandlingsmuligheter det gir

Som ulike studier viser kan innvandrere i ulike land, i visse situasjoner, foretrekke helsetjenester som finnes i deres hjemland (Lee, Kearns og Friesen 2010, Horton og Cole 2011). Slik er det også situasjon med informantene i denne studien. En langvarig sykdom som går ikke over på tross av konsultasjon med lege kan virke frustrerende på pasienten. Anna som hadde vedvarende problemer med armen er et eksempel på dette. Selv om hun besøkte sin fastlege et par ganger, gikk plagene ikke over. Fysioterapi som hun ble henvist til ga kun en midlertidig effekt. Dette ble en årsak til at Anna begynte å vurdere behandlingsalternativer som fantes i Polen.

«Jeg viste at i Polen finnes det en metode der man behandler det med sprøyter. Jeg gikk til legen i Polen (...) Først måtte jeg ta en MR og legen sa at jeg har betennelse. Så fikk jeg medisinen» Anna

Dette sitatet viser at transnasjonal liv kan fungere som en rømningsvei når man er rammet av en sykdom som av ulike grunner ikke går over. Det viser også, at gjennom å leve som en transnasjonal migrant, får man flere muligheter til å håndtere uventede hendelser. Anna viste at i Polen finnes det en behandlingsmetode som ikke finnes i Norge. Dermed i situasjonen hvor hennes norske legen ikke er i stand til å hjelpe hennes lidelser vurderer hun å sette i gang en alternativ strategi. Dette hadde ikke vært mulig hvis hennes liv var begrenset til for eksempel kun Norge. Annas historie viser også et annet aspekt. Metoden hun kjenner om er et teknisk, medisinsk inngrep. Det er det hun forventer fra sin norske legen, noe som imidlertid ikke innfris. Denne forventningen, kan imidlertid oppfylles ved hjelp av polske helsetjenester.

Det er flere slike eksempler mitt data materialet viser, hvor man bestemmer å benytte seg av polske helsetjenester som følge av ulike utfordringer man møter i det norske helsesystemet. For eksempel nesten alle kvinner som ble gravid i Norge, bestemte seg for en legetime hos gynekolog i Polen. Dette var en form for kompensasjon av den, etter deres mening, utilstrekkelige oppfølgingen i Norge. Tilfellene med svangerskapet burdet imidlertid sees i tidsperspektivet. Som jeg viste tidligere, i etterkant av fødsel vurderer alle denne tjenesten positivt.

Bruk av polske helsetjenester kan også være en strategi for å slå gjennom fastlegens portåpnerfunksjon som mange opplever som vanskelig å overkomme. Som jeg har vist i det forrige kapitlet er henvisning til spesialist noe noen av informantene forventer. Her kommer det transnasjonale feltet og muligheter de gir til syne. Waldek for eksempel understreker at det er slike tilfeller han bruker helsetjenester i Polen:

«Hvis jeg har en inflammasjon for eksempel. Jeg vet ikke om legen her [i Norge] ville henvise meg til hudspesialist. Mest sannsynlig ville han ha sagt at det ikke er noe alvorlig» Waldek

Som sitatet illustrerer foretar informanten selv vurderingen av hvor alvorlig plagen er, og på bakgrunn av dette velger han den løsningen som er mest praktisk og sannsynlig til å fullføre. Denne vurderingen burde sees i sammenheng med tidligere erfaringer Waldek hadde, som gjør at han kan avgjøre hvordan han kan håndtere plagen. Eksemplet tyder på at etter hvert kan man være i stand til å overveie sine sjanser for å lykkes under konsultasjonen med lege. Sagt annerledes utvikler man evner til å vurdere om man vil få sine ønsker oppfylt. Polen forblir dermed en slags rømningsvei eller et alternativ som finnes, og som er tilgjengelig for strategisk og behovsavhengig bruk. Sånn sett får man flere valg i håndtering av sykdommer som inntreffer.

5.2 Selvmedikalisering

I forrige kapitlet hvor jeg diskuterte bruk av helsetjenester i Norge drøftet jeg betydning av medikalisering for de polske pasientene. Jeg argumenterte for at denne praksisen preges av en ambivalens. På den ene siden er forventning om medikalisering tydelig i kontakter mellom informantene og deres leger. Det at man i Norge er mer forsiktig med foreskriving av antibiotika lovprises imidlertid av informantene. Samtidig en eller annen form for medisinsk behandling jevnes ofte med god behandlingskvalitet. En utbredt praksis som nesten alle informantene

driver med er innhenting av medisiner fra Polen. Det hentes forskjellige typer medisiner, men disse kan deles i to hovedgrupper: allmenne medisiner og medisiner mot konkrete, langvarige sykdommer. For eksempel Dorota, som assosierer medisinsk behandling med medikalisering, kompenserer mangel på en slik praksis i Norge gjennom å hente egne legemidler fra Polen:

«(...) vi har masse legemidler fra Polen og vi kurerer oss på egen hånd. Dette er kanskje ikke bra, men det er på grunn av hver gang vi gikk ut fra legekantoret hadde vi antibiotika» Dorota

Praksis som Dorota driver med avslører to aspekter som er verdt videre refleksjonen. For det første ser vi at det å hente legemidler fra hjemlandet er en strategi som kan hjelpe å overkomme det man ikke kan oppnå gjennom norske leger. For det andre tyder det på at en slik praksis forårsakes av dypere prosesser. Det Dorota sier tyder på at praksisen av foreskriving medisiner er noe hun ble vant til, siden denne praksisen virker å være utbredt i Polen. Dette i sin tur kan tolkes som at forskjeller mellom det som praktiseres i Norge og Polen kan utjevnes gjennom å bruke hjemlandet. I tillegg burde det nevnes at denne praksisen henger sammen med det som ble diskutert i kapitlet 4 det vil si at man betrakter behandling med Paracet som ikke tilstrekkelig. Det som diskuteres her er parallelt med praksiser til meksikanske migranter i USA beskrevet av Horton og Cole (2011). De fant at meksikanere betrakter behandling med medikamenter hos amerikanske leger som utilstrekkelig, på grunn av de foreskriver den samme medisinen mot forskjellige sykdommer. I motsetning til dette, får man i Mexico sterkere og mer effektive medikamenter, noe som meksikanske pasienter foretrekker.

Medisiner hentes også på grunn av lengre sykdommer som er kroniske og som noen av informantene hadde hatt før de kom til Norge. For eksempel Henryk som må innta medisiner mot en konkret helseplage hevder at det er enklere for ham å skaffe dem fra Polen enn å ordne det gjennom lege i Norge:

«Dersom noen har tatt en medisin i 10 år så det ville være vanskelig ... sikkert ville man få medisiner tilpasset [hos legen i Norge], men hva er vits å bytte den hvis den funker? Henryk

Det er to aspekter i sitatet til Henryk som er slående. For det første virker det at det å hente legemidler fra Polen er noe praktisk og vanemessig. For det andre tyder sitatet at informanten har ikke vurdert å skaffe tilsvarende legemidler gjennom sin lege i Norge, og at det ikke er problematisk, men tvert imot enklere.

Denne praksisen som diskuteres her preges imidlertid av en endring. Noen av informantene som driver med innhenting av legemidler fra Polen fremhever at medisinene brukes ikke i like store mengder som dem fraktes. Dermed er denne praksisen revurdert og noen innser at det ikke er nødvendig å ha et helt medisinskap fylt med polske legemidler. Dette er interessant og verdt å reflektere over. Det som er vanlig er innhenting av medisiner for visse perioder, det vil si noen få måneder. Dette, på tross av legemidlene er billigere i Polen, er kostbar hvis man tenker større antall. Det som forårsaker revurdering er dermed en samlet effekt av mengde, pris og forbruk. Videre virker det at denne praksisen kan henge sammen med usikkerhet som er tilskrevet i forflytting fra et land til annet. Det tar tid til å bli vant til en ny realitet og i denne konteksten det å ha egne, kjente legemidlene virker å redusere denne usikkerheten. Samtidig innser man at en store mengder legemidler ikke er nødvendig grunnet av at sykdommer ikke inntreffer like ofte som man antar.

5.3 «I Norge er alt dyrt» - økonomiske motiver for å bruke helsetjenester i Polen og bruk av økonomisk kapital

Ifølge den klassiske fremstillingen, slik som vi finner hos Michael Piore (1979), er arbeidsinnvandrere nærmest det som omtales som *homo economicus*. Dette har å gjøre med at arbeidsinnvandring assosieres i første omgang med et ønske om finansiell gevinst, som arbeid i et fremmed land gir potensiale for. I tillegg, kalles ofte arbeidsinnvandrere for *target earners*, noe som viser til et annet typisk trekk ved denne gruppen, det vil si at det er et konkret mål som trakk dem til et fremmed land (Piore 1979). Det er klart at økonomisk kapital er det som en arbeidsinnvandrer først og fremst strever etter. I det følgende vil jeg fokusere på økonomiske motiver for bruk av helsetjenester i Polen, men også på betydning av den økonomiske kapitalen i håndtering av helserelaterte problemer. I kapitlet 4 diskuterte jeg betaling av egenandel, som vurderes negativt av informantene. Det er flere grunner til dette, men en av dem er at den norske prisen for en legekonsultasjon tilsvarer ofte en privat legetime i Polen. Studie til Czapka (2012) viser at en av årsaker til at polske arbeidsinnvandrere bruker polske helsetjenester er at helsetjenester i Polen er billigere. Dette ble diskutert av flere informanter.

Den mest typiske tjenesten som alle informantene benytter seg av, og som er finansiell motivert er tannlege. Det argumentet som de fleste bruker for å forklare avgjørelser om å besøke tannlege i Polen er kostnader som er usammenlignbar mindre enn i Norge. Sammenligning mellom den norske prisen av tannlegetjenesten og den polske gjør at man velger det mer lønnsomme alternativet. Det som mitt datamaterialet viser er at mine informanter er vanligvis ikke rammet

av noen akutte tannproblemer og derfor kan bruk av denne tjenesten synkroniseres med faste besøkene i Polen. Bortsett fra tannlegen benytter seg mange av andre helsetjenester også på grunn av disse er billigere i Polen. Marta reflekterer over dette:

«Hvor mye koster en vanlig time? 230 kr? Så hvis jeg vet at i Polen kan jeg få det for 200 kr, så foretrekker jeg å vente 1-2 måneder og ordne alt der. Jeg betaler nesten tilsvarende og jeg har garanti at det blir gjort skikkelig, rask, med en gang. Mens her [i Norge] ville jeg måtte gå en gang, så bli sendt til et annet sted og betale vet ikke hvor mye» Marta

Her ser vi at Marta velger det mer lønnsomme alternativet etter sammenligning av priser som gjelder i begge land. De polske referanserammene gjør at man vurderer hvor får man bedre resultater i forhold til pris man betaler. Penger spiller en viktig rolle i dette, men det er også kvalitet som teller. Derfor er vurdering en effekt av sammenligning mellom priser og andre faktorer som støtter valget. Igjen kan vi merke at det at man er en transnasjonal migrant gir flere handlingsmuligheter.

Penger som vi ser kan være avgjørende for hvilke tjenester man velger. Mine informanter benytter seg nesten utelukkende av helsetjenester som befinner seg i den polske private sektoren. Dette er noe som ligner på det som studie til Horton og Cole (2011) viser, det vil si at meksikanske innvandrere i USA foretrekker meksikanske private helsetjenester framfor offentlige amerikanske selv om de er berettiget til å bruke de sistnevnte. Mine informantene er ikke berettiget til å bruke offentlige helsetjenester (bortsett fra situasjoner som krever øyeblikkelig hjelp) i Polen grunnet at de bor, jobber og betaler helseforsikring i Norge. For å være berettiget til bruk av offentlige helsetjenester i Polen må man betale en obligatorisk helseforsikring (Sagan m.fl. 2012). Økonomisk kapital som har sin kilde i arbeid i Norge muliggjør benyttelse av private helsetjenester i Polen. Henryk forteller om dette på mest billedlig måte: «*Man tenker ikke på det [bruk av helsetjenester i Norge]. Det er jo klart at hos oss [i Polen] i sammenligning hvor mye man tjener [i Norge] koster det latterlig lite*». Henryk, i likhet med Marta, poengterer forskjeller i inntekter og priser mellom to land. Inntekten som man tjener i Norge kan brukes til å skaffe seg adgang til polske helsetjenester i Polen og ikke betale for helsetjenester i Norge som er dyrere. Det er flere informanter som var opptatt av prisaspekt.

I samtalen med Patryk ble betydning av den norske inntekten drøftet fra et annet perspektiv:

«Enten du betaler og går privat eller ... ventetid er forferdelig lang [i Polen]. Men hvis du har penger, la oss si som meg som bor i Norge, så kan du ordne alle legetimer i en dag. Du betaler og du får» Patryk

Sitatet demonstrerer at polske helsetjenester er lettere tilgjengelig dersom man disponerer med penger. Økonomisk kapital i form av penger som man tjener i Norge kan dermed fungere som et tilgangskort for å få en rask behandling. Det som er slående er at Patryk viser til hvordan inntekt fra Norge kan være en nøkkel til å forhandle tilgang til polske helsetjenester og at dette kan gi forrang foran andre polske statsborgere. Dette er særlig interessant, dersom man studerer sammensetning av den gruppen i den polske befolkningen som bruker private helsetjenester oftest. En rapport fra CBOS (2008) viser at det er kun en liten andel (6%) av den polske befolkningen som bruker utelukkende private helsetjenester. Demografisk sammensetning av denne gruppen viser at det er personene med høy utdanning, høy inntekt og som bor hovedsakelig i byene med over 500.000 innbyggere som velger kun private tjenester. De fleste polske statsborgere (41,2%) bruker kun offentlige helsetjenester, men det finnes også en betydelig gruppe (34,6%) som velger en kobling av private og offentlige helsetjenester. Alt dette fører til følgende oppsummering: polske arbeidsinnvandrere i Norge kan løse problemer med tilgangen til de norske helsetjenester gjennom å bruke private helsetjenester i Polen, som i sin tur er mulig takket den økonomiske kapitalen som de akkumulerer gjennom arbeid i Norge. Det vises også at det transnasjonale livet, i dette tilfellet dets økonomisk aspekt kan gi tilgang til helsetjenester som ikke er tilgjengelig til alle, for eksempel de som har ikke utvandret fra Polen.

5.3.1 Behandling i Polen eller Norge?

Det at man bestemmer seg for å bruke økonomisk kapital for å blant annet skaffe seg tilgang til helsetjenester i Polen burde imidlertid ikke tas for gitt. I enkelte tilfeller kan det skje at man velger norske framfor polske helsetjenester. For Karolina var avgjørelsen om å ty til en polsk privat hudspesialist nesten en refleks. Hun har ikke tenkt om å besøke legen i Norge grunnet overbevisning om at «*den beste hudspesialisten finnes i Polen*» samt dårlig tilgjengelighet av denne tjenesten i den offentlige sektoren i Norge. Etter at hun påbegynte behandling i Polen som varte i ett år og ble tilknyttet ekstra reisekostnader vurderte hun å benytte seg av en norsk hudspesialist også innenfor privat sektor.

«Det er komfortabel, jeg gadd ikke å reise [til Polen] ta fri fra jobb osv. Forresten hvis jeg ville beregne kostnader så var det ikke mye dyrere [i Norge]. Det er kanskje

snakk om 200 kroner forskjell hvis man inkluderer alt. Jeg betalte 200 kroner til legen i Polen, her betaler jeg la oss si 1600 men trenger ikke å ta fly til Polen og miste dager på jobb». Karolina

Tilfellet med Karolina viser at hun valgte det mer lønnsomme alternativet motivert av det som sto på spill det vil si jobb og penger. Det å reise til Polen når det ikke overlappes med andre anledninger betyr økende reisekostnader som i den endelige overveielser kan være større enn det en har råd til. En lignende situasjon finner vi i historien til Dorota og Adam. Før de har bestemt at sønnen deres som forberedes til operasjonen i Norge skal opereres, overveide de begge alternativer det vil si mulighet for å gjennomføre operasjonen i Polen og i Norge. Avgjørelsen om å gjøre dette i Norge ble et resultat av økonomisk kalkyle der både behandling- og reisekostnader ble tatt i betraktning.

«Der er et resultatregnskap. Det ville være billigere å ha tannregulering i Polen, men reiser ville være dyrere (...) Vi ville ikke få kostnader dekket på grunn av denne operasjonen er et standard i Norge» Dorota

Eksemplet belyser hvilke muligheter tilbys når man lever et transnasjonalt liv. Dorota kan velge mellom to muligheter for at sønnen hennes kan operere. Imidlertid før hun avgjør hva er bedre vurderer hun begge muligheter ved å sammenligne potensielle fordeler og ulemper. Den endelige avgjørelsen er et resultat av overveielser av ulike alternative løsninger som gjøres først og fremst på basis av økonomisk kalkyle som omhandler kostnader tilknyttet selve behandlingen og reiser, men også kunnskapen som innhentes fra polske helseinstitusjoner. Disse ville ikke være mulig i en like stor grad dersom man var ikke tilknyttet begge land.

5.4 Polske helsetjenester og «oppussing» av helse.

En interessant vinkling på bruk av helsetjenester i Polen ble drøftet under intervjuet med Dorota og Adam. Dorota og Adam Nowak er begge i 40-årene, og kom til Norge for ca. 7 år siden sammen med sine to barn. Familien ser ut til å være godt integrert i det norske samfunnet. Dorota og Adam er begge i en fast jobb og snakker norsk. Når spurt om grunnene til at de bestemte seg for å bruke helsetjenestene i Polen, oppgir Dorota følgende forklaring:

«(...) man må beholde den agenda og balansen man har i Norge. Så man har ikke tid til å bli syk over en lengre periode. Det er slik at siden vi jobber her så jobber vi slik at vi kan beholde jobben. Derfor bruker vi tid i Polen [for å besøke leger], tror jeg». Dorota

Dette sitatet viser tydelig at bruken av helsetjenester i Polen kan være et strategisk valg for å «*beholde agenda*» som Dorota kaller det. Hva hun mener finner vi videre i hennes uttalelse der hun uttrykker bekymring over at hun (men dette gjelder også andre familiemedlemmer) kan miste jobben når hun blir syk over en lengre periode. Dette aspektet kan tolkes forskjellig. Både Parsons(1951) forståelse av sykerollen og Abdemalek Sayads (2004) refleksjoner over arbeidsinnvandrere og helse kan være hjelpsomme refleksjoner.

Sykerollen i sin klassiske betydning omhandler et par spesifikke komponenter. Ifølge Parsons (1951) er den syke ikke i stand til å utføre andre sosiale roller som han eller hun ellers utfører. Sykerollen gjør imidlertid dette legitimt i den forstand at den syke personen, under visse forutsetninger, fritas fra hverdagslige sosiale oppgaver. Det presenterte sitatet kan belyse noen særegenheter sykerollen har, når den relateres til arbeidsinnvandrere. Den syke personen er ifølge den sosiale kontrakten som sykerollen gir fritatt fra andre sosiale roller. I dette tilfellet kan en syk arbeidsinnvandrer fritas fra blant annet arbeidstakerrollen. Dette er legitimt og regulert av loven. Det siterte eksemplet gir oss grunn til å tro at en arbeidsinnvandrer kan føle seg mindreverdig som ansatt eller som samfunnsmedlem og sykdommen er derfor noe man ikke ønsker. Dorota uttrykker dette senere i samtalen ved å si «*nordmenn har alt mens vi må telle på oss selv*». Det virker åpenbart at personene som kommer til Norge for å jobbe er motivert av muligheten til å forbedre sin økonomiske situasjon, hvor det å være kontinuerlig i jobb er viktig. Jobben som forsikrer en fast inntekt gir arbeidsinnvandrere stabilitet. Det er det Dorota mener når hun snakker om «*balansen*». Utførelsen av en klassisk sykerolle når det gjelder arbeidsinnvandrere kan foregå på andre premisser og man kan argumentere for at det er arbeidstakerrollen som er den viktigste. Dette kan også relateres til det som undersøkelsen «*Polonia i Oslo*» (Friberg og Tydum 2007, Friberg og Eldring 2011) viser, det vil si at lovlig ansettelse ikke nødvendigvis er en forutsetning for at man tar fri når man blir syk. Det er flere grunner til dette. En av dem virker å være mangel på informasjon angående rettigheter angående sykefravær. Dette varierer imidlertid fra bransje til bransje. Studiene viser at med fire års mellomrom var det bare en liten endring når det gjelder bruk av sykefravær blant polakker (Friberg og Tydum 2007, Friberg og Eldring 2011). Den ovennevnte tolkingen finner en delvis etterklang i det som Abdemalek Sayad (1980) skrev om den syke arbeidsinnvandrer. Etter hans mening gjør diskursen om arbeidsinnvandrere at deres status konstrueres og opprettholdes gjennom jobb. Arbeidsinnvandrere eksisterer takket være jobben de utfører. En syk arbeidsinnvandrer som ikke er i stand til å jobbe er en negasjon av seg selv (Sayad 1980). Sann sett betraktes helseinstitusjoner som steder der en syk arbeidsinnvandrer prøver å finne hjelp til

å gjenopprette sin status. I denne sammenheng kan vi si at helsesystemet i Polen er en løsning man anvender for å forebygge å havne i den ukomfortable sykerollen som kan distrahere ens *balanse*. Denne fortolkningen som jeg foreslår her burde imidlertid nyanseres. Det at familien Nowak drøfter dette aspektet betyr ikke at det er kun Polen de tyr til for å søke medisinsk hjelp. Dette har jeg vist tidligere. I tillegg er tidsperspektiv viktig. Det at man strever etter stabilitet impliserer at det er noe man trolig vil oppnå en dag i framtiden og dermed blir man i stand å inngå i den sykerollen med god samvittighet. En gang til vil jeg gi stemme til Dorota:

«Man drar til Polen får å gjør en «oppussing» eller finne ut hva som skjer med oss slik at man kan jobbe her, være sterk, fungere og oppnå en stabilisering. Det er en veldig viktig periode fordi hver av oss føler seg ikke godt i Norge ennå og står ikke på begge beinene» Dorota

Som sitatet illustrerer betrakter Dorota det som diskuteres her som noe midlertidig. Hun påpeker at det tar tid til å finne seg til rette i et nytt land og å begynne å fungere som andre samfunnsmedlemmer. Det at man lever transnasjonalt gir flere muligheter for å håndtere helseproblemer, men også for å forebygge dem. Transnasjonalt liv er derfor et potensiale som man gjør nytte av strategisk. Regelmessige besøk i Polen kan brukes til å restituere helse som er en viktig ressurs for en arbeidsinnvandrers.

5.5 Betydning av sosial kapital og nettverk i håndtering av helserelevante problemer

Gode relasjoner med andre mennesker kan være en viktig ressurs i håndtering av ulike utfordringer som livet skaper (Bø og Schiefloe 2007). For individer som befinner seg mellom to kulturer det å ha en solid sosial kapital og sosiale nettverk i begge land er ifølge LaFrambioso og kollegaer (1993) essensiell. Sosial kapital spiller en betydelig rolle i de polske informantenes bruk av helsetjenester. Dens mobilisering i situasjoner som gjelder helse skjer på ulike vis. Det som er bemerkelsesverdig er at det er hovedsakelig den sosiale kapitalen som man har i Polen som mobiliseres. Den brukes strategisk og etter behov. Den brukes først og fremst til avtaling av legetimer i Polen, avskaffing av legemidler, men også til medisinske konsultasjoner. Det interessante er at også informantens tidligere leger virker å utgjøre en viktig sosial ressurs.

Opprettholdelse av bånd med familiemedlemmer på tvers av grenser er en viktig komponent av transnasjonale liv (Morawska 2009). Alle informantene i denne studien understreker viktigheten av familiebånd. Denne tilknytningen synliggjøres hovedsakelig gjennom frekvente, regelmessige reiser i Polen. Alle informantene oppgir at de besøker Polen på grunn av andre

familiemedlemmer som bor der. Familie medlemmene kan dermed bli en viktig ressurs når helseproblemer oppstår.

Det å engasjere familiemedlemmer i forbindelse med helserelaterte problemer er noe som er et utbredt fenomen blant informantene. En vanlig praksis er å henvende seg til familiemedlemmer for å innhente anbefalinger om leger man er ute etter. Waldek for eksempel understreker at: «*Første ting man gjør er at man spør familiemedlemmer. De vet hvilke leger som finnes i nærheten*». Dette betyr at familiebånd kan være en viktig resurs som man mobiliserer for å gjøre adgangen til helsetjenester i Polen lettere. Bortsett fra dette bruker man familiemedlemmer til andre formål, slik som for eksempel Anna som hadde lenge strevet med problemer med øyet og armen. Det var hennes foreldre som var viktig i avskaffing av hjelp for å kurere sykdommen:

«Når jeg hadde problemer med øyet så var det både min mor, far og svigermor engasjert. Pappa gikk til sin lege fordi jeg har ikke forsikring. Han forklarte at det er et problem med øyet og fikk en resept» Anna

Som vi ser kan den sosiale kapitalen utvide muligheter for å bekjempe noen sykdommer. Anna som har hatt mange legetimer hos sin norsk fastlege som imidlertid ga ikke noe forbedring vendte seg til sine foreldre som hjalp henne å håndtere problemet. Som dette eksemplet viser er det et nettverk som vi har å gjøre med. For det første er det Annas far hun kontakter. I neste steget bruker han sin relasjon til sin lege. De behandlingsmuligheter som det polske helsesystemet tilbyr, som er i utgangspunkt utilgjengelig for Anna, blir tilgjengelig gjennom hennes familiemedlemmer som fungerer som mellomledd. På denne måten kan Anna få medisinen som er tilgjengelig i Polen kun på resept. Videre bruker hun andre bekjente som bor i Norge og som frakter medisinen til Norge. Dette eksemplet kan relateres til det som Krause og Thomas (2010) studerte blant afrikanere i London og hva de kalte for *transansjonale terapinettverk*. Transnasjonale terapinettverk betyr menneskelige ressurser som er tilgjengelig til en, og som kan hjelpe å overkomme krisesituasjoner som gjelder ens helse.

Et annet eksempel som viser hvordan kan man ta i bruk sosiale bånd finner vi i samtalen med Dorota. Hun pleier å henvende seg til sin svigermor for å ordne medisiner som hun må ta regelmessig, noe hun finner veldig praktisk: «*Svigermora mi har den samme plagen som jeg (...) hun sender legemidlene eller jeg tar dem når jeg er i Polen*».

Den sosiale kapitalen som finnes i Polen kan også brukes til å få råd om hva burde man gjøre når sykdommen rammer. Karolina som er utdannet innenfor det medisinske feltet forteller om dette:

«Jeg har mange bekjente som er unge leger. Har to venninner so jeg tar kontakt med. De har nyere kunnskap og det er lettere å spørre dem om ting nå man har et problem» Karolina

Som sitatet eksemplifiserer kan sosial kapital brukes også til å få konsultasjon på avstand. Dette eksemplet viser oss to aspekter som er verdt å drøfte. For det første tyder det på at innvandreres sosial kapital er større og mer varierende i hjemlandet enn i mottakerland. Dette trenger ikke å være en regel, men virker å være slik spesielt i den første fasen av oppholdet. Karolina som er utdannet innenfor det medisinske feltet bruker sine studiekollegaer til å diskutere helseproblemer som oppstår. For det andre viser eksemplet at det er et bånd mellom henne og hennes kolleger som gjør at hun bestemmer seg å ta kontakt med dem først i stedet for å kontakte legen.

Andre menneskelige ressurser som man bruker strategisk kan være selve leger. Noen av informantene fremhever en tett og langvarig relasjon til sine tidligere leger. Dette dukket opp blant annet i samtalen med Szymon. Szymon benytter seg av sin tidligere fastlege når han for eksempel trenger medisiner som han ikke kan få i Norge. Han har også brukt sin bekjente lege til å utrede et beinforstuing som etter hans mening ble utilstrekkelig behandlet i Norge. Szymon forteller om relasjon til sin lege:

«Jeg har bodd i et lita bygd i Polen og jeg har en kjent lege der som har fulgt meg opp siden jeg var barn (...). Det er lite bygda der alle kjenner hverandre (...) Han [legen] trenger ikke å se meg en gang» Szymon

Sitatet fra Szymon viser noen andre aspektet som kan kaste mer lys over bruk av sosial kapital. Som dette eksemplet viser har denne tette relasjonen blitt utviklet over Szymons hele liv. Den andre dimensjonen er stedet der Szymon vokste opp, et lite bygd som kjennetegnes av lite distanse mellom beboere og tettere bekjentskap. Szymon benytter seg av sin legens tjenester ved ulike situasjoner som han betrakter som problematiske å håndtere gjennom det norske helsevesenet.

5.6 Bruk av helsetjenester i Polen er opportunistisk

Jeg har allerede vært inn på at de fleste av mine informanter benytter seg av helsetjenester i Polen nesten utelukkende mens de reiser til Polen i forbindelse med andre anledninger. Som regel betyr dette familiebesøk. Dette er et viktig særtrekk for å forstå logikken ved fenomenet. Tidligere seksjoner i dette kapitlet viser at bruk av Polske helsetjenestene kan være en løsning

på ulike helseutfordringer og at disse håndteres forskjellig. Det som er et fellestrekk er at man forsøker bestandig å synkronisere dem med andre reiser slik at man ikke trenger å dra til hjemlandet kun for å besøke legen. Vi så dette blant annet i eksemplene som jeg presenterte i seksjon 5.1.3.1. Det er ikke komfortabel å reise til Polen flere ganger enn man vanligvis planlegger. På mange måter finner disse mønstrene gjenklang i studie til Bergmark, Barr og Garcia (2010) som viste at meksikanske innvandrere i USA benytter seg av helsetjenester i hjemlandet opportunistisk, det vil si kun ved besøk som ikke er motivert av utelukkende helserelevante behov.

5.7 Oppsummering av kapitlet

I dette underkapitlet ble det lagt vekt på informantenes bruk av helsetjenester i deres hjemland, Polen. Det som er hoved særpreg ved dette er at bruk av polske helsetjenestene synes å være en del av mine informanters transnasjonale liv som de utvilsomt lever. Helsetjenester i Polen bruker man av ulike grunner. Disse kan være for eksempel et svar på utilstrekkelig behandling i Norge, begrensninger som den norske fastlegen *partnerfunksjon* pålegger, mangel på medikalisering, høye priser for norske helsetjenester eller som vi har sett i det ene eksemplet at man har ikke funnet seg ennå til rette i Norge. Andre aspekter som gjør bruk av polske helsetjenester mulig er mobilisering av to viktige ressursene det vil si økonomisk og sosial kapital eller kombinasjon av dem. Mens økonomisk kapital som man akkumulerer i Norge brukes til å betale for timene som er rask tilgjengelig i den private sektoren i Polen, er den sosiale kapitalen mobilisert for å enten få anbefalinger om tilgjengelige og etterprøvde leger, avtaling av timer eller skaffing av resept for medisiner eller konsultasjoner. Sånn sett har de to kapitalformene en samlet effekt. Disse kapitalformene burde sees i sammenheng med tid som er et annet viktig element. Tid virker begrensende i den forstand at man kan og vil ikke reise til Polen når som helst grunnet at livet i Norge følger en viss struktur. Dermed kan kapitalformene være med for å overkomme limiteringen som tiden påfører.

6. Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg oppsummere hovedfunn som ble presentert i analysekapitlene 4 og 5 og drøfte dem i lys av teoriene som jeg skisserte i kapittel 2. Diskusjonen har todelt struktur. I første omgang vil jeg diskutere bruk av helsetjenester i Norge, og vise ulike kjennetegn ved denne bruken. I det andre underkapitlet forsøker jeg å skissere det store bildet av fenomenet ved å koble transnasjonalisme og begrepene til Pierre Bourdieu. I den første delen legger jeg større vekt på å fremstille funnene empirisk, mens i den andre fokuserer jeg mer på teori.

6.1 Bruk av helsetjenester i Norge

I denne delen presenterer jeg besvarelse på oppgavens første problemstillingen: *«Hva kjennetegner kontakten mellom polske arbeidsinnvandrere og norske helseinstitusjoner?»* Diskusjonen oppsummeres i form av en modell som jeg presenterer i delkapitlet 6.16. Man kan begynne diskusjonen om polske arbeidsinnvandreres bruk av helsetjenester i Norge ved å dra et skille mellom de to helsesektorene, det vil si primær- og spesialisttjenesten. I denne studien har jeg fokusert på tre enkelte helsetjenester som sammen tilhører begge sektorene. La meg fokusere på fastlegen først siden det er denne tjenesten som preges av mest nyanser.

6.1.1 Norske fastleger og polske pasienter - mellom konflikt, aksept og unnvikelse

Møter mellom polske pasienter og norske fastleger preges av en rekke utfordringer. Den viktigste utfordringen ser ut til å ha sin kilde i misoppfatninger av lege-pasientrelasjonen, som er sammensatt av natur. Den klassiske beskrivelsen som ble gitt av Talcott Parsons (1951) fremstiller legen som en profesjonell yrkesutøver, som har som oppgave å bruke alle tilgjengelige redskap for å helbrede den syke pasienten, og pasienten som den maktløse som ikke klarer seg uten legers hjelp. Denne relasjonen, preget av maktasymmetri, fremstiller forholdet mellom leger og pasienter som komplementært og harmonisk. Begge rollene i denne relasjonen er klar definert. Slik bærer denne beskrivelsen preg av den paternalistiske modellen som Emanuel og Emanuel (1992) presenterte, hvor legen bruker av objektiv kunnskap og kompetanse, dominerer over pasienten, og vet hva er best for pasientens velvære. Mine funn viser at relasjonen mellom polske pasienter og norske fastleger er mer nyansert, men samtidig har de to presenterte modellene en forklaringskraft som kan hjelpe oss å forstå dette bedre.

Polske pasienter virker å være innstilt på at fastlegen de treffer vil handle ut fra premissene som den paternalistiske modellen bygges på. Disse forventningene avdekkes i deres uttalelser som innebærer referanser til det som praktiseres i Polen. Polske leger kan for eksempel beskrives

som ledende eller styrende. Dette synliggjøres også når pasienter innser at det forventes større deltagelse fra dem.

Fastlegens *portåpnerfunksjon* ser ut til å ha en stor betydning. Som jeg har vært inn på i kapittel 4, virker polske pasienter å ha lite kunnskap om fastlegens rolle i helsesystemet. Fastlegen som vokter over andre, mer spesialiserte, dyrere og også mer risikofylte tjenestene har en sentral funksjon (Starfield 1994). Informantene ser ut til å skjønne fastlegens oppgave implisitt, gjennom å bruke tjenesten. Det virker som om fastlegens rolle i det norske helsesystemet kan være sterkere enn i Polen. I Polen har man tilgang til utvalgte spesialister uten henvisning fra fastlege. Det å styrke fastlegens rolle en av hovedutfordringene i det polske helsesystemet (Sagan m.fl. 2012, Boulhol 2012). Den private sektoren i Polen er også av betydning siden den muliggjør enklere tilgang til noen tjenester.

Andre faktorer som belyser lege-pasient relasjonen er mangelen på medikalisering, som synes å være etterspurt av noen informanter. Dette viser at i Polen kan leger være mer tilbøyelige til å foreskrive medisiner til sine pasienter enn i Norge. Holdningen til manglende medikalisering må nyanseres ved å understreke at for eksempel forsiktighet i foreskriving av antibiotika møtes med en positiv reaksjon blant informantene. Samtidig vedvarer forventningen om en eller annen form for medikalisering (andre enn Paracet og antibiotika), og dette assosieres ofte med en god behandling.

Betaling av egenandel er den neste faktoren som synes å ha innvirkning på polske pasienters mening om norske fastleger. Betaling av egenandel kan betraktes negativt av flere grunner. For det første virker det som om denne praksisen må sees i forbindelse med det som polske informantene opplever. Det at man må betale for en tjeneste som er offentlig, og som i tillegg ikke oppfyller pasientens forventninger, møtes som vi har sett i noen av situasjonene med kritikk. I tillegg er polske referanserammer igjen av betydning. I Polen finnes det helsetjenester i privat sektor, og at prisen for den tilsvarer den norske som man betaler i den offentlige sektoren kan også ha innflytelse på hvordan vurderer man fastlegen.

Mine funn viser også at man generelt kan skille mellom tre mulige reaksjonsscenarioer som polske pasienters kontakter med norske fastleger kan utvikle seg til. Tidligere erfaringer er med på å påvirke videre holdninger eller strategier til pasientene, Disse kan bidra til at pasienten enten vil engasjere seg i konflikt med legen, akseptere den norske tilnærmingen eller unnvike. La meg klargjøre noen kjennetegn ved dette.

Konflikt - noen av eksemplene viser at forventninger som ikke imøtekommes kan resultere i at man inntar en holdning som fører til en konflikt mellom pasient og lege. Dette skjer vanligvis i tilfeller når sykdommen vedvarer over en lengre periode, og når man får ikke forbedring på tross at man har vært på konsultasjonen. Forestilling om legen som *pater*, det vil si den som dominerer i relasjonen, som noen av informantene bærer med seg, omdefineres. Tidligere erfaringer kan dermed påvirke videre holdninger og handlinger. Som følge av dette oppfatter noen konsultasjoner med norske fastleger som en type strid og forhandling. Vi har sett slike scenarioer blant annet i tilfeller med Anna, Katarzyna eller Marta. Konflikten som oppstår er noe som kan relateres til kritikken som ble rettet mot Parsons. Det vil si at lege-pasientrelasjonen ikke er like harmonisk som han fremstilte den (Friedson i Kringlen 1986). Kontakt mellom pasienter og leger kan tolkes som et møte mellom to sosiale systemer. I de diskuterte tilfellene har vi å gjøre med et møte mellom representanter for et visst helsesystem og mangeårige brukere av et annet system. Dermed har vi to parter som kan tilnærme hverandre ut fra to forskjellige premisser. I tilfellet med de polske informantene virker det som uoverensstemmelse mellom pasienters forventninger som ble skapt og utformet gjennom bruk av polske helsetjenester, er med på å påvirke deres videre handlinger under konsultasjoner med lege. Konflikt mellom fastlege og pasient kan oppstå når legens anbefalinger ikke virker overbevisende på pasienten, og når pasienten er sikker på at han eller hun trenger en annen behandling. Samtidig som det ble presentert innser noen av de polske pasientene at aktiv deltagelse underlegetimen kan ha en nøkkelrolle i relasjonen.

Aksept – et annen mulig scenario kan resultere i aksept av de nye reglene. Dette så vi mest tydelig i tilfellet med Ewa som understreket at hun er overbevist av tilnærminger som til en viss grad gjør pasienten ansvarlig for sin egen helse. I uttalelser til de fleste informanter lyder det en kritikk mot dette, men Ewa aksepterer det som praktiseres i Norge. Eksemplet med Ewa burde imidlertid nyanseres ved å understreke at hennes helserelaterte problemer gikk over som følge av legens anbefalinger. Disse erfaringene forsterker Ewas holdning til *den filosofien* som hun kaller det, og som etter hennes mening er rådende i Norge. Slik kan vi dra en skille mellom de som hadde negative og positive erfaringer med norske fastleger.

Unnvikelse - en annen mulig reaksjonsmønster i lege-pasientrelasjonen kan også være unnvikelse. Det er noen enkelte informanter som på grunnlag av tidligere erfaringer bestemmer å ikke kontakte sine fastleger i visse situasjoner. Szymon og Waldek for eksempel bestemmer å unngå kontakten med sine fastleger hvis dette er mulig. Det at kontakter med fastlege ikke

oppfyller de polske pasientenes krav og ønsker kan føre til at man selv vurderer sykdommens alvorlighet og tilpasser strategien ut fra denne vurderingen. Sykdom som vurderes som ikke alvorlig gjør at man velger å ikke kontakte fastlege. Dette stammer fra en oppfatning som noen informantene utvikler; at konsultasjonen ikke blir vellykket. Dermed betrakter de kontakt med fastlegen som meningsløs. Som vi ser virker sykdommens alvorlighet og betydningen av tidligere erfaringer å være en viktig faktor for alle tre scenarioer.

Funnene som gjelder lege-pasientrelasjonen viser at det er vanskelig å skille mellom tydelige typer. Dette er i tråd med det som hevdes av blant annet Charles og kolleger (1999) at ulike modellene av lege-pasientrelasjonen burde tenkes om som ideelle typer.

6.1.2 Spesialisttjenesten – det paternalistiske innfris.

Mine funn viser at det finnes betydelige forskjeller i erfaringer og vurderinger mellom primær- og spesialisttjenesten. Spesialisthelsetjenestene vurderes mer positivt enn primærhelsetjenesten og dette kan forklares forskjellig. Spesialisttjenesten i denne oppgaven omfatter fødsel, timer hos spesialister og innleggelser på sykehuset.

Timene hos spesialiser fører til en positiv vurdering, trolig grunnet at man får en konkret medisinsk behandling. Etter at man er klassifisert som et tilfelle som krever vurdering eller behandling hos de mer spesialiserte tjenestene havner man i de delene av helsesystemet som disponerer et større spekter av muligheter for å utrede pasientens tilstand gjennom medisinske undersøkelser. Dette virker å oppfylle ønsker som stammer fra forestillingen om hva en god behandling er. Mens i tilfellet med fastlegen er samtalen og intervjuet det viktigste redskapet, så griper spesialisttjenestene i lang større grad til de mer tekniske måter å fastsette pasientens helsetilstand. Dermed oppfyller spesialisttjenesten ønske om den paternalistiske intervensjonen. Hos mer spesialiserte tjenester blir pasienter den mer passive parten siden han eller hun har ble tidligere vurdert av fastlege. På sykehuset eller under fødselen er helsepersonellet bedre rustet til å diagnostisere pasienten uten pasientens engasjement.

6.1.3 Verdier og menneskelig behandling

Et annet viktig element som vurderes positivt av polske informantene er likeverdig behandling som mange understreker. Dette er mest tydelig i tilfeller med fødsel og innleggelser på sykehus. Det virker at de grunnleggende verdiene som ethvert helsevesenet baseres på som dreier seg

om lik adgang til helsetjenester og behandling uansett kjønn, klasse, etnisitet, rase eller seksuell legning synes å være mer tilstede idealet i Norge enn i Polen. Mange som opplevde innleggelse på sykehus understreker det som kan kalles for *medisinsk behandling* som de samtidig ikke finner i det polske offentlige tjenester. Det de legger i dette er god omsorg, respektfull og empatisk tilnærming fra personellet sin side og ikke minst de høye standarder som norske sykehus preges av. Det som er viktig er at en tilsvarende behandling i Polen finnes stort sett i den private sektoren. Dette imidlertid avdekker klasseforskjeller siden ikke alle er i stand til å betale for private helsetjenester. Pengers rolle i helsetjenester synliggjøres også godt når man studerer disse eksemplene. Det som lovprises er at både fødsel og innleggelse på sykehuset er kostandfritt. De polske referanserammene utgjør et grunnlag for å sammenligne praksiser i begge systemene. I dette tilfellet det som praktiseres i Polen bedømmes negativt.

6.1.4 Språk

Kommunikasjon er et essensielt aspekt i møter mellom pasienter og helsepersonellet generelt. Dette får imidlertid en ny mening i diskusjon rundt kommunikasjonen mellom innvandrere og leger. Tidligere studie av polakkers bruk av norske helsetjenester viser at språket er en av de viktigste faktorene som kan påvirke kontakten mellom polske pasienter og det norske helsevesenet. Dette i sin tur kan være en grunn til at man velger å benytte seg av de polske helsetjenestene (Czapka 2012). Mine funn viser at informantene selv oppfatter språk som det viktigste elementet i relasjon med sine leger.

Det som virker å være den største utfordringen er det medisinske språket. Navn av sykdommer og ulike medisinske begrep kan utgjøre en begrensning i både formidling av symptomer og oppfatning av diagnoser og anbefalinger. Dette er forståelig dersom man tenker at det medisinske språket er for de fleste innvandrere et språkområde de befinner seg utenfor til daglig. Mine informanter drar ikke tydelig et eksplisitt skille mellom primær og sekundærhelsetjenesten når det gjelder språklige utfordringer. Samtidig gjelder alle de siterte utdragene fra intervjuene situasjoner som har med fastlege å gjøre. Det som er slående er viktighet av språk i de modellene av lege-pasient relasjon som baseres på mer symmetriske forhold. Oppfatning av pasient som en kunde, for eksempel, tyder på at pasienten må for det første vite hva han eller hun vil, og for det andre må dette uttrykkes og formidles. Sett i lys av de konfliktfylte relasjoner som noen av mine informanter havner i virker språket også her å være veldig viktig. Det å forhandle impliserer at man er aktiv. Man oppfatter, vurderer på en kritisk

måte og tilpasser en strategi. Dette forutsetter at språkkompetansen må være på et visst nivå. Vi har også sett at språklige misforståelser kan resultere i at legen oppfattes som uvillig til å hjelpe.

Tolketjenesten viser til å ha en stor rolle i redusering av disse utfordringene, men samtidig viser mine funn at den ikke tas i bruk aktivt, til og med av de som kan ikke språket i en tilstrekkelig grad. Dette skjer på tross av at kunnskap om tolketjenestenes tilgjengelighet virker å være rådende blant informantene.

6.1.5 Polakkers tillit til norske helseinstitusjoner

Tillit er en hovedkomponent av mellommenneskelige relasjoner og er av stor betydning når det gjelder helsevesenet (Lian 2007). I denne studien viser tillit å være en underliggende dimensjon som gjennomtrenger nesten alle aspektene av møtene mellom polske pasienter og norske tjenesteytere. Jeg identifiserer et par faktorer som kan ha innflytelse på tilliten til det norske helsevesenet.

Tillit eller mistillit er først og fremst et resultat av tidligere erfaringer. Positive erfaringer kan underbygge tillit, negative kan undergrave den. De to mest billedlige eksemplene på disse sammenhengene finner vi i historiene til Anna og Ewa. Mens negative erfaringer til den første påvirker negativt hennes videre meninger om hennes fastlege, men også det norske helsevesenet generelt konstruerer Ewa sitt bilde ved å ta utgangspunkt med den første positive erfaringen med fastlegen som deretter understøttes av senere erfaringer. Tillit som har sin kilde i tidligere positive erfaringer kan påvirke også videre handlinger til de polske pasientene. I tilfelle med Anna svekkes tilliten og gjør at videre konsultasjoner hos leger preges av større skepsis og konflikt mens Ewa bruker tidligere positive erfaringer som en referanseramme som forsterker hennes tillit. Dette gjør at tidligere negative erfaringer som hun har opplevd ikke har så sterkt gjennomslagskraft og påvirker ikke negativt tilliten hennes negativt til det norske helsevesenet.

Hva som omhandler tidligere erfaringer krever videre nyansering. Jeg identifiserer et par faktorer som kan kategoriseres under navnet tidligere erfaringer og som kan negativt påvirke tilliten til det norske helsevesenet. Tilliten kan svekkes som et resultat av behandling uten forbedring som vi har mest tydelig i historien til Anna. Det samme gjelder manglende medikalisering som mange assosierer med kvalitet. Dårlig tilgang til mer spesialiserte helsetjenester som kan stamme fra svak forståelse av fastlegens *partnerfunksjon* kan også resultere i mistillit. Disse erfaringene bidrar i sin tur til at legen oppfattes som ikke kompetent.

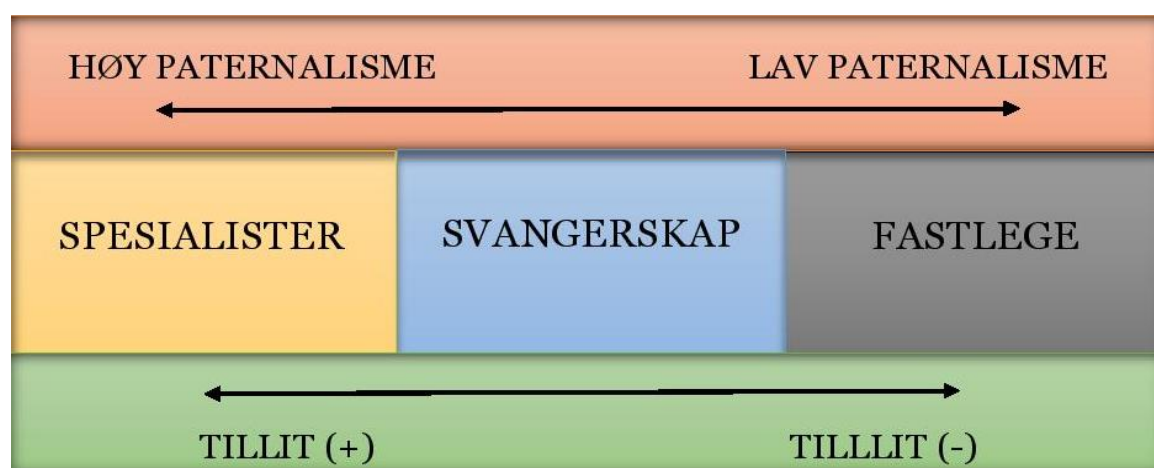
I neste omgang kan slike negative erfaringer forsterkes av betaling av egenandel. Språklige misforståelser kan også påvirke polske arbeidsinnvandreres oppfatninger av norske leger. Vanskeligheter i kommunikasjonen kan tolkes som legens uvilje til å forstå pasienten. Dette så vi i historien til Katarzyna. Eksemplet med Szymon og Marta viser også at digitalisering av det norske helsesystemet og utveksling av opplysninger om pasientens helsetilstand kan også resultere i at man setter de norske helsetjenestene i tvil. Dette skjer blant annet når resultater av ulike prøver sendes mellom de enkelte tjenestene uten at pasienten får innblikk i dette. Dette er noe som ikke praktiseres i Polen. Dermed kan vi si at det norske helsesystemet kan fremstå som lite transparent for polske pasientene.

På den andre siden har vi spesialisttjenesten som oppfyller mesteparten av forventninger informantene legger i helsetjenestene. Dermed virker denne tjenesten å preges av høyere tillit. Dette kan vi utlede blant annet fra pasienters positive omtale av fødselen, innleggelse på sykehuset. Dette kom til syne blant annet i eksemplet med Anna og Waldek, men også alle andre som erfarte for eksempel norske sykehus. Vi så også at for Katarzyna betyr tillit til legen for det meste medisinske undersøkelser som for eksempel timene hos jordmor ikke oppfylte.

6.1.6 Oppsummeringsmodell for polakkers bruk av helsetjenester i Norge

For oppsummere diskusjonen ovenfra vil jeg presentere en forenklet modell som gjelder kjennetegn ved polske arbeidsinnvandreres bruk av helsetjenester i Norge. Dermed svarer modellen også på den første underproblemstillingen som jeg presenterte i innledningen:

«Hva kjennetegner kontakten mellom polske arbeidsinnvandrere og norske helseinstitusjoner?»



Model 1. Særpreget ved polakkers bruk av helsetjenester i Norge

Mine funn tyder på at kontakter mellom polske arbeidsinnvandrere og norske helseinstitusjoner kan forstås godt ved å studere ulike helsetjenester og forventninger disse innfrir. De tre diskuterte helsetjenestene befinner seg i ulike sektorer i det norske helsesystemet. Fastlegen tilhører primærhelsetjenesten. Svangerskap som omhandler både oppfølging og fødsel befinner seg i to sektorene, mens andre tjenester, for eksempel, spesialister og innleggelser på sykehuset tilhører spesialisttjenesten. Mine funn viser at disse kan plasseres på en akse som viser graden av paternalisme. Mens fastlege, og svangerskapsoppfølging preges av lave graden av paternalisme, stiger den når man havner i de mer spesialiserte helsetjenestene. Dette i sin tur henger sammen med graden av tillit. Mens lav paternalisme betyr generelt at pasienten på ulike vis ikke tilfredsstilles, er høy paternalisme noe man foretrekker. Dermed påvirker tjenestene i ulike sektorene, tilliten forskjellig. Spesialisttjenesten vekker tillit mens primærtjenesten svekker den.

6.2 Transnasjonalisme og Pierre Bourdieu

I det følgende vil jeg, ved å ta utgangspunkt i analysene fra kapitlene 4 og 5 vise hvordan bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere kan forstås i lys av transnasjonalisme og begrepsapparatet til Pierre Bourdieu. Denne delen legger større vekt på Polens betydning for arbeidsinnvandrere og endringer i deres praksis. Denne delen har dermed som mål å besvare de to påfølgende underproblemstillingene: *Hvordan og hvorfor bruker de polske arbeidsinnvandrere i Norge polske helsetjenester?* og: *Har bruk av helsetjenester blant polske innvandrere endret seg i løpet av deres opphold i Norge? Og hvordan kan denne endringen i bruk av helsetjenester forstås?*

Den påfølgende diskusjonen av underproblemstillingene er delt inn i to seksjoner for å framstille endringer i deres helsepraksiser.

6.2.1 To felt, to sett av spilleregler

Den opprinnelige fasen av bruk av helsetjenester blant arbeidsinnvandrere fra Polen preges av noen viktige særtrekk. Det er viktig å begynne med å påpeke at det er to ulike helsesystemer involvert i bildet. Som tidligere vist er ofte forskjeller mellom disse systemene tydelige og dette setter sitt preg på hvordan mine informanter tolker og vurderer egne erfaringer med norske helsetjenester. I Bourdieus begrepsapparat kan disse systemene tolkes som to felt som kjennetegnes av særegne spilleregler, for å bruke Bourdieu's (1990b) begrepsapparat. Bourdieu (1992) definerte felt som et avgrenset område i det sosiale rommet, hvert enkelt felt har sine

egnespesifikke regler og lovverk. O'Reilly (2012:13) tolker begrepet felt som forholdene der en aktør lever, handler og erfarer. Selv om det norske og polske helsesystemet i teorien er basert på lignende premisser er det et språk mellom det som praktiseres innenfor dem. Dermed kan vi si at de reglene som gjelder i det polske medisinske feltet ikke er direkte overførbare til det norske, og vise versa. Dette kan illustreres ved å benytte begrepene *habitus* og *hysteresis*.

Bourdieu fremstiller *habitus* begrepet som noe som er formet og utviklet i et spesifikt miljø. Forholdene som står bak *habitus* skapelse gir den enkelte en rekke kognitive verktøy som er med på å fortolke og kategorisere ens erfaringer (Bourdieu 1972). Som vist er polske pasienter rustet med særegne vurderingskriterier av medisinske praksiser, tilegnet gjennom sosialisering, oppvekst og mangeårig bruk av det polske helsesystemet. Disse praksisene inneholder blant annet forestillinger om god behandling, kjennetegn ved lege-pasientrelasjonen eller oppfatninger av andre ulike praksiser typiske for det polske helsesystemet. Vi kan derfor anta at polske pasienter tilnærmer seg det norske helsesystemet med disse kriteriene til grunn. På grunn av ulike praksiser resulterer møtet med det norske helsevesenet ofte i misforståelser, som kan tolkes ut fra begrepet *hysteresis*. *Hysteresis* er tidligere beskrevet i seksjon 2.2.1. og kan anses som en komponent av *habitus* som synliggjøres når aktørens *habitus* opptrer i en kontekst hvor forholdene er annerledes enn der *habitus* ble skapt (Bourdieu 1997).

På bakgrunn av dette kan enn si at polske pasienters *habitus* opplever *hysteresis* som en følge av møtet med det nye feltet, det norske helsevesenet. Dens fastlagte disposisjoner er ikke lenger gjeldende, noe som oppleves som en dissonans. Innvandring generelt er et godt eksempel på hvordan *habitus* kan distraheres siden den representerer et brudd med mange aspekter av verden som man hittil har tatt for gitt (O'Reilly 2012). Bruk av det nye helsesystemet kan eksemplifisere dette godt. Man trenger ikke nødvendigvis å tenke at pasient- og legerollen er annerledes enn hva som er tilfellet i Polen. Dette trenger ikke å skje før man havner på legekantoret og oppdager at det som vanligvis fungerte ikke lenger er anvendelig, at de vanemessige bruksmåter som ble utviklet gjennom mange år ved bruk av helsetjenester i Polen ikke lengre fører til samme resultat. Fram til denne dissonansen oppstår opprettholder man en pre-refleksiv holdning og forestilling om hvordan ting er. Disse differansene synes å være et fellestrekk blant flere av mine informanter og kommer til syne i ulike situasjoner. For det første virker det som at det største gapet ligger i de allerede diskuterte møtene med fastlege og ulike aspekter som er involvert i dette relasjonsmøtet. Man kan for eksempel være forbløffet over vanskelige tilgangen til mer spesialiserte helsetjenester eller at man får ikke resept hver gang man besøker fastlege. Et godt og illustrerende eksempel på dette språket er oppfølging under

svangerskapet. De praksisene man kjenner, som karakteriserer den polske måte å følge opp gravide kvinner stemmer ikke overens med de norske. Det at det ikke gjennomføres like mange medisinske tester kan føre til usikkerhet rundt oppfølgingen og bringe en ut av balanse. Dette forsterkes av polske referanserammer som er en kilde for sammenligninger av norske og polske praksiser. En slik hysterisis som oppleves mellom feltene og usikkerheten som oppstår fungerer som et springbrett og gjør at noen innvandrere i enkelte situasjoner tyr til det polske helsevesenet. Svangerskapet er en god illustrasjon av dette fenomenet. Enkelte av informantene bestemte seg for eksempel for å gjennomgå de undersøkelsene som de norske retningslinjer for svangerskapsundersøkelser ikke inkluderer i Polen. Situasjonene hvor man ikke får den behandlingen man forventer, ledsaget av for eksempel vedvarende problemer kan også føre til at man nærmest på impuls velger det kjente helsesystemet og behandlingalternativer det tilbyr. Det sammen gjelder manglende medikalisering. Innhenting av medisiner fra Polen kan tolkes som en løsning for å redusere hysterisis.

Polske arbeidsinnvandrere som ikke har funnet seg til rette i Norge enda, kan som følge av hysterisis også velge å benytte seg av helsetjenester i Polen, fremfor i Norge. Vi så at dette var tilfellet i det ene eksemplet. Et annet viktig element av habitus kan forklare disse situasjonene. Ifølge Bourdieu (1992) har habitus en tendens til å vende tilbake til de kjente forholdene, hvor det føler seg som en *fisk i vannet*. I henhold til de diskuterte eksemplene hvor man tyr til det polske helsevesenet kan vi si at som følge av handlinger og erfaringer med det norske helsesystemet, og deres vurderinger ut fra de polske referanserammene tenderer habitus til å velge det som er kjent. Sagt annerledes kan hysterisis forårsake at habitus retter søkelyset mot det miljøet det finner seg komfortabel i, og dermed redusere dissonansen som oppstår. Det som hittil er presentert bør betraktes som første fase av polakkers bruk av helsetjenester i Norge. I det påfølgende underkapitlet vil fokuset rettes mot neste fase av polakkers helsepraksiser.

6.2.2 Logikken i den transnasjonale helsepraksis

Analysene som ble presentert i kapitel 4 og 5 illustrerer at mange aspekter av informanters bruk av helsetjenester ikke er statiske og at bruken gjennomgår en endring. Vi så at det er et konstant vekselspill mellom den polske og norske konteksten. Bruk av helsetjenester i Norge preges av polske referanserammer og en konstant vurdering av de enkelte praksisene i det norske helsevesenet. Som siste steget i dette kapitlet vil jeg skissere det store bildet av fenomenet ved å vise hvordan disse kontekstene overlapper og hvordan de kan påvirke bruk av helsetjenester

blant polske arbeidsinnvandrere. Jeg valgte å kalle denne delen for «*Logikken i den transnasjonale helsepraksis*» for å understreke at den knytter sammen det transnasjonale perspektivet ved hjelp av Bourdieus praksisforståelse. Logikken forklares stegvis i den påfølgende teksten og begynner med å ta for seg de store rammene i det jeg har valgt å kalle *det transnasjonale feltet*.

Det transnasjonale feltet og dets regler.

I det tidligere underkapitlet er det argumentert for at man kan tenke seg informantenes erfaringer med to ulike helsesystemer som kontakten mellom to særskilte felt som består av forskjellige regelsett. Kunnskap og gjøremåter som er gjeldende i det ene feltet er ikke nødvendigvis direkte anvendelig i det andre. Det transnasjonale feltet i denne oppgaven består av to mindre felter: det polske og det norske helsesystemet. Disse to systemene som helsepraksis finner sted i burde på mange måter sees i sammenheng. Denne sammenheng synliggjøres blant annet gjennom refleksjoner de ulike aktørene gjør seg når man bruker det norske helsesystemet, og som stammer fra kunnskap om det som praktiseres i det polske helsesystemet. Dette i sin tur kan føre til at man i enkelte tilfeller bestemmer seg for å bruke helsetjenester i Polen fremfor i Norge. Bruk av polske helsetjenester burde forstås i relasjon til livet de polske pasientene lever og som de deler mellom to land. Informantene opprettholder bånd med sine familier og sørger for å besøke dem minst to ganger i året. Dette muliggjøres av blant annet gode flyforbindelser og kort avstand mellom Norge og Polen. Sånn sett kan polske arbeidsinnvandrere omtales som transmigranter i den klassiske forståelsen (Glick-Schiller, Basch, Szanton-Blanc 1992, Glick-Schiller, Basch, Szanton-Blanc 1995).

Det transnasjonale feltet som kobler den norske og polske konteksten virker å være underlagt noen særskilte spilleregler. I teorien har polske arbeidsinnvandrere rett til å bevege seg fritt mellom Norge og Polen, noe som medlemskapet i EU gir polske arbeidsinnvandrere gjennom EØS avtalen. En arbeidsinnvandrer underlegges imidlertid en tidspraksis som først og fremst er tilknyttet arbeid som utgjør rammene og samtidig en begrensning i hans eller hennes bevegelse. For eksempel gode transportmuligheter er ikke ensbetydende med at man kan bruke dem som man vil. Dette betyr at bruk av helsetjenester i Polen, selv om den virker å være tilgjengelig på en håndsrekning, vanligvis må synkroniseres med de faste, regelmessige familiebesøk som er en viktig del av informantenes transnasjonale liv. Denne reiseaktiviteten finner plass kun til enkelte tidspunkter og kan relateres til det som Levitt og Glick-Schiller (2004) det vil si at transnasjonale aktiviteter blant annet kan studeres i lys av for eksempel kriser

som rammer migrantene, men også muligheter som det transnasjonale livet lar gripe fatt i. Levitt og Glick-Schiller (2004) postulerer et spesielt fokus på slike ekstraordinære hendelser. Sykdom kan uten tvil betraktes som en slik krise. Å rammes av sykdom skaper en forstyrrelse og ubalanse i menneskers dagligliv og dermed forsøker man å gjenopprette balansen gjennom å blant annet ty til det polske helsesystemet, og sånn sett kan bruk av helsetjenester i Polen betraktes som et element av transnasjonale liv.

Transnasjonal habitus og hysterisis.

Hva som skjer med habitus og hysterisis i dette feltet? Som jeg viste i den tidligere delen av diskusjonen er det en dissonans mellom to medisinske felt. Bruksdisposisjoner som ble formet i det ene systemet er ikke anvendelige i det andre, norske. Hysterisis oppleves dermed sterk og kan i noen tilfeller resultere i at habitus kan forsøke å redusere den blant annet ved å vende til de kjente forholdene, det vil si til det polske helsesystemet. Samtidig virker det at hysterisis kan også være en utløser for refleksjon og endring. På dette stadiet nærmer vi oss en viktig del av diskusjonen om Bourdieu, det vil si potensielle endringer i habitus. Det er verdt å minne at selv om Bourdieus teorier har blitt kritisert blant annet for å være for deterministisk avskrev han dette blant annet ved å understreke at habitus kan til en viss grad påvirkes av alle erfaringer man går gjennom i livet (Bourdieu og Wacquant 1992). Dette er et veldig interessant poeng når man tenker om hans teorier i henhold til migrasjonsprosesser som på mange måter er synonym for endring (O'Reilly 2012). Bourdieu selv har ikke benyttet sine begrep til å analysere fenomener som overskrider statens grenser og dermed virker spørsmål om det romslige aspektet veldig aktuelt for kritisk vurdering av hans teori (Kelly og Lusia 2006).

Ifølge O'Reilly (2012) har alle handlinger og erfaringer innflytelse på ens videre oppfatninger og vurderinger og dette kan dermed påvirke habitus (O'Reilly:31). Mine informanternes erfaringer preges av konstante referanser til det som praktiseres i det polske helsesystemet. Sammenligninger mellom to systemer gjør at etter hvert kan man utvikle en dobbel referanseramme. Negative vurderinger av det norske helsesystemet stammer fra sammenligninger med Polen. Det samme skjer med positive vurderinger. I slike situasjoner, snur man de polske rammene og kan oppfatte det som er typisk for det polske helsesystemet som noe negativt. Som resultat av disse erfaringene kan habitus utvides ved å inkorporere nye elementer. De nye elementene gir nye vurderings- og evalueringsredskap. Svangerskapsoppfølging og fødsel er et godt eksempel på dette. Det som opprinnelig oppleves som noe negativt og vurderes som sådan blir i etterkant til noe omvendt. De polske referanserammene som preger oppfatninger av en annen medisinsk praksis mister sin betydning

som effekt av en vellykket fødsel. Dette lar meg argumentere at de som har lagt seg denne erfaringen vil ikke ta (eller vil gjør det i mindre grad) betraktning Polen neste gang svangerskapet skjer. Andre eksempler som viser at man kan utvikle en dobbeldisposisjon er holdninger under timene hos fastleger. Noen av informantene innser at deres holdning må være mer aktiv, andre aksepterer den nye måten å opptre under legetimen. Vi kan dermed si at tidligere erfaringer utløser en revisjon av ens disposisjoner og lager et grunnlag for endring. Språk som er en form for kulturell kapital er også i utvikling og kan påvirke bruk av helsetjenester i Norge.

Den transnasjonale habitus som jeg velger å kalle den gjør at hysterisis oppleves ikke like sterk som den gjorde tidligere. Dette imidlertid betyr ikke at hysterisis forsvinner fullstendig. Dennes kraft dempes og den oppleves mildere på grunn av det ukjente er ikke lengre det. For å utrykke dette annerledes kan man si at man lærer seg nye spilleregler eller utvide de gamle ved å inkorporere de nye elementene. Som en konsekvens av denne mekanismen valget mellom bruk av polske eller norske helsevesenet ikke er ensidig, men betydeliggjør rollen av det norske. Betydningen av polske helsetjenester, selv om den minsker, beholder imidlertid sin relevans. Polen er og virker å forbli en viktig arena man tyr til for å ordne helserelaterte problemer men på de forutsetningene tilknyttet tid og livsrytme man har, som ble beskrevet tidligere.

Økonomisk kapital, sosial kapital og nettverk- viktige ressursene.

Bruk av helsetjenester i Polen preges av regelmessighet som er tilknyttet faste besøk hos familier som bor i hjemlandet. Dette er, som jeg viste tidligere underlagt noen begrensninger som for eksempel besøkenes korte tid som forårsakes av at man arbeider og lever i Norge store deler av året. Dermed må ofte bruk av helsetjenester i Polen skje på visse regler. Disse begrensningene forsøker mange å overkomme ved å anvende viktige ressursene man råder over det vil si: økonomisk og sosial kapital og nettverk.

Den økonomiske kapitalen i form av penger som akkumuleres gjennom arbeid i Norge kan anvendes til å skaffe adgangen til de polske helsetjenestene. Disse gjør at man kan bedre utnytte de mulighetene som det transnasjonale livet tilbyr. Bruk av økonomisk kapital bringer oss videre til et annet element av Bourdieus praksisteori, det vil si den rasjonelle handlingen. Ifølge Bourdieu er rasjonell handling kun et liten aspekt av menneskelig handling (Bourdieu og Wacquant 1992). Hans argumentasjon hviler på at habitus, så lenge den befinner seg i kjente miljø handler stort sett ubevisst. Det som kan gi et rom for rasjonell handling, er ifølge Bourdieu

situasjoner hvor felt eller strukturer gjennomgår en endring (ibid.). Igjen ser det at anvendelse av hans teorier til analyse av migrasjonsfenomener kan belyse dette aspektet. Jeg har visst at informantene i denne studien handler, i ulike situasjoner som er tilknyttet kostnader, på en måte som bærer et rasjonelt element. Dette vises i situasjoner der man på *en bevisst* måte kalkulerer hvilket alternativ er mer lønnsomt: de polske eller norske helsetjenester. Selv om mesteparten velger det første alternativet, på grunn av prisnivå mellom landene er betydelig, bestemmer enkelte å gjennomgå behandling i Norge. Penger spiller en viktig rolle i dette. Den rasjonelle handlingen utløses hovedsakelig av ulike utfordringer som man møttes i det norske helsesystemet, det vil si det norske medisinske feltet, og som kan overkommes ved å ty til det polske helsevesenet. Som jeg belyste i analysekapitlene er disse valgene ofte et resultat av en kalkulasjon som stammer med sammenligninger mellom praksisene i disse to feltene. Det transnasjonale livet, det vil si jobb i Norge på den ene siden og transnasjonale aktiviteter, det vil si opprettholdelse av kontakt med Polen på den andre siden, gjør at man kan planlegge handlinger og gjennomføre dem strategisk. Økonomisk kapital tillater å benytte seg av helsetjenester i Polen som er billigere og lett tilgjengelig.

Det samme gjelder den sosiale kapitalen og nettverk. Disse brukes strategisk for å overkomme utfordringer som man møter i det norske helsesystemet. Varige sosiale bånd som man opprettholder gjennom det transnasjonale livet kommer som en viktig ressurs som er tilgjengelig og som aktiviseres når behovet oppstår.

7. Konklusjon

Innvandrere, deres helse og kontakt med ulike helsevesener har vekket omfattende forskningsinteresse de siste årene (Rechel m.fl. 2011). Denne interessen er blant annet forårsaket av at man forsøker å tilpasse helsetilbud til stadig mer mangfoldige samfunn (ibid.). I denne studien rettet jeg fokus mot bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere i Norge. Det som sto sentralt for oppgaven var helsepraksiser som finner sted i både Norge og Polen, og det man gjerne kaller det transnasjonale feltet, det vil si det som kobler den norske og polske konteksten. Gjennom analysen av det empiriske materialet og anvendelse av ulike teoretiske perspektiver ble målet å besvare følgende problemstilling: *Hvordan kan vi forstå transnasjonal bruk av helsetjenester?*

I dette avsluttende kapitlet vil jeg presentere studiens empiriske og teoretiske konklusjoner.

Polakker i Norge er en innvandrerguppe som på mange måter kan beskrives som transnasjonale. Det vil si at deres liv ikke er begrenset til ett land, men foregår på tvers av to kontekster, den norske og den polske. I henhold til bruk av helsetjenester i Norge opplever polakker en del utfordringer som hovedsakelig er tilknyttet primærhelsetjenesten. Disse kan blant annet være misforståelser av lege-pasientrelasjonen eller misoppfatninger av fastlegens *portåpnerfunksjon* som utgjør en begrensning i adgangen til mer spesialiserte tjenester. Språk kan også utgjøre en begrensning og påvirke kvalitet ved legekonsultasjoner. Siden polakker er transnasjonale migranter spiller det transnasjonale aspektet en sentral rolle i håndtering av helserelevante utfordringer. Det transnasjonale livet tilbyr flere handlingsmuligheter. Regelmessige besøk i hjemlandet Polen og besittelse av viktige ressurser, det vil si den økonomiske og sosiale kapitalen, som fører til iverksettelse av ulike strategier som har som formål å ordne helserelevante problemer. Dette betyr ikke at Norge og dets helsetilbudet mister betydning. Spesialisttjenesten, med sykehus som kjennetegnes av høye standarder og god omsorg, lovprises av de som har erfaring med den. Dette synliggjøres særlig i tilfellene med fødsel og innleggelser på sykehus.

Disse hovedfunnene fører til en rekke refleksjoner. En av dem er tilknyttet følgende spørsmål: kan transnasjonale praksiser gi tilgang til bredere utvalg av helsetjenester? Dette spørsmålet kan etter min mening besvares positivt på mange måter, men det krever også nyansering. For det første kan de transnasjonale helsepraksisene gi tilgang til to helsesystemer, noe som ikke er tilgjengelig for de som ikke er involvert i et transnasjonalt liv. For det andre, gjør denne tilgangen at man kan velge helsetjenestene selektivt og strategisk. Jeg argumenterte for at

gjennom å være bruker av begge systemene kan man utvide doble referanserammer eller doble vurderingskriterier. Dette betyr at om praksisene er karakteristiske for enten det ene eller det andre helsesystemet kan bedømmes avhengig av ens ståsted. Det som, for eksempel, er problematisk i det norske helsesystemet kan overkommes ved å bruke det andre og vise versa. Tilgang til begge systemene underlegges imidlertid noen regler som kan utgjøre en utfordring. Man kan ikke benytte seg av helsetjenestene i begge systemene i lik grad og etter ens eget ønske. Dette skyldes at man bor og jobber i Norge, og dermed er til en viss grad tvunget til å bruke det norske helsesystemet selv om Polen kan foretrekkes i noen situasjoner. Dette krever i sin tur at man må ha kunnskap om bruksmåtene til det typisk norske helsesystemet og utvikle språklige ferdigheter.

Videre er det etter min mening viktig å reflektere mer over bruk av det norske helsesystemet. De utfordringene som man opplever ved møtet med det norske helsevesenet (og dette gjelder i størst grad primærhelsetjenesten), oppdager man i praksis, og lærer å takle sådan. Det vil si at man ikke er bevisst at for eksempel fastlegen har en *portåpnerfunksjon* eller at helsetjenester er bygd opp rundt premisene om *brukermedvirkning*. Det som inkluderes og omtales i reformer og retningslinjer virker ikke å være en del av de polske pasientenes kunnskap. Derfor oppstår det følgende spørsmål: på hvilken måte kan innvandrere skaffe seg kunnskap om dette? Det virker viktig å løfte bevissthetsnivået blant innvandrere om de premisene helsetjenesten i Norge baserer seg på, og på denne måten bidra til å gi pasientene med innvandrerbakgrunn større brukerkompetanse. Som denne studien viser, kan blant annet de nevnte utfordringene bidra til underbruk av de norske helsetjenestene. Funnene viser at tillit også er en viktig komponent. Manglende tillit kan være en av årsaker til at lege-pasientrelasjon ikke er like harmonisk som for eksempel Parsons (1951) fremstilte den. En annen refleksjon gjelder selve leger. Siden lege-pasientrelasjonen er en interaksjon mellom to parter, virker det viktig å ta i betraktning at leger også trenger kunnskap for å bedre forstå behov som deres utenlandske pasienter har. Denne studien utgjør dermed et bidrag til dette. De utfordringene som jeg har identifisert, ledsaget med forklaringene som ble presentert, utvider tidligere studien til Czapka (2012), og utgjør et steg mot bedre forståelse av polske pasienters bruk av helsetjenester.

Studiens funn fører også til noen teoretiske implikasjoner som jeg anser som relevant å reflektere over. Dette gjelder for eksempel begrepet transnasjonalisme. Migrantenes helsepraksiser er som jeg har visst av transnasjonal karakter. På grunn av sin spesifikke natur kan de relateres til det som Levitt og Glick-Schiller (2004) hevder, det vil si at diskusjonen om

transnasjonalisme også burde inkludere aktiviteter som finner sted kun en gang i blant. Transnasjonale helsepraksiser kan dermed betraktes på en lignende måte. Migrantene engasjerer seg i dem for det meste i krisesituasjoner. Slike krisesituasjoner er nødvendigvis ikke regelmessige og dermed tas helsetjenester i bruk etter behov som oppstår. Videre bekrefter funnene at økonomisk og sosial kapital er viktige elementer i det transnasjonale livet.

Neste teoretiske funn gjelder Parsons og hans sykerollen. Studien viser at innvandrere kan ha det vanskelig å inngå i denne rollen selv om Parsons (1951) hevdet at alle, uansett deres sosial status kan gjør det. Det som ble presentert utfordrer Parsons sin antagelse ved å vise at innvandrere kan føle seg mindreverdige og prioritere andre sosiale roller som de vurderer som mer betydelige for å lykkes i det nye samfunnet.

Denne studien som lener sterk på teoriene til Pierre Bourdieu, viser at hans begrep kan være fruktbart i analyser av migrasjonsprosesser. En av implikasjonene gjelder det romslige aspektet. Min studie viser at anvendelse av Bourdieus sine begreper habitus, felt og kapital til fenomener som overskrider statens grense kan være gode analytiske verktøy. Det romslige aspektet som Bourdieu selv ikke presiserte (Kelly og Lusi 2006) synliggjøres gjennom denne studiens funn. Studien viser også at begrepene har et potensiale for utvikling når man bruker dem i migrasjonsforskning. Dette gjelder spesielt begrepene habitus, som Bourdieu selv oppfattet som et åpent system (Bourdieu og Wacquant 1992: 133), og felt. Gjennom analyser av migrasjonsfenomener, som på mange måter viser til store omskiftninger i menneskets liv, kan egenskaper av habitus settes i et annet perspektiv. Fastlagte disposisjoner og kognitive egenskaper utfordres gjennom plasseringen i forholdene som avviker fra de opprinnelige, som står bak utforming av habitus, og dermed skaper muligheter for å analysere dens endringer. Det er slike situasjoner som virker å gi mest rom for diskusjon siden de ofte utgjør radikale brudd med menneskets verden som hittil ble tatt for gitt. Begrepet hysterisis blir dermed av spesiell betydning i diskusjonen om endringer i habitus. I tillegg kan begrepet felt, slik Levitt og Glick-Schiller (2004) postulerer, anvendes til å belyse hvordan transnasjonale felt etableres og opprettholdes gjennom transnasjonale aktiviteter, som for eksempel bruk av helsetjenester. Dette vises blant annet gjennom et konstant vekselspill mellom den norske og polske konteksten.

7.1 Videre forskning.

Siden det per i dag foreligger lite kunnskap om de polske arbeidsinnvandrernes sin bruk av helsetjenester i Norge synes det viktig å utforske videre noen av de aspektene som jeg har vært

inn på i denne studien. Dette inntrykket forsterkes av det faktum at polakker er den største innvandrerguppen i Norge og at det rettes mye oppmerksomhet mot kontakter mellom innvandrere og det norske helsevesenet generelt. I min studie har jeg identifisert noen områder som gir opphav til nye spørsmål. Etter min mening er det spesielt viktig å eksplorere videre på relasjonen mellom polske pasienter og norske fastleger siden dette virker å være mest problematisk. Det er flere årsaker til dette. For det første er det fastlegens sentrale funksjon i helsesystemet som gjør at det er denne tjenesten man benytter seg mest av. Dermed virker det viktig å produsere mer detaljert kunnskap som kan tjene polske pasienter, men også disse pasientenes norske fastleger. For det andre er det viktig å huske at det er begge partene som kan oppleve utfordringer siden begge møter det ukjente. Pasientene ankommer legekantoret med sine forventninger og handler ut fra dem, og det samme kan gjelde legene. Bevissthet om at begge partene kan misforstå hverandre og dermed undergrave tilliten dem imellom virker å være viktig. En måte man kan studere dette videre på kan være gjennom en interaksjonsanalyse ved anvendelse av varierte metoder. Analyser av videopptak av legetimer og intervjuer, eller spørreskjemaer før og etter legetimer som omhandler for eksempel spørsmål om forventninger og graden i hvilken disse ble oppfylt, kunne gi en dypere forståelse.

8. Litteraturliste.

Aase, T.H., Fossåskaret, E. (2007) – «*Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*» Universitetsforlaget

Al-Ali, N., Koser, K. (2002) – «*New Approaches to Migration. Transnational communities and the transformation of home*» Routledge

Bergmark, R., Barr, D., Garcia, R. (2010) «Mexican Immigrants in the US Living Far from the Border may Return to Mexico for Health Services» i: «*Immigrant Minority Health*» 12, 610-614

Bourdieu, P. (1972) - «*Outline of a Theory of Practice*» Cambridge

Bourdieu P (1986) «The forms of capital» In: Richardson JG (ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Westport, CT: Greenwood Press, 241–258.

Bourdieu, P. (1990a) - «*The logic of practice*» Polity Press

Bourdieu, P. (1990b) - «*In Other Words. Essays Towards a Reflexive Sociology*» Polity Press

Bourdieu, P. (1997) - «*Pascalian meditations*» Stanford University Press

Bourdieu, P., Wacquant, L- (1992) – «*An Invitation to Reflexive Sociology*» Polity Press

Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P. (2012) «*Improving the health-care system in Poland*» Economics Departement Working Paper No. 957, OECD

Bø, I., Schiefloe, P.M (2007) – «*Sosiale landskap og sosial kapital. Innføring i nettverkstenkning*» Universitetsforlaget

Charles, C., Whelan, T., Gafni, A. (1999) – «What do we mean by partnership in making decisions about treatment?» i: *BMJ* 319, 780-782

Czapka, E.A- (2010) - «*The Health of Polish labour immigrants in Norway. A Research Review*» NAKMI report 3/2010

CBOS (2008) - «*Using Health Services*» - Research Report

Durieux- Paillard, S. (2011) – «Differences in language, religious beliefs and culture: the need for the more responsive health services» i: Rechel, B., Mladovsky, P., Deville, W., Rijks, B.,

Petrova- Benedict, R., McKee, M. (red.) – «*Migration and health in European Union*» European Observatory on Health Systems and Policy Series. Open University Press

Emanuel, J.E., Emanuel, L.L (1992) – «Four models of the physician- patient relationship» i: «*The Journal of the American Medicine*» 267, no.16, 2221

Eurostat (2011) – «*Migrants in Europe. A statistical portrait of the first and second generation*» Statistical Books

Eurostat (2014) – «*Migration and migrant population statistics*» lastet ned fra: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics

Friberg, J.H (2012) – «The Stages of Migration. From Going Abroad to Settling Down: Post-Accession Polish Migrant Workers in Norway» i: *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 38(10), 1589-1605(17)

Friberg, J.H og Eldring, L. (2011) - «*Polonia i Oslo 2010- Mobilitet, arbeid og levekår blant polakker i hovedstaden*» Fafo, Oslo

Friberg, J.H, Dølvik, J.E., Eldring, L. (2013) – «*Arbeidsmigrasjon til Norge fra Øst og Sentral-Europa*» Forskningsrådet

Friberg, J.H, Elgvin, O., Djuve, A.B. (2013) – «*Innvandrere som skulle klare seg selv. Når EØS-avtalens frie flyt av arbeidskraft møter velferdsstatens bakkebyråkrati*» Fafo, Oslo

Gwyn, R. (2002) - «*Communicating Health and Illness*» Sage

Gambetta, D. (1988) – «Can We Trust Trust?» i: Gambetta, D. (red.) «*Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*» Oxford: Basil Blackwell

Giddens, A. (2001) - «*Sociology*», Polity Press

Glick Schiller, N., Basch, L., Szanton Blanc, C.-(1992) - «Towards a definition of transnationalism. Introductory Remarks and Research Questions»

Glick Schiller, N., Basch, L., Szanton Blanc, C. (1995) - «From immigrant to transmigrant: theorizing transnational migration» i: «*Anthropological Quarterly*» 68:1

Glorius B., Friedrich, K. (2006) - «Transnational Social Spaces of Polish Migrants in Leipzig (Germany)» i: «*Migracijske i etničke teme*» 22, 1-2: 163-180.

Good, D.- (1998) «Individuals, Interpersonal Relations, Trust» i: Gambetta, D. (red.) «*Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*» Oxford: Basil Blackwell

Goold, S.D. (2002) – «Trust, Distrust and Trustworthiness. Lessons from the field» i: «*Journal of General Internal Medicine*» vol.17

Guadagnoli, E., Ward, P. (1998) – «Patient participation in decision making» i: «*Social Science Medicine*» Vol. 47. No. 3, s. 329-339

Hall, M.A, Dugan, E., Zheng, B., Mishra, A.K. (2001) – «Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?» i: «*The Milbank Quarterly*» Vol. 79, No. 4, 613- 639

HELFO (2014) – «*Egenandeler for helsetjenester*» lastet ned fra:
<http://www.helfo.no/privatperson/egenandeler/Sider/default.aspx#.VAhkR2PV68w>

Helsedirektoratet (2009) – «*Migrasjon og helse- utfordringer og utviklingstrekk*» Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet (2011) – «*Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*» Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) – «*Likeverdige helse- og omsorgstjenester- god helse for alle- Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*» Oslo

Horton, S., Cole, S. (2011) – «Medical returns: Seeking health care in Mexico» i: «*Social Science and Medicine*» 72, 1846-1852

Joas, H. og Knobl, W. (2009) - «*Social Theory- Twenty Introductory Lectures*» Cambridge University Press

Johansen, B., Solbjør, M. (2012) – «Brukermedvirkning som «universalmiddel» for helsetjenestens problemer» i Tjora, A. (red.) «*Helsesosiologi. Analyse av helse, sykdom og behandling*» Gyldendal Akademisk

Jenkins, R. (2002) - «*Pierre Bourdieu*» Routledge

Kaczmarek, K., Flynn, H., Letka-Paralusz, E., Krajewski-Siuda, K., Gericke, C.A. (2013) – «The process of privatisation of Health Care Provision in Poland» i: «*Value in Health Regional Issues*» 2, 306-311

Kelly, P., Lusic, T. (2006) – «Migration and the transnational habitus: evidence from Canada and the Philippines» i: «*Environment and Planning*» vol. 38, 831-847

Kjeldstadli, K. (2008) - «*Samensatte samfunn. Innvandring og inkludering*» Pax Forlag

Kowalska, K. (2007) – «Managed care and a process of integration in health care sector: A case study from Poland» i: «*Health Policy*» 84, 308-320

Krause, K. (2008) – «Transnasjonal Therapy Networks among Ghanaians in London» i:

«*Journal of Ethnic and Migration Studies*» 34:2, 235-251

Kringlen, E. – (1986) – «*Pasientbehandling*» Universitetsforlaget

Kvale, S. (1997) – «*Det kvalitative forskningsintervju*» Gyldendal Akademisk

La Frombiose, T., Coleman, L.K.H., Gerton, J., (1993) - «Psychological Impact of Biculturalism: Evidence and Theory» i: «*Psychological Bulletin*» Vol. 114. No. 3, 395-412

Lewandowski, A.R.- (2011) - «*Trust in health care*» i: Contemporary Management Quarterly

Lee, J.Y., Kearns, R.A., Friesen, W. (2010) – «Seeking affective health care: Korean immigrants' use of homeland medical services» i: «*Health & Place*» 16, 108-115

Leven, B. (2005) – «Corruption and reforms: A case of Poland's medical sector» i: «*Communist and Post- Communist Studies*» 38, 447-455

Levitt, P., Glick Schiller, N. (2004) - «Conceptualizing Simultaneity: a transnational social field perspective on society» i: «*International Migration Review*» Nr 38, 595-629

Lewicki, R.J, McAllister, D.J, Bies, R.J (1998) – «Trust and distrust: New relationships and realities» i: «*The Academy of Management Review*» 23,3, 438-454

Lian, O.S – (2007) «*Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*» Høyskoleforlaget.

Lian, O.S (2008) – «Pasienten som kunde» i: Tjora, A. (red.) «*Den moderne pasienten*» Gyldendal Akademisk

Ministry of Health- Republic of Poland (2012) – «*Standardy postepowania medycznego przy udzielaniu swiadczen zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobieta w okresie fizjologicznej ciazy, fizjologicznego pologu oraz opieki nad noworodkiem*»

Millard, F. (1995) - «Changes in the health care system in post-Communist Poland» i: «*Health and Place*» Vol. 1, No. 3, s: 179-188

Mladowsky, P., Rechel, B., Ingleby, D., McKee, M. (2012) – «Responding to diversity: An explanatory study of migrant health policies in Europe» i: «*Health Policy*» 105, 1-9.

Morawska, E. (2009) - «*A sociology of immigration- (Re)Making Multifaceted America*» Palgrave Macmillan

Morgan, M. (2000) – «The doctor patient relationship» i: Scambler, G. (red.) «*Sociology as Applied to Medicine*» (4th ed.) London: W.B. Saunders

Mouzelis, N. (1995) – «*Sociological Theory: What Went Wrong? Diagnosis and Remedies*»
Routledge

OECD - UNDESA og (2013) – «*World Migration in Figures*»

O'Reilly, K. (2012) - «*International Migration & Social Theory*» Palgrave Macmillan

Ostrowska, A (2006) - «*Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie*» lastet ned fra: <http://rcin.org.pl>

Parsons, T. (1951) – «*The social system*» Quid Pro Books

Piore, M. (1979) - «*Birds of passage- Migrant labour and industrial societies*» - Cambridge University Press

Polish Gynaecological Society (2005) – «*Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu*»

Portes, A., Guarnizo, L.E., Landolt, P. (1999) - «The study of transnationalism: pitfalls and promise of an emergent research field» i: «*Ethnic and Racial Studies*» Vol. 22, Nr 2

Portes, A. (2001) – «Introduction: the debates and significance of immigrant transnationalism» i: «*Global Networks*» 1,3 181-193

Postholm, M.B. - (2005) - «*Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*» Universitetsforlaget.

Rechel, B., Mladovsky, P., Deville, W., Rijks, B., Petrova- Benedict, R., McKee, M. (red.) – (2011) - «*Migration and health in European Union*» European Observatory on Health Systems and Policy Series. Open University Press

Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl A. K. (2013) – «Norway: Health system review.» i: «*Health Systems in Transition*» 15(8): 1– 162.

Rye, J.F, Andrzejewska, J. (2012) – «Lost in Transnational Space? Migrant Farm Workers in Rural Districts» i: «*Mobilities*» 7:2, 247-268

Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domański F, Czyżewski M, Goryński P, Karpacka D, Kiersztyn E, Kowalska I, Księżak M, Kuszewski K, Leśniewska A, Lipska I, Maciąg R, Madowicz J, Mądra A, Marek M, Mokrzycka A, Poznański D, Sobczak A, Sowada C, Świderek M, Terka A, Trzeciak P, Wiktorzak K, Włodarczyk C, Wojtyniak B, Wrześniewska-Wal I, Zelwianańska D, Busse R. (2011) - «Poland: Health system review» i: «*Health Systems in Transition*» 2011, 13(8):1–193.

Sayad, A. – (2004) – «*The suffering of the immigrant*» Polity Press.

Sosial og helsedirektoratet (2005) – «*Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*» Nasjonale faglige retningslinjer.

St. Meld. nr. 47 (2008-2009) – «*Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid.*» Helse- og omsorgsdepartementet.

St. Meld. 6 (2012) - «*En helhetlig integreringspolitikk. Mangfold og felleskap*» Det kongelige Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

St.Meld. nr. 34 (2012) – «*Folkehelsemeldingen. God helse-felles ansvar*» Det Kongelige Helse og omsorgsdepartementet.

Starfield, B. (1994) – «Is primary care essential?» i: «*Lancet*» Vol 344, s. 1129- 1333

Statistisk Sentralbyrå- (2014) - «*Innvandrere og norskfødte med innvandrere foreldre, 1 januar 2014*» hentet fra: <http://www.ssb.no/innvbef/>

Stiles, D.A., Hylland- Eriksen, T. (2003) – «Psychosocial Adjustment and Migration in Norway» i: Adler, L.L., Gielen, U.P. (red.) «*Miration. Immigration and Emigration in International Perspective*» Praeger.

Store Norske Leksikon (1998) - Aschehoug og Gyldendals- Kunnskapsforlaget- 3 utgave

Taylor, K. (2008) – «Paternalism, participation and partnership – The evolution of patient centeredness in the consultation» i: «*Patient education and Counseling*» 74, 150-155

Thagaard. T. (1998) – «*Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*» Fagbokforlaget

Thom, D.R, Kravitz, R.L, Bell, R.A, Krupat, E., Azari, R. – (2002) – «Patient trust in the physician: relationship to patient request» i: «*Family Practice*» Vol. 19, No.5

Thomas, F. (2010) – «Transnational health and treatment networks: Meaning, value and place in health seeking amongst southern African migrants in London» i: «*Health & Place*» 16, 606-612

Tjora, A. (2010) – «*Kvalitative forskningsmetoder i praksis*» Gyldendal Akademisk

Tronstad, K.R.(red.) (2004) - «*Innvandring og innvandrere 2004*» Statistisk Sentralbyrå, Oslo-Kongsvingen

Vertovec, S. (1999) - «Conceiving and Researching Transnationalism» i: «*Ethnic and Racial Studies*» Vol. 22. No. 2

Vertovec, S.- (2009) - «*Transnationalism*» - Routledge

Waldinger, R., Fitzgerald, D. (2004) - «Transnationalism in question» i: «*American Journal of Sociology*» Vol 109, Nr 5, 1177-95

Wideberg, K. (2001) – «*Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*» Universitetsforlaget

9. Vedlegg

Vedlegg1 - Intervjuguide

Briefing

Takk for at du var villig til å stille til intervju. Temaet for prosjektet er bruk av helsetjenester blant arbeidsinnvandrere fra Polen. Til å begynne med vil jeg stille et par spørsmål angående din bakgrunn og ditt liv i Norge. Deretter vil jeg gjerne gå over til spørsmål som gjelder din bruk av helsetjenester. Det er vanlig å bruke båndopptaker under slike intervjuer. Dette gjør analysen lettere. Er det greit for deg at intervjuet vil bli tatt opp? Opptaket vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Jeg garanterer full anonymitet.

Det er lov å trekke seg fra intervjuet når som helst uten å angi grunnen. Det samme gjelder enkelte spørsmål. Du kan nekte å svare på spørsmål som du anser som upassende eller for sensitive uten å gi forklaring.

Samtidig vil jeg oppfordre deg til å uttrykke din mening selv om du kanskje tenker at den kan være kontroversiell, og til å reflektere over de situasjonene du beskriver.

Introduksjonsspørsmål

Kjønn

Alder

Utdanning- (type)

Hvor lenge har du bodd i Norge?

Hvorfor bestemte du å dra til Norge?

Hva driver du med i Norge?

-Jobber du?

-Hva slags jobb har du?

Hvor bor du?

-eier du eller leier

-hvis svaret er leie: har du planer til å kjøpe?

Har du familie med seg?

Har du barn som bor i Norge?

Har du et nettverk?

-Kjenner du mange?

Kan du norsk?

Kan du vurdere dine språk ferdigheter på en skala fra 0 til 5 der 0 betyr at du forstår ingenting, 1 at du forstår noen enkle ord og 5 at du snakker norsk uten noen problemer?

Hvordan lærer du/ lærte du norsk?

Hvor lenge tenkte du å bli i Norge når du kom hit første gang?

Har dette endret seg?

Hvordan opplevde du første tiden etter du kom til Norge?

Har dette endret seg?

Hvis svaret er ja: hva var avgjørende?

Hvor ofte besøker du Polen. Eller: Besøker du Polen regelmessig?

Hvor lenge oppholder du deg i Polen når du reiser dit?

A) Bruk av helsetjenester i Polen og innhenting av informasjon om det norske helsevesenet før innvandring

1. Kan du fortelle om en vanlig tur til legen i Polen?
2. Kan du fortelle en uvanlig tur til legen i Polen?
3. Har du noen sykdommer/ plager som du måtte behandlet over lengre tid i Polen før du dro til Norge?
 - *Hvis svaret er ja: fortsetter du med behandling? Hvor?*
 - *Hva var avgjørende for at du bestemte seg å fortsette behandling i Polen/ bruke helse tilbud i Norge?*
4. Hvordan ville du generelt beskrive helsevesenet i Polen?
5. Har du tenkt om helserelevante ting og helsetjenester før du dro til Norge?
6. Tenkte du om hva slags tilbud finnes i Norge for deg som framtidig innvandrer?
7. Tenkte du om dine rettigheter?
8. Hvordan fant du ut om ulike ordninger for innvandrere når det gjelder bruk av helsetjenester i Norge?
 - *nettsider*
 - *ambassade*
 - *nettforum*
 - *andres meninger, erfaringer.*
9. Hadde/ har du en privat forsikring i Polen mens du oppholder deg i Norge?

B) Bruk av helsetjenester i Norge

1. Hva var din første erfaring med helsevesenet i Norge?
 - *Kan du gi så detaljert som mulig beskrivelse av denne situasjonen?*
2. Hvordan var det første møte med norske helsevesenet for deg som innvandrer?
 - *Hva følte du? Hvilke følelser var knyttet til dette?*
 - *Har du forberedt deg på en eller annen måte?*
3. Har det skjedd at du måtte dra til legevakt?
 - *Kan du fortelle om dette?*
4. Har du vært hos fastlege?
5. Hvordan var det å gå til fastlege for første gang?
6. Kan du fortelle om en vanlig tur til lege i Norge?
7. Kan du fortelle om en uvanlig tur til lege i Norge?
8. Venter du lenge før du bestemmer deg å dra til fastlege? Lengre enn du ville vente i Polen?
9. Har du prøvd å helbrede sykdommen på din egen hånd?

10. Ville du gjøre det samme hvis det hadde vært i Polen?
11. Hvordan kan du beskrive kontakt med din fastlege?
12. Har du hatt noen problemer med lege?
 - *Hvis svaret er ja: hva slags problemer hadde du?*
13. Er det første fastlege du har?
 - *Hvis svaret er nei: hva var grunnen for at du bestemte å bytte lege?*
14. Har du noen andre erfaringer med helsevesenet i Norge du vil fortelle om?
15. Har det vært noen forandring i måten du bruker helsetjenester etter å ha bodd i Norge en stund?
16. Har dine meninger om det norske helsevesenet endret seg?
17. Hvordan ville du beskrive måte helsetjenester er organisert i Norge?
18. Hva slags inntrykk gjør det norske helsevesenet på deg?
19. Hvilke forskjeller og likheter finner du mellom det Norske og Polske helsevesenet?
20. Tror du at det er behov for polske leger i Norge?
21. Ville du benytte deg av slik tilbud hvis det fant i nærheten av det stedet du bor?
22. Tror du at det ville påvirke bruk av helsetjenester blant polakker?
23. På hvilken måte?

Kommunikasjon med lege

1. Hvordan kommuniserer du med lege?
2. Snakker du engelsk eller norsk?
3. Hvordan bestiller du time?
4. Forbereder du deg språklig før turen til lege?
5. Har du noen som hjelper deg språklig?
6. Bruker du tolk?
 - *Hvis svaret er ja:*
 - *-hvordan fant du ut at det finnes tolketjeneste?*
 - *-hvordan oppleves det å bruke språklig hjelp i sånne situasjoner?*
 - *Hvordan oppleves det å ha en tredje person til stede i legekontoret?*

Bruk av helsetjenester i Polen etter innvandring til Norge

1. Skjer det at du benytter anledning at du er i Polen for å bruke polske helsetjenester?
2. Hvilke typer tjenester bruker du?
3. Hva er avgjørende for at du benytter helse tjenester i Polen?
4. Planlegger du besøk hos lege i Polen mens du oppholder deg i Norge?
5. Hvor lenge før utreise?
6. Bruker du mye penger på helsetjenester i Polen?
7. Henter du dine egne legemidler fra Polen?
 - *Hvilken type?*
 - *Hvis svaret på spørsmål om henting av legemidler fra Polen er positiv: Hvorfor*

braker du ikke norske legemidler?

8. Planlegger du hvilke legemidler skal du hente?
9. Hvilke kriterier bruker du?
10. Bruker du mye penger på legemidler i Polen?
11. Bruker du opp alle legemidler du henter?
12. Ber du de du kjenner om å frakte noen legemidler fra Polen når de dra til Polen?

13. Har det skjedd at du bestemte deg for behandling i Polen selv om du hadde mulighet til å gjør det i Norge?
 - *Uansett hvilket svar: hva var grunnen til dette?*
14. Har du kontakt med noen leger mens du oppholder deg i Norge?
15. Hvis svaret er ja: hvordan kommuniserer dere?
16. Er det noen du kjenner personlig?

Bruk av helsetjenester i framtiden

1. Kan du forestille deg at i framtiden vil du benytte kun norske legetjenester?
2. Hva må til at dette skal skje?
3. Hva er avgjørende?
 - *Hvis svar er nei: hva er grunnen til dette?*
4. Blir det også en tilfelle selv om du bestemmer å bo i Norge for godt?
 - *Hva med dine barn?*

Den ideale legen og det idelle helsevesenet

1. Hva er etter din mening egenskaper av den perfekte legen?
2. Hva er etter din mening det viktigste aspekter ved kontakt med lege?
3. Hva er dine forventninger når det gjelder helsetjenester?

Avslutning/ oppsummering

1. Hva synes du om intervjuet og spørsmål du ble bedt å svare på?
2. Var det noe som var ubehagelig?
3. Var det noe som du opplevde som graving i ditt liv?
4. Har du noen forslag til andre spørsmål som kan bli stilt i forbindelse med dette temaet?
5. Går det greit om jeg tar kontakt med deg i tilfelle jeg lurer på noe eller trenger en ekstra forklaring?

Vedlegg 2

Forespørsel om deltagelse i undersøkelse av polakkers bruk av helsetjenester.

Jeg er masterstudent i sosiologi ved NTNU og vil skrive en masteroppgave om hvordan vi, arbeidsinnvandrere fra Polen bruker helsetjenester. Noen av oss velger å benytte seg av det norske helsevesenet andre velger det polske. Mitt mål er finne ut hvilke erfaringer, meninger og refleksjoner har vi rundt dette.

Jeg planlegger å gjennomføre individuelle intervjuer på polsk i periode november- desember 2013. Hvert intervju vil tar ca. 1- 1,5 time. Tidspunkt og sted for intervjuer vil bli avtalt individuell og tilpasset til forholdene som passer de som ønsker å delta. Data som samles vil bli anonymisert slik at det blir umulig å identifisere enkelte personene. Prosjektets mål er ikke innsamling av sykdomsjournaler. Det er opp til den enkelte å gi slike opplysninger.

Du er hjertelig velkommen til å delta!

Jakub Stachowski

Tel. 99885127

e-mail: jakubst@stud.ntnu.no

Vedlegg 3

Kvittering fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Johan Fredrik Rye
Institutt for sosiologi og statsvitenskap NTNU
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

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

Vår dato: 30.10.2013

Vår ref: 36021 / 5 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36021</i>	<i>Polske arbeidsinnvandreres transnasjonale bruk av helsetjenster</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Johan Fredrik Rye</i>
<i>Student</i>	<i>Jakub Stachowski</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Jakub Stachowski Landstads veg 25 7052 TRONDHEIM



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

