

Transnasjonale helsepraksiser. Bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere i Norge

Jakub Stachowski og Johan Fredrik Rye

Jakub Stachowski, stipendiat, master i sosiologi, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU, Universitetssenteret Dragvoll, Trondheim, jakub.stachowski@svt.ntn.no

Johan Fredrik Rye, dr.polit., Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU, Universitetssenteret Dragvoll, Trondheim, johan.fredrik.rye@svt.ntnu.no

Abstract

Transnational Health Practices among Polish Labor Migrants in Norway

The article discusses the use of health-care services among Polish labor migrants in Norway. We apply theories of patient–physician relationship, trust, and transnationalism to analyze a material of qualitative in-depth interviews with eleven Polish labor migrants about their health practices. The material demonstrates how and why many Polish labor migrants evaluate Norwegian primary health care negatively. Their main reason for doing so is the non-paternalistic doctor–patient relationship. They therefore supplement Norwegian health services with health services available in their home country. However, the labor migrants tend to evaluate the Norwegian health system more favorably as time passes. In total, the Poles establish creative, reflexive, competent, and dynamic health practices that go beyond national state borders and combine elements of two health-care systems. We argue that these practices enable migrants to enhance the total quality of their health care.

Keywords/Nøkkelord

health services; labor migration; transnationalism; Poland; welfare state

helsetjenester; arbeidsinnvandring; transnasjonalisme; Polen; velferdsstat

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4074>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Innledning

Migranternes helse og bruk av helsetjenester har fått mye oppmerksomhet i de europeiske landene de siste årene (Rechel, Mladovsky, Deville, Rijks, Petrova og McKee 2011), ikke minst som følge av den betydelige arbeidsinnvandringen fra de øst- og sentraleuropeiske landene til Vest-Europa etter EU/EØS-utvidelsene i 2004 og 2007. Norge er blant de landene som har mottatt flest arbeidsinnvandrere i forhold til folketallet (Friberg, 2016). I dag er om lag 182 000 østeuropeere bosatt i landet, og gruppen utgjør dermed om lag 3,6 prosent av befolkningen (IMDi 2016). De representerer dermed også en betydelig utfordring for dagens norske helsevesen og, mer allment, den norske velferdsstatens fremtid.

Migranter utgjør en mangfoldig gruppe og kjennetegnes av stor variasjon når det gjelder migrasjonsårsak, opprinnelsesland, alder, sosial og kulturell bakgrunn og ikke minst helsetilstand og behov for helsetjenester. Mangfoldet skaper utfordringer for nasjonalstatene som forsøker å inkludere innvandrerne i sine nasjonale helsesystemer (Mladovsky 2011). I den første fasen etter ankomsten i det nye landet har migrantene gjerne bedre helse enn normalbefolkningen, den såkalte healthy migrant effect, men mange vil etter hvert utvikle betydelige helseproblemer. Samtidig møter mange innvandrere både formelle og uformelle hindringer i møte med vertslandets helsesystemer (Nørredam og Krasnik 2011). Lovverk, reguleringer og politiske føringer kan innskrenke migrantenes rettigheter. Like viktig er trolig de mange uformelle hindringene som er knyttet til kulturforskjeller, problemer med kommunikasjon mellom innvandrerne og helsepersonellet og migrantenes sosiokulturelle bakgrunn (Nørredam og Krasnik 2011). Resultatet kan være at innvandrerne har et dårligere helsetilbud enn den øvrige befolkningen.

Også de norske helsemyndighetene har identifisert en rekke potensielle utfordringer som følge av de siste årenes betydelige innvandring til landet. Disse truer det overordnede målet om at alle – også innvandrere – skal sikres god og likeverdig tilgang til helsetjenester (Helsedirektoratet 2009; Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Samtidig frykter man at det norske helsevesenets økonomiske bærekraft utfordres hvis man skal tilby kostnadskrevenne helsetjenester til en stadig større innvandrerbefolkning. Bekymringene knyttes til mer allmenne utfordringer for den norske velferdsstatens fremtid. Den politiske retorikken, både her hjemme og i andre vesteuropeiske land, domineres derfor av forslag til innstramminger, for eksempel slik at man kan stoppe innvandrernes «trygdemisbruk» (se Hatland 2015). Det har også vært påpekt at arbeidsinnvandrerne over tid blir storforbrukere av helsetjenester, og at den kortsiktige effekten av at landet får

tilgang på produktiv arbeidskraft, etter hvert spises opp (Bratsberg, Raaum og Røed 2010).

Diskusjonen om arbeidsinnvandreres innvirkning på velferdsstaten er preget av aggregerte økonomiske beregninger. Man forsøker å estimere arbeidsinnvandrernes samfunnsøkonomiske bidrag og motsvarende forbruk av forskjellige velferdstjenester. Målet har vært å utvikle helsetjenester og andre velferdsordninger som er økonomisk robuste i møte med utfordringene som følger av den økte arbeidsinnvandringen. Nyere analyser av registerbaserte tryggedata (Hatland 2015) viser imidlertid at bekymringene for trygdeeksport i stor skala er overdrevne. Hatlands konklusjon er at «[e]ksport av trygdeytelser er ingen alvorlig trussel mot den norske velferdsstatens økonomiske bærekraft» (s. 145): Hatland legger samtidig til at trygdeeksport kan bidra til å utfordre velferdsstatens normative bærekraft (Hatland 2015).

Det er færre forskningsbidrag som har analysert den faktiske bruken av helsetjenester og andre velferdstjenester fra arbeidsinnvandrernes perspektiv. Tkachenko (2013) har skrevet om russiske kvinnelige innvandreres relasjoner til sine fastleger og finner at de bruker fastlegene mindre og dessuten er misfornøyde. Også Czapkas (2010) studie av polske arbeidsinnvandrere viser at manglende informasjon, språklige barrierer og økonomiske vurderinger fører til at mange ikke kontakter det norske helsevesenet når de blir syke. I stedet velger flertallet (60 prosent) å oppsøke leger i hjemlandet. Czapkas (2010) studie aktualiserer videre at mange har lav tillit til de norske fastlegene. Czapka og Sagbakken (2016) viser videre hvordan organiseringen av det norske helsevesenet og oppfatningen av norske legers kompetanse og holdninger, reduserer innvandrernes bruk av helsetjenestene som tilbys. Migrantenes skepsis til norske leger trekkes også frem av Goth og Berg (2011), som blant annet hevder de norske legenes aktive bruk av Felleskatalogen under konsultasjoner skaper tvil om deres kompetanse hos deres polske pasienter. Samtidig viser forskning at det å ha polsk nettverk og positive opplevelser med helsepersonalet gjør det lettere å kontakte det norske helsevesenet (Czapka og Sagbakken, 2016). Dette er observasjoner som også er tydelige i vår studie. I denne artikkelen foreslår vi et bedre teoretisk rammeverk for å forstå arbeidsinnvandrernes relasjon til det norske helsevesenet og transnasjonale helsepraksiser.

I artikkelen skal vi derfor utforske hvordan østeuropeiske arbeidsinnvandrere opplever og fortolker sine erfaringer med det norske helsevesenet, og hvordan de tilpasser seg det. Mer konkret ønsker vi å forstå hvordan arbeidsinnvandrerne møter det norske helsevesenet, og hvordan deres erfaringer har konsekvenser for deres strategier for bruk av helsetjenester. Som antydnet i tidligere studier (Czapka, 2010, Czapka og Sagbakken, 2016) er det samtidig avgjørende å forstå hvordan migrantene også forholder seg til sine hjemlige helsesystemer. I praksis kan de kombinere norske helsetjenester med helsesystemet i hjemlandet.

Den overordnede problemstillingen er dermed: Hvordan konstruerer arbeidsvinnvandrere sine helsepraksiser i skjæringspunktet mellom flere nasjonale helsesystemer?

Artikkelens diskusjoner er avgrenset til bruken av helsetjenester blant medlemmer av den største innvandrerguppen i Norge, polakkene. Som nevnt ovenfor, er det i dag 182 000 bosatte østeuropeere i Norge. Av disse er over halvparten (95 000) polske. De utgjør også en betydelig del – nesten 14 prosent – av den totale innvandrere befolkningen i Norge (SSB 2016). De aller fleste polakkene er arbeidsinnvandrere. Vi diskuterer deres erfaringer med utgangspunkt i et kvalitativt datamateriale, der elleve polske arbeidsinnvandrere reflekterer over sine helsepraksiser og hvordan de kombinerer norske og polske helsetjenester. Diskusjonen konsentrerer seg om deres møter med den norske primærhelsetjenesten – spesielt fastlegene – som for de fleste migrantene representerer deres første opplevelse med det norske helsevesenet. Først skal vi imidlertid kort redegjøre for to teoretiske begreper som vi har funnet fruktbare for å forstå de østeuropeiske arbeidsmigrantenes helsepraksiser.

Teoretiske perspektiver

De siste tiårenes globaliseringsprosesser har endret de internasjonale migrasjonsmønstrene. Utviklingen av nye former for teknologi og kommunikasjonsutvikling har «komprimert» tid og rom (Giddens 1990) og reduserer den romlige friksjonen mellom ulike steder og samfunn. Dermed skapes nye rammebetingelser for global migrasjon ved at det på mange måter – økonomisk, kulturelt og sosialt – blir enklere å reise mellom land og kulturer. Økt samhandling knyttes både til økt fysisk (personlig) mobilitet og til symbolske kommunikasjonsformer på tvers av landegrenser (for eksempel internett). Resultatet er at flere er på flyttefot på tvers av landegrenser. Per i dag anslås det at om lag 232 millioner av jordens befolkning lever i et annet land enn fødelandet (ILO 2015).

Fremveksten av nye migrasjonsmønstre var utgangspunktet for Schiller, Basch og Blanc-Szantons (1994) lansering av begrepet transnasjonalisme innen samfunnsvitenskapene på 1990-tallet. De hevder at vår tids migrasjon strømmer ikke bare er større enn tidligere. De mener også migrasjonsfenomenet er kvalitativt annerledes. Migrantenes hverdagsliv preges i dag ofte av sosiale og kulturelle praksiser som går på tvers av landegrenser, og fører til et større mangfold i økonomiske, familiære, politiske og religiøse relasjoner. Transnasjonalismeperspektivet utfordrer dermed det tradisjonelle bildet av en migrant som en som er løsrevet fra sin opphavskultur og (mer eller mindre) er assimilert i mottakersamfunnet. Schiller mfl. (1994) mener derfor at dagens migranter heller bør betegnes som transmigranter. De hevder også at det skapes transnasjonale rom. Migrantene "flyter" frem og tilbake mellom forskjellige

stater. Nye migrasjonspraksiser kaster nytt lys over nasjonalstatens grunnleggende karakter. Blant annet reduseres nasjonalstatens rolle for enkeltindivider.

Vår tids transnasjonale migrasjonsstrømmer endrer også forutsetningene for innvandrernes helsepraksiser, som ikke lenger er romlig avgrenset til én nasjonalstat på samme måte som tidligere. Selv om de bor og arbeider i ett land (for eksempel Norge), kan de benytte seg av helsetilbud i andre land (for eksempel Polen). De kan også mer aktivt sammenligne og vurdere tjenestene som tilbys i forskjellige land, blant annet gjennom informasjon fra familie og bekjente i hjemlandet eller gjennom internett. De utenlandske alternativene utfordrer det norske helsevesenet, som ikke lenger står i den samme monopolstillingen overfor sine brukere. Dets transnasjonale pasienter kommer til helsevesenet med andre erfaringer og forventninger enn de «tradisjonelle» norske pasientene, samtidig som de også har handlingsalternativer.

Ikke minst blir forskjellene tydelig i møtet mellom de transnasjonale innvandrerne og de norske legene. Et møte mellom lege og pasient kan forstås som et møte mellom to sosiale roller. Slike innebærer forventninger og forpliktelser til aktørenes atferd (Giddens 2001). I den medisinske konteksten er det knyttet noen forventninger til de sosiale rollene til lege og pasient. Den klassiske konseptualiseringen av lege–pasient-relasjonen som ble gitt av Parsons (1951), betraktet relasjonen som grunnleggende preget av maktasymmetri. Den syke, hjelpetrengende pasienten er avhengig av den allvitende legen og hans/hennes ekspertise. Dermed er de sosiale rollene til lege og pasient også komplementære, og som konsekvens, oppfattes relasjonen som harmonisk.

En nyere typologi over lege–pasient-relasjonen skiller mellom fire idealtypiske modeller: den paternalistiske, den forhandlende, den informative og den fortolkende (Emanuel og Emanuel 1992). Disse modellene baseres på en ulik forståelse av interaksjonen mellom lege og pasient og de rollene de spiller, og forventningene knyttet til dem. Modellene kan forstås som et forhold mellom grad av paternalisme og partnerskap i relasjonen (Lian 2008). Den paternalistiske modellen er lik den klassiske beskrevet ovenfor. De andre relasjonene mellom lege og pasient kan ifølge Lian (2008) sammenlignes med relasjonen mellom to venner (den forhandlende modellen), mellom den tekniske eksperten og kunden (den informative modellen) og mellom rådgiveren og kunden (den fortolkende modellen).

Parsons' fremstillinger er kritisert blant annet for ikke å ta i betraktning potensielle konflikter som kan oppstå mellom pasienter og behandlere, for eksempel som resultat av ulikt verdisyn (Turner 1995; Morgan 2002). Teoriene om pasient–lege-relasjonene representerer likevel et nyttig verktøy for å forstå de polske arbeidsinnvandrernes møter med det norske helsevesenet.

Spesielt legger vi vekt på i hvilken grad pasient–lege-relasjonen preges grunnleggende tillit. Tillit er en essensiell komponent i relasjonen mellom pasienter og medisinske tjenesteytere. Tillit i slike relasjoner er viktig for begge parter, men er særlig viktig for pasienten, som representerer den hjelpetrengende parten. Goold (2002) påpeker at tillit er å betrakte som både medfødt og en konsekvens av erfaringer. Tillit i en medisinsk kontekst kan avhenge av slike elementer som tiltro til at legen vil handle på en måte som fremmer pasientenes velvære, og helsepersonellens kompetanse, ærlighet eller fortrolighet (Hall mfl. 2001). Tillit kan påvirke behandlingens resultater, i hvilken grad pasienten vil akseptere og følge opp legens anbefalinger, kommunikasjon mellom partene og som en konsekvens relasjonen mellom dem (Lewandowski 2011).

Data og metode

Artikkelen bygger på materiale fra kvalitative dybdeintervjuer med elleve arbeidsinnvandrere fra Polen som bor i en norsk storby. Datamaterialet ble samlet vinteren 2013/2014. Ettersom formålet med forskningsprosjektet var å forstå arbeidsinnvandrernes erfaringer, meninger og fortolkninger av egen helsesituasjon, valgte vi et intensivt metodologisk design med bruk av kvalitative, individuelle dybdeintervjuer. Fremgangsmåten egner seg til å forstå meningsinnhold i sosiale fenomener fra aktørens perspektiv (Aase og Fossåskaret 2007).

Rekruttering og utvalg

For å rekruttere informanter til studien tok en av forfatterne kontakt med to nøkkelpersoner fra Polen som driver samlingssteder for polske innvandrere i Norge. Den ene ledet et norskkurs som avholdes for polakker, den andre var en katolsk prest. Begge var villige til å bistå med rekrutteringen. På norskkurset ble prosjektet annonsert og det ble utdelt informasjonsbrosjyrer med en kort prosjektbeskrivelse. Brosjyrene inneholdt blant annet informasjon om prosjektets mål, fremgangsmåte og anonymisering av data samt kontaktopplysninger. På tross av at reaksjonene til dem som var til stede, kunne tolkes som positive, var det kun én person som tok kontakt og var villig til å delta i intervju. Situasjonen var annerledes i den katolske kirken, hvor det var presten selv som annonserte prosjektet under en messe. En av forfatterne delte ut informasjonsbrosjyrer ved utgangen av kirken, svarte på spørsmål fra dem som var interessert, og samlet kontaktopplysninger. Over ti personer sa seg villige til å delta i prosjektet. Fordi alle personene syntes å være en del av en etablert vennekrets, ble kun seks av dem kontaktet senere og spurt om deltakelse. For å skape mer variasjon i utvalget rekrutterte vi ytterligere fem informanter med utgangspunkt i den ene forfatterens private nettverk (fire personer) og snøballmetoden (én person).

Deltagere til studien ble rekruttert basert på tre hovedkriterier. For det første ønsket vi å rekruttere polske arbeidsinnvandrere, og informantene måtte derfor være i arbeid. Det neste kriteriet var at alle informanter måtte ha flere egne erfaringer med det norske helsesystemet, slik at de faktisk hadde et utgangspunkt for å reflektere over møtet med det norske helsevesenet. Kun ett besøk på legevakt eller til fastlege var derfor ikke tilstrekkelig for rekruttering til prosjektet. Det siste kriteriet var kjønn, der vi ønsket et stort utvalgt av kvinnelige informanter, ettersom vi var interessert i deres opplevelser med svangerskapsoppfølging og fødsel. Svangerskapsoppfølging og fødsel er et interessant aspekt ved helsetilbudet i Norge, fordi disse tjenestene i det norske helsevesenet er organisert i skjæringspunktet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Ellers ønsket vi å inkludere informanter med et mangfold av erfaringer, både i det norske og det polske helsevesenet.

Intervjuene ble gjennomført av én av forfatterne (NN) på informantenes morsmål på steder valgt i samråd med informantene. Fem av dem foretrakk å møtes hjemme hos seg selv, fem personer ble intervjuet på utesteder, og ett intervju foregikk på informantens arbeidsplass. Lengden på intervjuene varierte fra 60 til 150 minutter. Samtalen ble strukturert ut fra en intervjuguide med følgende bolker: først mer generelle bakgrunns- og introduksjonsspørsmål, deretter spørsmål om deres relasjoner til henholdsvis det polske og det norske helsevesenet (kunnskap om, egne erfaringer med og vurderinger av helsevesenene) og fremtidig bruk av helsetjenester.

Det endelige utvalget (tabell 1) besto av elleve personer fra 29 til 60 år. Flertallet var i trettiårene. Seks kvinner og fem menn deltok, hvorav to ektepar. Flere hadde småbarn. Utvalget hadde jevnt over høy utdanning – fire hadde videregående utdanning, syv høyere utdanning. Alle fortalte at de snakket norsk rimelig godt, selv om flere av dem ikke brukte språket til daglig, verken hjemme (polsk) eller på arbeidsplassen (engelsk).

Et annet viktig kjennetegn ved informantene var at alle hadde bodd lenge i Norge, fra halvannet til ti år, og at de dessuten var eller hadde vært i faste arbeidsforhold. De var dermed medlemmer av Folketrygden og kunne benytte seg av norske helsetjenester på lik linje med norske statsborgere. Alle informantene hadde erfaringer med bruk av norske helsetjenester. Samtlige hadde vært til sin norske fastlege, de fleste hadde erfaringer fra fastleger og sykehustjenesten i forbindelse med svangerskap, og noen hadde også hatt kontakt med sykehustjenesten av andre årsaker. Som vi kommer tilbake til, var informantene jevnlig på besøk hjemme i Polen (fra to til fem ganger per år). De hadde også benyttet seg av forskjellige helsetilbud i hjemlandet i løpet av det siste året.

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

Informant	Kjønn	Alder	Utdanning	Botid i Norge (i år)	Antall besøk i Polen per år
Patryk	Mann	31	Videregående	7	2
Anna	Kvinne	32	Videregående	1,5	2
Waldek	Mann	33	Høyere	5	3-4
Henryk	Mann	60	Videregående	10	3-4
Karolina	Kvinne	29	Høyere	3	2
Katarzyna	Kvinne	31	Høyere	6	2
Ewa	Kvinne	37	Høyere	7	2
Dorota*	Kvinne	45	Høyere	6	4-5
Adam*	Mann	45	Videregående	7	4-5
Marta**	Kvinne	30	Høyere	5	2-3
Szymon**	Mann	31	Høyere	5	2-3

*Ektepar 1, ** Ektepar 2

Inntrykket var at informantene syntes intervjuene var givende, og at de var komfortable med intervjusituasjonen, selv om egne helseproblemer kan være et potensielt sensitivt tema. At intervjuene ble gjennomført på polsk, bidro også til at informantene fremsto som svært tillitsfulle i intervjusituasjonen. Det skapte også fortrolighet i intervjusituasjonen at intervjueren var polsk og var godt kjent med tilværelsen som arbeidsinnvandrere i Norge

Dataanalyse

De transkriberte intervjuene resulterte i 140 sider med utskrifter. Materialet ble flere ganger grundig lest som helhetlige tekster. Det ble ikke foretatt noen koding under den første lesningen. Videre ble materialet kodet og kategorisert i en tekst nær prosess (Tjora 2012). Til slutt ble om lag 80 koder utviklet. Kodene dannet utgangspunkt for analytiske hovedkategorier eller temaer, for eksempel "forventninger til legerollen", "tillit og betydningen av polske referanserammer" og "ulike aspekter ved transnasjonalisme" (for eksempel bruk av økonomisk kapital eller nettverk).

Presentasjonen av analysen har en tredelt struktur. I den første delen konsentrerer vi oss om polske arbeidsinnvandreres erfaringer med det norske helsevesenet,

særlig lege-pasient-relasjonen og hvordan den oppleves i primær- og spesialist-helsetjenesten. Vi viser også betydningen av polske referanserammer i fortolkningen av disse erfaringene. I den andre delen analyserer vi motiver for valg av det polske helsesystemet og studerer dem i lys av transnasjonal teori. I den tredje og siste delen viser vi hvordan bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere endres over tid.

Doble roller: Forsker eller «en av oss»?

Å være eller ikke være en del av miljøet man studerer, gir ulike utgangspunkt for å studere et fenomen (Thagaard 2013). Forfatterne er henholdsvis av polsk og norsk opprinnelse, og vi vurderer dette som en styrke. Våre forskjellige bakgrunner har bidratt til at fenomenet, som genuint utspiller seg på tvers av to kulturer, er blitt mer begripelig og tilgjengelig for utforskning. Våre komplementære språklige og kulturelle kompetanser, og dessuten den ene forfatterens bakgrunn som arbeidsinnvandrer, har gjort det mulig å overkomme kommunikative utfordringer. Samtidig skapte den ene forskerens doble posisjonering (forsker og arbeidsinnvandrer) noen utfordringer. I noen av intervjusituasjonene opplevde han at informantene forsøkte å tilskrive ham en talsmannsrolle. Særlig informantene som hadde utelukkende negative erfaringer med bruk av det norske helsesystemet, så intervjuet som en anledning til å fremme sine klager. Risikoen for å fanges i en slik rolle krevde gjentatte presiseringer av hensikten ved studien, inkludert tydelig rolleavklaring og grensesetting. Et annet aspekt som kunne påvirke studiens resultater, var forkunnskapene fra egne erfaringer som arbeidsinnvandrer som den ene forfatteren tok med seg til feltarbeidet. For å unngå å bli påvirket av disse, søkte man å stille "naive" og åpne spørsmål som inviterte informantene til å gi utfyllende svar og refleksjoner. Det er likevel klart at informantene ofte implisitt refererer til forsker/informants felles bakgrunn og forutsetter at erfaringer med helsevesenet er åpenbar for forskeren. I slike situasjoner ble informantene bedt om å utdype svarene, og det ble også understreket at deres historier er unike.

Forskningsetiske vurderinger

Etiske betraktninger bør integreres i ethvert forskningsprosjekt og tas hensyn til gjennom forskningsprosessen (Postholm 2005). Etikk er spesielt viktig i prosjekter som belyser og bruker data om folks helse, som er et sensitivt tema. Prosjektet ble meldt inn og godkjent av Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste i oktober 2013 (ref.nr.: NSD 36021). For å sikre at informantene kunne gi et informert samtykke, opplyste vi dem i forkant av intervjuene grundig om hva som var hensikten med prosjektet, hvilke data som skulle samles, samt hvordan disse skulle anonymiseres, oppbevares og bearbeides. De ble garantert rett til å avslutte intervjuet på hvilket som helst tidspunkt eller nekte å svare på spørsmål uten å oppgi grunn. Alle informantene fullførte intervjuet, men to informanter lot være å svare på enkelte spørsmål. Alle

informantene ble opplyst om at for å garantere anonymitet vil dataene bli anonymisert med fiktive navn som sikrer at utsagn ikke kan knyttes til konkrete individer. Datamaterialet ble oppbevart på en privat PC som var sperret med passord.

Resultater

Presentasjonen av resultatene fra studien følger analysens struktur. Først diskuterer vi de polske arbeidsinnvandreres erfaringer med det norske helsevesenet, deretter analyserer vi bruken av polske helsetjenester, før vi i den siste delen demonstrer hvordan bruk av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere endres over tid.

Lege-pasient-relasjonen

I både det norske og det polske helsesystemet spiller fastlegene en sentral rolle (Sagan mfl. 2011; Ringard, Sagan, Saunes og Lindahl 2013). Alle informantene hadde vært hos sine norske fastleger. Erfaringene fra disse legebesøkene varierte avhengig av sykdomsbilde, personlig kjemi og andre faktorer som påvirker samspillet mellom lege og pasient. Det er likevel noen kjennetegn ved den norske fastlegeordningen som synes å prege de polske arbeidsinnvandrernes møte med helsevesenet. Som vi skal vise, oppfattes de norske legene som mer passive og mindre kompetente enn polske leger. Dessuten misliker polakkene den markedsorienterte ideologien som de oppfatter gjennomsyrrer det norske helsevesenet. Resultatet er at de jevnt over opplever å få et dårligere helsetilbud enn i hjemlandet.

Vi tror de negative erfaringene i stor grad skyldes de kulturelle referanserammene som de polske arbeidsinnvandrerne tar med seg til timene hos de norske fastlegene. Et tydelig eksempel er forventningene om at lege-pasient-relasjonen skal være paternalistisk heller enn partnerorientert. Slike paternalistiske forventninger kommer tydelig til uttrykk i historien til Anna, som beskriver den typiske fastlegekonsultasjonen i Norge på denne måten:

Ut fra min erfaring er det slik [i Norge] at jeg må si fra til legen hva jeg vil, mens i Polen er det legen som gjør det ... at man burde ta en blodprøve eller røntgenbilde. Det er legen som styrer [i Polen]. (Anna)

Mens forestillingen om den paternalistiske legen synes rådende blant polakkene, er premissene for lege-pasient-relasjonen fundamentalt annerledes i det norske helsevesenet. Ostrowska (2006) sammenlignet lege-pasient-relasjonen i 17 europeiske land, og hennes studie viser at Polen skårer lavt når det gjelder samarbeid mellom pasient og lege og kommunikasjon mellom partene. Ostrowska (2006) hevder at spriket mellom lege og pasient er en arv etter det kommunistiske systemet, men understreker samtidig at den mer partnerskapsbaserte relasjonen vokser frem i Polen. De norske legene oppleves

som svært lydhøre for informantenes egne oppfatninger av helseproblemene, noe som er i tråd med internasjonale trender der man legger større vekt på at pasientene deltar aktivt i sitt behandlingsforløp (Taylor 2008). Den norske «partnerorienterte lege/pasient relasjonen» kan også knyttes til at kunde-metaforen har blitt et styrende prinsipp i det norske helsevesenet de siste 25 årene (Lian 2008). Uten at vi skal gå inn i en detaljert diskusjon av utviklingen, peker metaforen på at helsetjenester i stadig større grad blir pasientorientert. For pasienter betyr partnerorienteringen økt valgfrihet og innflytelse i saker som hittil har vært utenfor deres kompetansefelt. For lege–pasient-relasjonen er konsekvensen at den tradisjonelle maktubalansen mellom lege og pasient jevnes ut og pasienten får flere handlingsmuligheter. Det kan oppfattes positivt ettersom pasienten dermed får større innflytelse over egen helse og hvordan den skal fremmes. For våre polske informanter er effekten imidlertid annerledes. Når legene ikke er tydelige og autoritative i behandlingssituasjonen, oppfattes det som et forsøk på «kundeorientering». For polakkene er det en uønsket posisjonering. De synes legen fraskriver seg ansvaret for å diagnostisere pasienten og finne frem til en adekvat behandling. Skepsisen til «kundeorientert» relasjon reflekteres tydelig i erfaringene til Dorota, som oppsøkte sin norske fastlege etter at hun tidligere hadde konsultert sin lege i Polen:

Jeg tok med resultatene 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. [Vikaren] tok imot meg sa: Hva kan jeg hjelpe deg med? Da tenkte jeg: Er det jeg som må tenke hvordan han kan hjelpe meg med? (Dorota)

Kunde–selger-relasjonen impliserer at kunden (pasienten) er i stand til å uttrykke og formidle sine ønsker. Datamaterialet viser at polakkenes svake språklige kompetanse kan bidra til misforståelser og feiltolkninger av legens intensjoner. Dette ble fremhevet av blant andre Karolina:

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)

Gode språkkunnskaper ser ut til å ha større betydning i den ikke-paternalistiske modellen ettersom den i større grad forutsetter pasientenes aktive deltakelse. Som IMDi (2007) viser, kan pasientenes mangelfulle språkkunnskaper ha betydelige konsekvenser og resultere i feildiagnoser, feil behandling eller svekke muligheter for oppdagelse av symptomer.

Hvilke konsekvenser har slike erfaringer for polakkenes videre kontakt med norske fastleger? Uinnfridde forventninger kan være en årsak til at

fastlegekonsultasjoner assosieres med undervurdering og bagatellisering av helseproblemene som polakkene har. Det fører videre til mistillit til norske fastleger og skaper tvil om deres medisinske kompetanse. For mange av våre informanter ble videre henvisning til spesialistlege hovedmålet med besøket hos fastlegen ettersom de plasserte fastlegene lavere i sitt subjektive kompetansehierarki. Opplevelsen av ansvarspulverisering blir tydelig i Patryks møte med den norske fastlegen, som til Patryks bekymring tok seg av alle slags helseplager.

Legen som følger opp svangerskapet, [legen] som skal behandle oss [andre pasienter]..., legen som – for å være helt ærlig, har ansvar for alt og ingenting. På byggeplassen sier man: Kan du alt, så kan du ingenting! Greit, han [legen] er i stand til å identifisere noen symptomer, henviser videre til spesialisttjenesten, men akkurat i den identifiseringen og i kommunikasjonen, der er det mye som blir bagatellisert. (Patryk)

Fastlegens funksjon som "allmenn spesialist" sees som en selvmotsigelse. Resultatet er mangelfull behandling. Sykdomsplager blir oversett eller mangelfullt rapportert.

Patryks fortolkninger er dekkende for de fleste informantene som vi intervjuet. I datamaterialet var det bare en informant, Ewa, som skiller seg ut ved å trekke inn positive erfaringer fra sin kontakt med fastlegen. Det er trolig ikke tilfeldig at nettopp Ewa framstår som bedre integrert i det norske samfunnet, blant annet med veldig gode språklige kompetanse. I intervjuet la hun vekt på følgende aspekt ved bruk av helsetjenester i Norge:

Jeg er veldig overbevisst av den rådende filosofien her [i Norge]. Her krever man mer fra pasienten. Det forventes at du kjenner din kropp. Hvem ellers kjenner den bedre enn du selv? (...) Det som er problemet er at man tror av og til at andre vil løse ens problemer. Jeg tror at man burde ta mer ansvar for egen helse (Ewa)

Ewa har nesten utelukkende positive erfaringer med helsetjenester, og trolig påvirker det hennes høye tillit til det norske helsesystemet. I tillegg fører hennes norskspråklige kompetanse til at hun kommuniserer med legene mer nyansert og effektivt enn de andre informantene i studien. Slik er Ewa et eksempel på at integrering i det norske samfunnet over tid påvirker arbeidsinnvandrernes erfaringer med det norske helsevesenet, slik som vi også utdyper nedenfor (se 4.3).

Svangerskapsoppfølging¹ er et annet eksempel på at den paternalistiske modellen er etterspurt. Datamaterialet viser at informantene som har fått eller

¹ Det er primærhelsetjenesten (helsestasjoner og fastleger) som har ansvar

planlegger å få barn i Norge, er misfornøyde med fastlegenes oppfølging av gravide kvinner. De mener det norske opplegget for svangerskapsoppfølging kommer dårlig ut sammenlignet med den polske modellen. Mens antallet svangerskapskontroller er likt i de to landene, er antallet medisinske tester (ultralydundersøkelser og blodprøver) større i Polen (Sosial og helsedirektoratet 2005; Ministry of Health 2012). Den polske modellen tolkes derfor som er «vitenskapelig» og dermed tryggere.

Jeg ble overrasket når jeg gikk til lege i uke 7 av svangerskapet og han sa at jeg må komme tilbake i uke 12. De betrakter det ikke som svangerskap, senere tar de kun blod- og urinprøve, og hvis alt er greit, da har man ikke noe andre prøver. Men man hører jo at det er greit å ta prøver for zoonotiske sykdommer og andre. Så jeg tok alle prøver i Polen i midten av svangerskapet. Senere ville jeg ta blodprøver [i Norge], for jeg var bekymret at jeg har lavt jern- og magnesiumnivå. Da måtte jeg insistere lenge før de gjorde det ene stikket. (Marta)

En annen viktig forskjell mellom det norske og det polske helsesystemet er bruken av egenandeler. I Norge betaler pasienter egenandel for de fleste helsetjenester i den offentlige sektoren (HELFO 2014). I Polen er de samme tjenestene dekket av den obligatoriske sosialforsikringen som de aller fleste polske statsborgere betaler (Sagan mfl. 2011). Anna finner betaling av egenandel svært problematisk, ikke minst når helsetilstanden på tross av mange legetimer ikke forbedres:

«Alt vil gå over av seg selv. Og hvis det ikke går av seg selv: Kom om to uker» [Anna siterer lege]. Men her [i Norge] må jeg likevel betale hver gang. Man må betale, men ingenting hjelper. (Anna)

I motsetning til de generelt negative erfaringene med norske fastleger står informantenes erfaringer med spesialisthelsetjenesten, som er mer positive. Åtte av elleve informanter hadde erfaringer med spesialisthelsetjenesten gjennom innleggelse på sykehus, fødsel eller spesialisttimer. Spesialisthelsetjenesten innfrir i større grad de polske pasientenes forventninger og forestillinger om hva en god helsetjeneste er. Den mer paternalistiske tilnærmingen som pasientene finner i spesialisthelsetjenesten, reflekteres i helsepersonellens mer aktive deltakelse i arbeidet med å diagnostisere og behandle pasientene. Ikke minst blir den mer paternalistiske tilnærmingen synlig ved medisinske inngrep, så som prøvetaking, bildediagnostikk og kirurgiske inngrep. Waldek forteller om sine erfaringer med norske sykehus:

Da jeg ble innlagt 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)

Dorota og Adam, som hadde erfaring med norske sykehus i forbindelse med en operasjon på barnet sitt, fremhever følgende:

Når det gjeldet operasjon på sykehuset, så var det helt utrolig. Alle sykepleiere og leger var som engler. Polen kan ikke sammenlignes med det vi opplevde her. (Dorota)

Legen og sykepleieren tar deg imot, hilser på deg, spør hvordan du har det [...] «Det er min jobb, jeg er her for deg» [Adam siterer helsepersonellet]. Det er helt det motsatte enn i Polen. Der pasienten kommer og forstyrrer. (Adam)

Igjen ser vi hvordan det norske helsetilbudet sammenlignes med det man har erfart i hjemlandet. Her legger informantene vekt på et annet aspekt og lovpriser kvaliteten på, ventetiden i og personellens tilnærming til pasienter i den norske spesialisthelsetjenesten. Pasientenes vurderinger er alltid komparative; helsetilbudet er bra eller dårlig i forhold til noe annet, og for polakkenes del er det hjemlandets helsetjenester som fungerer som standard.

Transnasjonale helsepraksiser

Erfaringene som de polske arbeidsinnvandrere gjør seg, preger deres holdning til det norske helsesystemet, og dermed også deres valg og handlinger. Polen og det polske helsesystemet fungerer ikke bare som referanseramme, men også som et viktig alternativ. Polske arbeidsinnvandrere kan på mange måter beskrives som transmigranter, ikke minst gjennom deres frekvente og regelmessige besøk hos familie og venner i Polen (Friberg og Eldring 2011; Friberg 2012; Andrzejewska og Rye 2012). Som studier av andre transmigranter viser, benytter man slike hjemreiser til å forbruke helsetjenester i hjemlandet (Lee mfl. 2010; Horton og Cole 2011). Våre analyser viser at de polske helsetjenestene har en supplerende funksjon og utfyller det som oppleves som mangler i det norske helsevesenet. Adams tilfelle illustrerer hvordan helsetjenester kombineres på tvers av nasjonale grenser. Da behandlingen hos en norsk fastlege ikke innfridde hans forventninger, oppsøkte han en lege i Polen for å forsikre seg.

Jeg gikk her [i Norge, til lege]. Han sa at det som jeg kom for, ikke var noe stort problem, og blåste litt av hele greia. [...] [M]en etter hvert fant jeg ut at jeg ville undersøke det nærmere i Polen. Så gikk jeg til en privat klinikk og gjorde det. Det kostet en del, men jeg ville gjøre det. I løpet av to dager fikk jeg alle undersøkelsene gjennomført, og så visste jeg hva som skjer med kroppen min. (Adam)

Det polske helsesystemets supplerende rolle blir spesielt synlig i forbindelse med svangerskap. Nesten alle av våre informanter som erfarte svangerskap i Norge hadde bestemt seg for å oppsøke gynekolog eller gjennomgå en ekstra ultralydundersøkelse i Polen, et direkte resultat av deres oppfatninger av forskjellene i svangerskapsoppfølging mellom Norge og Polen. Også enkelte

norske kvinner vil betale ekstra for tilsvarende ekstra oppfølging, men det synes likevel som om ekstrabetaling faller mer naturlig og nødvendig for de polske kvinnene, selv om de har knappere økonomiske ressurser.

For transnasjonale migranter er nettverk og sosial kapital viktige ressurser (La Frombiose, Coleman og Gerton 1993), og ikke minst i situasjoner knyttet til migrantenes helse kan nettverk representere en viktig ressurs (Krause 2008; Thomas 2010). Våre informanter mobiliserte sine polske nettverk på flere måter for å kunne håndtere sine helseproblemer, og for mange spilte familiemedlemmer og venner en avgjørende rolle i tilrettelegging av forbruket av helsetjenester i hjemlandet. Informantene tydde også gjerne til leger i hjemlandet som de hadde opprettholdt kontakten med til tross for at de hadde flyttet fra Polen. En av de mest utbredte praksisene blant de polske arbeidsinnvandrerne er å henvende seg til familiemedlemmer både for å få en anbefaling om eller avtale legetimer og for å skaffe legemidler fra Polen:

Jeg hadde problem med øyet, og det var både min mor, svigermor og far som ble engasjert. Faren gikk til sin fastlege [i Polen] [...] Hun som er lege på det stedet vi bor, hun har kjent meg siden jeg var et lite barn. Så han sa at jeg har et problem med øyet, og hun ga ham resept. Og legemidlene ble sendt [til Norge]. (Anna)

For de fleste arbeidsinnvandrerne er den økonomiske gevinsten et sentralt motiv for utvandringen, og de fleste polakker kommer også til Norge for å få seg arbeid som kan forbedre deres økonomiske situasjon (Friberg og Eldring 2011). Det norske lønnsnivået er høyt vurdert etter polske standarder, også i de norske lavlønnsyrkene. De norske inntektene utgjør også en betydelig ressurs i håndteringen av helseproblemer i hjemlandet. De betydelige lønns- og prisforskjeller mellom Norge og Polen gjenspeiles også i prisene på helsetjenester. Som diskutert ovenfor er polakkene skeptiske til det norske systemet med egenandeler, ikke minst når kvaliteten oppleves som utilfredsstillende. Resultatet er at mange i stedet oppsøker helsetjenester i den private medisinske sektoren i Polen, som i mange tilfeller prismessig konkurrerer med norske offentlige egenandeler. Disse tjenestene er lett tilgjengelig, og det gjør dem til en attraktiv vare mange etterspør. Marta resonnerer slik:

Hvor mye koster en vanlig legetime i Norge? 230 NOK? Så hvis jeg vet at jeg kan få det i Polen for 200 NOK, så foretrekker jeg å vente 1–2 måneder og ordne alt der [i Polen]. Jeg betaler nesten det samme, men har garanti for at det blir gjort skikkelig, raskt og med en gang. Mens her [i Norge] ville jeg måtte først gå én gang, så bli sendt til et annet sted og så betale ..., ja, vet ikke hvor mye. (Marta)

Et annet viktig aspekt ved bruk av helsetjenester i hjemlandet er helsens avgjørende betydning for arbeidsinnvandrerne (Sayad 2004). Å være syk er ikke forenlig med å arbeide. God helse er en forutsetning for å opprettholde statusen som arbeidsinnvandrer. Som Sayad (2004) skriver, er en syk arbeidsinnvandrer en selvmotsigelse. For innvandrere som søker et forutsigbart og stabilt liv i et fremmed land, blir dermed forbruk av helsetjenester i hjemlandet avgjørende. Historien til familien Nowak er her en god illustrasjon:

Man drar til Polen for å gjøre 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 integrert i Norge ennå og står ikke på begge beinene. (Dorota)

At mange arbeidsinnvandrere i praksis ikke mottar sykepenger under sykdom selv om de har formelle rettigheter til det (Friberg og Eldring, 2011), øker nødvendigheten av å ha god helse.

Integrering og endrede strategier

I datamaterialet er det klare eksempler på at helsepraksisene blant de polske arbeidsinnvandrere endres over tid. Forandringene vises både gjennom polakkers holdninger og gjennom deres praksiser. Mye tyder på at noen av opplevelsene polakkene går gjennom i Norge, fører til at de setter spørsmålsteget ved bruk av helsetjenester i hjemlandet og revurderer sine meninger om det norske helsevesenet. Disse endringene er delvis en del av integreringsprosessen som foregår blant polakkene, men skyldes også begrensninger i tilgang til helsetjenester i hjemlandet. De polske helsetjenester er, på tross av den relativt korte reiseavstanden, ikke like tilgjengelige på kort varsel. For de fleste av de polske arbeidsmigrantene etableres det en års rytme med fast arbeid størstedelen av året og bestemte tidspunkter for hjemreiser, som regel i feriene. I noen tilfeller er det derfor praktisk vanskelig å benytte seg av polske helsetjenester, spesielt i tilfeller der man ønsker rask diagnostisering og behandling.

Ofte blir det en ren økonomisk kalkyle som avgjør hvilket alternativ man bestemmer seg for. Selv om prisene for norske offentlige helsetjenester er høye i sammenligning med polske private helsetjenester, kan reisekostnader og tapte inntekter på grunn av jobbfravær gjøre det vanskelig å reise til Polen. Karolina, som en gang bestemte seg for lang behandling i Polen, reflekterer over fordeler og ulemper ved å bruke polske helsetjenester:

[J]eg orket ikke å reise [til Polen], ta fri fra jobb og så videre. Og uansett, hvis jeg beregnet kostnadene, så var det ikke mye dyrere [i Norge]. Det er kanskje snakk om 200 NOK forskjell hvis man inkluderer alt. Jeg betalte 200 NOK til legen i Polen, her betaler jeg la oss si 1600 NOK, men da trenger jeg ikke fly til Polen og miste arbeidsdager. (Karolina)

Endringene gjelder også holdninger til fastlegekonsultasjoner. Enkelte informanter som oppsøkte fastlegene sine flere ganger, fant etter hvert ut at en aktiv holdning gir bedre resultat. At de deltar mer aktivt, er likevel ikke ensbetydende med at konsultasjonene får et mer harmonisk preg, og informantenes engasjement bærer heller tydelig preg av forhandlinger og konflikt, der de forsøker å oppnå det de synes er riktig for deres helse.

Når jeg går til lege nå, så sier jeg direkte at jeg for eksempel trenger henvisning for videre undersøkelser. Og hvis han sier at det ikke er noe alvorlig, så må jeg være sta og stå på sitt. Jeg sier at jeg føler meg ikke bra, og at jeg insisterer. Da får jeg det fra ham. (Anna)

Informantenes holdningsendring er spesielt tydelig når det gjelder den norske svangerskapsoppfølgingen. Som vi allerede har diskutert, er det klare forskjeller mellom Polen og Norge i måten man følger opp gravide kvinner på. Den norske måten, som opprinnelig var gjenstand for kritikk og ble betraktet som overfladisk og uprofesjonell, ble gjerne vurdert langt mer positivt etter fødselen. Forskjellene på de to landenes tilbud kommer tydelig til uttrykk i historien til Marta og Szymon:

I begynnelsen klaget vi på svangerskapsoppfølging, at de vil ikke ta oss imot, at vi må vente, at den første konkrete legetimen er i uke 20. Men når jeg ser på det fra tidsperspektiv, så tenker jeg at det var bra. Det gir jo mindre stress. Hver legekonsultasjon er jo litt stressende. Legen undersøker pasienten, har mistanke om noe, anbefaler videre utredning. Sånn er det i Polen, i hvert fall hvis han [legen] ser at pasienten har råd til det [latter]. (Waldek)

Som vi ser, lovprises svangerskapstilbudet i ettetid og etter en helhetsvurdering, noe som går igjen i fortellingene til informantene. Derfor endrer mange sitt syn på praksisene i det polske helsesystemet, som bedømmes mer negativt.

Diskusjon

Analysene av datamaterialet viser hvordan polske arbeidsinnvandrere etablerer transnasjonale helsepraksiser, der de etter beste evne kombinerer helsetjenester som er tilgjengelige i den norske og den polske velferdsstaten. Vår studie identifiserer en rekke hindringer som polske innvandrere opplever i møtet med det norske helsevesenet, og som til dels er i samsvar med tidligere forskning (Czapka 2010, Czapka og Sagbakken, 2016). Våre diskusjoner retter imidlertid også oppmerksomhet mot den viktige rollen som det polske helsesystemet har i håndtering av helserelaterte problemer blant polske arbeidsinnvandrere i Norge. For en mer helhetlig forståelse av strategiene som polakkene anvender for å takle sine helseproblemer, må forskningen ta høyde for migranternes transnasjonale levemåter og de forskjellige kjennetegnene ved de nasjonale helsesystemene som involveres.

Polakkene forholder seg ikke til ett helseregime, men skaper sine egne, individualiserte helsetilbud ved at de plukker det beste fra to verdener. Resultatet er komplekse helsepraksiser, på godt og vondt. På den ene siden får de «parallele» behandlinger for de samme helseproblemene uten at de forskjellige aktørene samhandler. Den polske legen vet ikke hva pasientens norske lege har gjort tidligere, eller omvendt. Hvilke vurderinger er foretatt, hvilke behandlinger er tidligere forsøkt, og med hvilke resultater? Forskjellige behandlingsopplegg vil dessuten kunne være direkte kontraproduktive. På den andre siden har de polske arbeidsinnvandrerne kanskje også et mer attraktivt helsetilbud ved at de har tilgang til flere helsetjenester. Kommer de ingen vei i Norge, kan de ta opp problemet med sine leger i hjemlandet, om ikke for annet enn å få en second opinion. Mange informanter legger dessuten vekt på at den kulturelle nærheten til helsesystemet i hjemlandet, ikke minst på grunn av språket, skaper en fortrolighet som gjør det enklere å formulere sine behov for helsetjenester. Resultatet er genuine transnasjonale praksiser, som til dels er koblet fra den tradisjonelle nasjonalstatlige organiseringen av velferdstjenester i de moderne kapitalistiske samfunnene.

Vi skal avslutte artikkelen med å trekke frem tre sentrale konklusjoner for den norske helse- og velferdsforskningen, og mer allment for forståelsen av de østeuropeiske arbeidsinnvandrernes transnasjonale tilpasninger til det norske velferdssamfunnet.

Mistillit til det norske helsesystemet

Artikkelen identifiserer hvordan mange arbeidsinnvandrere er grunnleggende skeptiske til det norske helsevesenet. Det norske fastlegesystemet skaper mistillit hos mange polakker, ikke minst fordi den ikke-paternalistiske lege-pasientrelasjonen oppleves som fremmed for arbeidsinnvandrerne. Opplevelsene av mistillit kan relateres til forskningen som viser hvordan tillit i den medisinske konteksten ofte svekkes hvis behandlingen ikke greier å tilfredsstille pasientenes behov (Goold 2002). Dermed reduseres bruken av helsetjenestene fordi man begynner å betvile helsepersonellens kompetanse og deres intensjoner om å fremme pasientens beste (Hall m.fl. 2001). Blant våre informanter var det ofte tilfellet, ved at manglende paternalisme i legens rolleutforming ble fortolket som inkompetanse og manglende interesse for deres helseproblemer.

De polske informantenes kritikk er ikke minst interessant med tanke på at det norske helsesystemet gjerne vurderes som et av verdens beste, blant annet som et resultat av at det norske samfunnet investerer store økonomiske ressurser i helsevesenet. For polakkene er det uansett ikke ressurstilfanget som er avgjørende for deres kvalitetsvurderinger, men heller den rådende behandlingssideologien. Satt på spissen: Det er ikke pengene, men holdningene som de polske arbeidsinnvandrerne opplever er mangelfulle i det norske helsevesenet.

De østeuropeiske arbeidsinnvandrernes opplevelser av mistillit representerer en utfordring som det norske helsevesenet bør ta innover seg hvis det ønsker å gi de østeuropeiske arbeidsinnvandrerne et kvalitativt like godt helsetilbud som «norske» pasienter. Spørsmål som kan reises her, gjelder måten dette kan gjøres på. Mens informasjon om det norske helsesystemets struktur og fungering enklere kan oversettes til innvandreres morsmål, er kunnskap om lege–pasient-relasjonen i større grad implisitt og erfarings basert og derfor også vanskeligere å kommunisere til østeuropeerne. Imidlertid virker det viktig å skape bevissthet om problematikken blant både pasienter og det norske helsepersonellet, som møter hverandre på forskjellige premisser og med forskjellige forventninger. I beste fall kan de polske erfaringene og perspektivene også bidra med konstruktiv kritikk av det norske systemet. Er det greit å ta penger for helsetjenester? Er det heldig med fastleger som allmektige portvakter?

Underforbruk av helsetjenester

Dette fører til neste observasjon, som er en kritikk av den norske velferdsdebattens ensidige opptatthet av arbeidsinnvandrere som helse- og velferdssnyltere som har et problematisk overforbruk av de norske helse- og trygdetjenestene. De polske informantene valgte imidlertid systematisk å utfylle bruken av norske helsetjenester med tjenester i hjemlandet og dekket kostnader på egen hånd. Det skjedde på tross av at deres arbeid i Norge ga dem fulle rettigheter i det norske helsesystemet, på lik linje med norske statsborgere.

Kanskje kan vi heller snakke om under- enn overforbruk av norske helsetjenester. Det er problematisk på flere måter. For det første reiser det grunnleggende spørsmål om rettferd: Er det etisk akseptabelt at staten skattlegger østeuropeiske arbeidstakere på samme måte som norske statsborgere, men uten at de i samme grad benytter seg av velferdstilbudene som skattepengene skal finansiere? På sikt kan arbeidsinnvandrernes systematiske mistillit til, og derfor også underforbruk av helsetjenester, bidra til å undergrave den norske velferdsstatens legitimitet i denne delen av den norske befolkningen. Hvis de østeuropeiske arbeidsinnvandrerne ikke opplever at overføringene til helsevesenet resulterer i gode helsetjenester til skattebetalerne, dem selv inkludert, i hvilken grad vil de akseptere den eksisterende norske helsemodellen?

Marginaliserte, men kompetente

Artikkelens analyser nyanserer også bildet av arbeidsimmigrantene som maktesløse, marginaliserte aktører i det norske samfunnet. I intervjuene forteller informantene hvordan de kompenserer for sin ofte uprivilegerte posisjon i mottakersamfunnet gjennom anvendelse av ulike kreative løsninger som involverer deres hjemland. Det å være transnasjonal arbeidsinnvandrer åpner for nye muligheter som tilbyr et spekter av alternativer man kan velge mellom og anvende situasjons- og behovsavhengig (Krause 2008; Thomas 2010). Det som

oppfattes som utfordrende i det ene landet, kan overkommes ved at man undersøker og igangsetter løsningsalternativer i det andre landet. Som studien viser, er etablerte og opprettholdte sosiale nettverk og økonomisk kapital viktige hjelpemidler som svært ofte er avgjørende for takling av krisesituasjoner. Slik skapes det et bilde av østeuropeerne som kompetente transnasjonale aktører, som konstruerer dynamiske helsepraksiser som kombinerer helsetilbud i hjemlandet og i Norge.

Videre forskning

Studien identifiserer problematiske aspekter ved bruken av helsetjenester blant polske arbeidsinnvandrere i Norge som inviterer til videre forskning. Med de norske fastlegenes sentrale posisjon i helsesystemet, som ikke møter arbeidsinnvandrernes forventninger, er det et klart behov for bedre kunnskap om både legene og pasientenes gjensidige erfaringer fra deres møter. I studien gir vi et innblikk i hvordan møtet med det norske helsevesenet oppleves fra en aktørgruppe, de polske arbeidsinnvandrerne. Andre studier vil kunne identifisere hvordan andre grupper – f.eks. fra andre opprinnelsesland og kulturer – har de samme eller andre erfaringer. Det mangler også kunnskap om hvordan pasient/lege-relasjonen oppfattes og håndteres av legene, og også andre ansatte i helsevesenet, utover at det sjelden gis opplæring i slike faglige problemstillinger.

Det er også behov for mer kunnskap om transnasjonal bruk av helsetjenester. Blant annet ville det være fruktbart med kvantitative undersøkelser som kunne estimere omfanget på arbeidsinnvandrernes bruk av helsetjenester i hjemlandet, inkludert hvilke tjenester som brukes, hvordan de brukes, og hva som er motivasjonen for slike praksiser. Kvalitative studier kan videre utdype problemer som oppstår når transnasjonale pasienter kombinerer to nasjonale helsesystemer. Hvordan vurderer for eksempel norske leger diagnoser fra et annet helsesystem, hvilke faktorer oppleves som utfordrende, og hvordan kan kunnskap om de transnasjonale pasientene og deres forventninger og fortolkninger av det norske helsesystemet potensielt bidra til bedre behandling?

Litteraturliste

- Andrzejewska, J. og Rye, J.F. (2012). Lost in Transnational Space. Migrant Farm Workers in Rural Districts. *Mobilities* 7(2), 247-268. <https://doi.org/10.1080/17450101.2012.654996>
- Aase, T.H. og Fossåskaret, E. (2007). Skapte virkeligheter: Om produksjon og tolkning av kvalitative data. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bratsberg, B., Raaum, O. og Røed, K. (2010). When minority labor migrants meet the welfare state. *Journal of Labor Economics*, 28, 633–676. <https://doi.org/10.1086/650546>
- Czapka, E.A. og Sagbakken, M. (2016). Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization

- of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Services Research* <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>
- Czapka, E.A. (2010). The health of Polish labour immigrants in Norway: A research review. NAKMI report 3/2010.
- Emanuel, E.J. og Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *The Journal of the American Medicine*, 267(16), 1–9. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Friberg J.H. (2016). Arbeidsmigrasjon. Hva vet vi om konsekvensene for norsk arbeidsliv, samfunn og økonomi? Fafo. Oslo.
- Friberg, J.H. (2012). The stages of migration: From going abroad to settling down; Post-accession Polish migrant workers in Norway. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 38(10), 1589–1605. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2012.711055>
- Friberg, J.H. og Eldring, L. (2011). Polonia i Oslo 2010: Mobilitet, arbeid og levekår blant polakker i hovedstaden. Fafo-rapport 2011:27. Oslo: Fafo.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (2001). *Sociology*. Polity Press.
- Goold, S.D. (2002). Trust, distrust and trustworthiness: Lessons from the field. *Journal of General Internal Medicine*, 17. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.11132.x>
- Goth, U.G.S. og Berg, J.E. (2011). Migrant participation in Norwegian health care: A qualitative study using key informants. *European Journal of General Practice*, 17, 28–33. <https://doi.org/10.3109/13814788.2010.525632>
- Hall, M.A, Dugan, E., Zheng, B. og Mishra, A.K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613–639. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>
- Hatland, A. (2015). Trygdeeksport – en trussel mot velferdsstaten? *Nytt Norsk Tidsskrift*, 32, 135–146.
- HELFO (2014). Egenandeler for helsetjenester. Lastet ned fra <http://www.helfo.no/privatperson/egenandeler/Sider/default.aspx#.VAhKR2PV68w> (10. januar 2016).
- Helsedirektoratet (2009). *Migrasjon og helse: utfordringer og utviklingstrekk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Horton, S. og Cole, S. (2011). Medical returns: Seeking health care in Mexico. *Social Science and Medicine*, 72, 1846–1852. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.035>
- ILO International Labour Organization (2015). Labour migration: Facts and figures. Lastet ned fra http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/media-centre/issue-briefs/WCMS_239651/lang--en/index.htm (9. januar 2015).
- Krause, K. (2008). Transnational therapy networks among Ghanaians in London. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 34(2), 235–251. <https://doi.org/10.1080/13691830701823863>

- La Frombiose, T., Coleman, L.K.H. og Gerton, J. (1993). Psychological impact of biculturalism: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 114(3), 395–412. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.395>
- Lewandowski, A.R. (2011). Trust in health care. *Contemporary Management Quarterly*, 1.
- Lee, J.Y., Kearns, R.A. og Friesen, W. (2010). Seeking affective health care: Korean immigrants' use of homeland medical services. *Health & Place*, 16, 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.09.003>
- Lian, O.S. (2008). Pasienten som kunde. I A. Tjora (red.), *Den moderne pasienten*. Oslo: 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 ciąży, fizjologicznego pologu oraz opieki nad noworodkiem. Lastet ned fra http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/rozpoopnadnoworodk_201209211353.pdf (10. januar 2016).
- Mladovsky, P (2011). Migrant health policies in Europe. I B. Rechel, P. Mladovsky, W. Deville, B. Rijks, B. Petrova og M. McKee (red.), *Migration and health in the European Union*. Berkshire: Open University Press.
- Morgan, M. (2000). The doctor patient relationship. I G. Scambler (red.), *Sociology as Applied to Medicine* (4th ed.). London: W.B. Saunders.
- Nørredam, M. og Krasnik, A. (2011). Migrant's access to health services. I B. Rechel, P. Mladovsky, W. Deville, B. Rijks, B. Petrova og M. McKee (red.), *Migration and health in the European Union*. Berkshire: Open University Press.
- Ostrowska, A (2006). Paternalizm czy partnerstwo? Relacje miedzy pacjentami a lekarzami w Europie. Lastet ned fra <http://rcin.org.pl>.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Quid Pro Books.
- Polish Gynaecological Society (2005). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. Lastet ned fra http://www.femmed.com.pl/wp-content/uploads/2013/02/rekomendacjaopie_kapzedporodowa.pdf (10. januar 2016).
- Postholm, M.B. (2005). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Universitetsforlaget.
- Sosial og helsedirektoratet (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen: Nasjonale faglige retningslinjer*.
- Schiller, N.G., Basch, L. og Blanc-Szanton, C. (1994). *Nations unbound: Transnational projects, postcolonial predicaments and deterritorialized nation-states*. London: Routledge.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Deville, W., Rijks, B., Petrova, B. og McKee, M. (2011). *Migration and health in the European Union*. Berkshire: Open University Press.

- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes I.S. og Lindahl A.K. (2013). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(8), 1–162.
- Sagan, A., Panteli, D., Borkowski, W., Dmowski, M., Domański, F., Czyżewski, M., ... Busse R. (2011). Poland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(8), 1–193.
- Sayad, A. (2004). *The suffering of the immigrant*. Cambridge: Polity Press.
- Sosial og helsedirektoratet (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen: Nasjonale faglige retningslinjer*.
- SSB (2016). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2016*. Lastet ned fra:
<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2016-03-03#content>
- Taylor, K. (2008). Paternalism, participation and partnership: The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*, 74, 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.017>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4 utgave. Fagborforlaget
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tkachenko, T. (2013). *Å bli tatt på alvor: En kvalitativ tekstanalyse av et nettbasert diskusjonsforum om innvandreres møter med fastleger*. Masteroppgave. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Thomas, F. (2010). Transnational health and treatment networks: Meaning, value and place in health seeking amongst southern African migrants in London. *Health & Place*, 16, 606–612. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.01.006>
- Turner, B.S. (1995). *Medical power and social knowledge*. SAGE Publications Ltd.