



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2016
Institutt for landskapsplanlegging (ILP)
30 stp

Helsen til polske arbeidsinnvandrere i Norge

-En kvalitativ studie om deres opplevelse av
helseutfordringer

Dorte Lysheim
Folkehelsevitenskap

Forord

Masteroppgaven har vært en lang prosess, der jeg tidlig i studiet visste hva jeg ønsket å skrive om. At menneskers sosioøkonomiske status nærmest kan fungere som en indikator på deres helse fasinere og interesserer meg. Ulikhetene i helse i Norge er konsistente, og de som har lav sosioøkonomisk status og dårlig helse er ofte marginaliserte grupper, blant disse, etniske minoriteter. Da Helsedirektoratet uttrykte et ønske om forskning på helsen til polske arbeidsinnvandrere, var dette et prosjekt jeg gjerne ville begi meg ut på.

Det er mange personer som har bidratt til å muliggjøre denne studien. Først og fremst vil jeg takke informantene som stilte opp til intervju, og tillot meg å samle og skape et datagrunnlag. De har latt meg utforske deres erfaringer og opplevelser som omhandler et tema som for mange er privat, egen helse. Jeg vil også få takke min veileder Sheri Lee Bastien for gode og konstruktive tilbakemeldinger, gode samtaler og god støtte gjennom hele prosessen. Jeg er spesielt imponert over Sheris dedikasjon til sine studenter, og av at hun alltid har vært tilgjengelig, uavhengig av tid og geografisk plassering. En stor takk til Ruth Kjørsti Raanaas for gode bidrag til hvordan prosjektet skulle gjennomføres, samt tilbakemeldinger på oppgaven underveis i prosessen. Jeg vil også takke Julia Maliszewska for å være behjelpelig i rekrutteringen av informanter og Monika Kochowicz for å stille som tolk og oversetter, til tross for at hun har jobbet med masteroppgave selv.

Til slutt vil jeg takke de personene i min hverdag som har gjort hele prosessen til en positiv opplevelse. Takk til medstudentene i «torsdagsklubben» for både faglige diskusjoner og sosiale avbrekk. Spesielt takk til medstudent Suzanne Borgelin for å være en å dele erfaringer, gleder og frustrasjoner med gjennom hele prosessen. Takk for Pappa for korrekturlesing, all støtte fra familie og venner for øvrig, og sist men ikke minst, takk til kjære Andreas for tålmodighet og støtte gjennom hele studiet.

Oslo 11. Mai 2016

Dorte Lysheim

Sammendrag

Bakgrunnen for denne oppgaven er at polske arbeidsinnvandrere utgjør den største gruppen innvandrere i Norge, at de ofte arbeider i lavstatus- og lavlønnede yrker, med lav sosioøkonomisk status og harde arbeidsforhold der risikoen for helseskader er stor, og derfor står i fare for å ha eller erverve dårlig helse. Betydningen av migrasjon fra Polen til Norge reflekteres ikke i forskningslitteraturen, og det hevdes at forskningen fremstår som mangelfull og fragmentert.

Oppgavens formål er å belyse de helseutfordringene de polske arbeidsinnvandrere opplever ved sitt liv i Norge, slik at denne kunnskapen kan danne et grunnlag for å kunne utføre helsefremmende og sykdomsforebyggende intervensjoner som kan bedre deres helsestatus, samt være et utgangspunkt for videre forskning.

Studien har en fenomenologisk tilnærming og benytter kvalitativ *Metode* med for å få en forståelse av sosiale fenomen ut fra informantenes perspektiver. Det er blitt gjennomført semi-strukturerte dybdeintervjuer, der fem mannlige polske arbeidsinnvandrere i alderen 30-48 år er blitt intervjuet. Alle informantene er i Norge på midlertidig opphold og arbeider i byggebransjen. For å analysere intervjuene ble systematisk tekstkondensering brukt inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, men modifisert av Malterud.

Resultatene viser at de kategoriene som gjorde seg mest gjeldene for de polske arbeidsinnvandrere, i relasjon til egen helse, helseoppfatning, ivaretagelse av helse og tilgang til helsesystem var deres transnasjonale tilværelse, deres midlertidige opphold, at arbeid ble satt før helse, samt at økonomi var en viktig faktor for deres helse og deres valg knyttet til helse.

De polske arbeidsinnvandrere har ofte lavere sosioøkonomisk status enn de norske, og er ofte i overlevelsesmodus i Norge, der de tillater seg å ta andre helsevalg enn i Polen. En tilværelse preget av avstand fra familie, og usikkerhet og forventninger på arbeidsplassen, som beskrives som stressende, kan slite på de polske arbeidsinnvandrere over tid. Når deres syn på helse i utgangspunktet preges av et korttidsperspektiv, og den midlertidige tilværelsen de lever i ytterligere forsterker korttidstenking, kan summen av dette utgjøre en helseutfordring for de polske arbeidsinnvandrere.

Abstract

Polish guest workers constitute the largest group of immigrants in Norway, they often work in low status and low salary jobs, with hard working conditions, which places them at risk of poor health, which forms the background and focus for this thesis. The importance of migration from Poland to Norway is not adequately reflected in the research literature, and is claimed to be deficient and fragmented.

The purpose of the thesis is to illuminate the health challenges the Polish guest workers are experiencing while living in Norway, and that this knowledge can form a foundation for strengthening health promoting efforts including interventions and policies in order to improve their health status, and also be a base for further research.

The study uses a phenomenological approach and uses qualitative methods to get an understanding of social phenomenon from the informant's perspectives. Five semi structural in-depth interviews have been conducted with Polish guest workers aged 30-48 years. All of the informants are in Norway temporarily and work within construction. In order to analyse the interviews, systematic text condensation inspired by Giorgi, modified by Malterud, has been used.

The findings show that the most salient themes that emerged in relation to their health, view of health, health behaviour and access to health care services were their transnational lifestyle, their temporarily stay, that work was of higher importance than health, and that economy was an important factor in terms of their health and their choices related to health.

The Polish guest workers tend to have a lower socioeconomic status than Norwegians, they are often in survival mode and they make different choices concerning their health, than what they would in Poland. A lifestyle characterized by distance to family, and insecurity and expectations at work, which are described as stressful, can take a toll on the guest workers over time. Their view of health is characterized by a short-term approach, and the temporality is additionally strengthening this short-term approach, that in sum poses a health challenge for the Polish guest workers.

Innholdsfortegnelse

Liste med tabeller og forkortelser	1
1 Innledning.....	2
1.1 Rasjonale for oppgaven	2
1.1.1 Målsettinger og problemstillinger	3
2 Bakgrunn	5
2.1 Begrepsavklaring	5
2.2 Polske arbeidsinnvandrere i Norge	6
2.2.1 Helseutfordringer	7
2.3 Migrasjon, kultur og helse	8
2.3.1 Kulturelle verdier	8
2.3.2 Transnasjonalisme	9
2.3.3 Migrasjon og helse	10
2.3.4 Å forske på innvandrere	11
2.4 Helseoppfatning	12
2.5 Sosiale helsedeterminanter	15
2.6 Habitus, felt og kapital.....	16
2.6.1 Sammenhengen mellom klasse, helse og livsstil	18
3 Metode.....	21
3.1 Valg av forskningsmetode	21
3.2 Datainnsamling	22
3.2.1 Intervju og intervjuguiden	22
3.2.2 Rekruttering av informanter og beskrivelse av utvalget	23
3.2.3 Hvordan intervjuene ble gjennomført	24
3.3 Bearbeidelse av datamaterialet	26
3.3.1 Transkribering og analysing av data	26
3.4 Ethiske betraktninger	28
3.4.1 Forskerens eget ståsted.....	28
3.4.2 Språklige utfordringer	30
4 Resultater.....	31
4.1 Innledning	31
4.2 Helse- det motsatte av sykdom?	32
4.2.1 Helse er å ikke være syk.....	32

4.2.2	Helse som velbefinnende	33
4.2.3	Sykdommens opphav	34
4.3	Ivaretagelse av egen helse	35
4.3.1	Investering eller brannslukking?	36
4.3.2	Å ha helse- et relativt begrep.....	38
4.3.3	Møtet med helsevesen- i akutte situasjoner.....	39
4.4	Forflytning over landegrensler	40
4.4.1	Endring i helse etter opphold i Norge	41
4.4.2	Forskjeller i ivaretagelse mellom de polske og de norske	42
4.4.3	Tilgang til helsesystem og helseinformasjon	43
4.5	Helse knyttet til funksjon og arbeid.....	45
4.5.1	Sikkerhet og risiko	45
4.5.2	Arbeid settes foran helse i Norge	46
4.5.3	Polen er fritid, fritid er helse	47
5	Diskusjon.....	49
5.1	Kulturelle verdier og helseoppfatning	49
5.2	Klasse, helse og helseatferd.....	51
5.3	Konsekvensene av en transnasjonal tilværelse	53
5.4	Tilgang til helsesystemet	56
5.5	Helse som funksjon og arbeid som helsepåvirkning	57
5.6	Helseutfordringene til de polske arbeidsinnvandrene i Norge	57
5.7	Metodologiske begrensninger og kvalitetsvurderinger	60
5.7.1	Deskriptiv validitet	60
5.7.2	Fortolkende validitet	60
5.7.3	Teoretisk validitet.....	61
5.7.4	Generaliserbarhet	61
6	Konkluderende betraktninger	63
7	Implikasjoner for videre forskning.....	64
	Litteraturliste	66
	Vedlegg	69

Liste med tabeller og forkortelser

1. Tabell 1 – Sosiale helsedeterminanter (Dahlgren & Whitehead, 2007)
2. Tabell 2- Utvalget, med fiktive navn og enkelte personlige opplysninger
3. Tabell 3- Kategorier og subkategorier

EU- Den Europeiske Union

EØS- Det Europeiske Økonomiske Samarbeidsområdet

HUBRO- Den Norske Innvandrerhelseundersøkelsen

NAKMI- Nasjonal Kompetanseenhet for Migrasjons- og Minoritetshelse

TRANSFAM- Demographic choices, welfare adaptations, school integration, and everyday life of Polish families living in Polish-Norwegian transnationality

WHO- Verdens Helseorganisasjon

1 Innledning

Denne oppgaven fokuserer på mannlige polske arbeidsinnvandrere i Norge, et tema som er blitt spesielt interessant etter polsk medlemskap i EU i 2004, og en påfølgende tilstrømning av polske arbeidsinnvandrere til Norge i årene etter dette (Friberg, 2013). Den viktigste grunnen til innvandring i Norge er arbeid, etterfulgt av familiegjenforening og flukt, og i alt 140 000 personer innvandret til Norge mellom 2004 og 2014 for å arbeide. Omtrent halvparten av disse er fra Polen (Thorsdalen, 2016). Polske arbeidsinnvandrere utgjør dermed den største gruppen innvandrere i Norge, men betydningen av migrasjon derfra reflekteres ikke i forskningslitteraturen (Friberg, 2013). De polske arbeidsinnvandrerne kommer i all hovedsak til Norge for å arbeide, og ofte for å bedre sine økonomiske forhold. De lever ofte transnasjonale liv, med arbeid i Norge og familieliv i Polen. De arbeider ofte i lavstatus- og lavlønnede yrker, med lav sosioøkonomisk status og harde arbeidsforhold der risikoen for helseskader er stor (Friberg, 2013), og står derfor i fare for å ha eller erverve dårlig helse.

Dagens kunnskap om de polske arbeidsinnvandrernes helse er mangelfull og fragmentert (Helse & Omsorgsdepartementet, 2013), og oppdatert kunnskap om denne gruppens helse er nødvendig for å kunne utføre helsefremmende og sykdomsforebyggende intervensjoner som kan bedre deres helsestatus.

1.1 Rasjonale for oppgaven

Det er fra tidligere gjennomført lite forskning som omfatter helsen til polske arbeidsinnvandrere i Norge (Czapka, 2010; Friberg, 2013; Helse & Omsorgsdepartementet, 2013), spesielt sett i sammenheng med den store andelen som oppholder seg her. I «Nasjonal strategi om innvandreres helse» fra 2013 står det at den generelle kunnskapen om ulike innvandringsgruppers helse fremstår som mangelfull og at de fleste foreliggende studiene ikke skiller mellom helserelevante faktorer, som eksempelvis ulike innvandrergrupper, ulik innvandringsstatus og bo- og oppholdstid i Norge (Helse & omsorgsdepartementet, 2013). Det foreligger per i dag kun en omfattende studie på polske arbeidsinnvandreres helse, og denne ble gjennomført av E. Czapka (2012) for Norsk kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). Studien har et bredt omfang, og tar for seg flere ulike aspekter knyttet til polske arbeidsinnvandreres helse. Det skrapes imidlertid i overflaten på flere av områdene, og med

ytterligere kvalitativ forskning vil en kunne få en dypere forståelse av hva som påvirker de polske arbeidsinnvandrernes helse (Czapka, 2010).

Fordi den typiske polske arbeidsinnvandreren er en mann med lav utdanning som jobber i byggebransjen (Friberg, 2013), og oppgaven søker å forske på majoriteten av denne gruppen som helhet, vil den kun ta for seg de mannlige polske arbeidsinnvandrere som arbeider i byggebransjen. De polske mennene som arbeider i bygningsbransjen, er ofte i midlertidig ansettelse som er karakterisert av finansiell ustabilitet og svak autonomi sammenliknet med jobbene de norske har i samme bransje (Friberg, 2013). Nye former for permanente ulikheter har vist seg å oppstå mellom de norske arbeiderne og de polske arbeiderne (Friberg & Haakestad, 2015). Disse ulikhetene er problematiske både for den norske sosiale modellen som baserer seg på likhet, fordeling og universell velferd, og for migrantene selv (Friberg, 2013). Det er indikasjoner på at sosioøkonomiske forskjeller i helse i Norge ikke bare er varige, men også at forskjellene har økt de siste tiårene (Dahl, 2014), noe som gjør det viktig å arbeide for å redusere ulikhetene i helse i Norge. Det er viktig å identifisere og adressere alle de faktorer som påvirker helsen på individuelt nivå, og på befolkningsnivå (Dahlgren & Whitehead, 2007). Wildavsky`s (1977) 10-90 regel sier at kun 10% av helsefremmende arbeid foregår innenfor helsesektoren, mens de resterende 90 prosent er knyttet til faktorer utenfor helsesektoren, og er alle de faktorene som omgir en person i dagliglivet, der de lærer, der de bor og der de jobber (Wildavsky, 1979). Helsefremmende arbeid bør derfor ha sitt fokus i disse sammenhengene (Naidoo & Wills, 2009). For å kunne fremme helse og forebygge sykdom i dagliglivet trenger man bakgrunnskunnskap om helsen til befolkningen (Dahl, 2014). Forskningen mangler dybdekunnskap om hvilke helseutfordringer de polske arbeidsinnvandrerne opplever å ha, og Helsedirektoratet har uttrykt et ønske om forskning på polske arbeidsinnvandreres helse og levevaner. Denne oppgaven vil søke å finne denne kunnskapen som et grunnlag for å kunne øke forståelsen av et viktig tema, og for å kunne utvikle strategier og politiske føringer som kan bedre arbeidsinnvandreres helsestatus.

1.1.1 Målsettinger og problemstillinger

Med mål om å finne ut hvilke helseutfordringer de mannlige polske arbeidsinnvandrerne opplever å ha i Norge, har det blitt utformet en hovedproblemstilling, samt tre underspørsmål som del av denne problemstillingen.

Hovedproblemstillingen til denne studien er:

Hva erfarer mannlige polske arbeidsinnvandrere som helseutfordringer ved sitt liv i Norge?

Som en del av denne problemstillingen ønsker jeg også å få svar på følgende spørsmål:

Hvordan er deres helseoppfatning?

Hvordan ivaretar de egen helse?

Hvordan opplever de å ha tilgang til helsetjenester?

2 Bakgrunn

Jeg vil i denne delen av oppgaven presentere det teoretiske rammeverket for studien, samt tidligere forskning på området. Bakgrunnsdelen består av seks deler, der første del er en begrepsavklaring, før neste del tar for seg foreliggende kunnskap om de polske arbeidsinnvandrerne i Norge. Deretter kommer et avsnitt som knytter begrepene migrasjon og kultur til helse. Neste del omhandler helseoppfatning, og tar for seg begrepene helse og sykdom, samt ulike helsemodeller for å forklare disse begrepene. Den femte delen tar for seg de sosiale helsedeterminantene, mens siste del omhandler Pierre Bourdieus begreper felt, habitus og kapital, og knytter disse begrepene til klasse, helse og livsstil.

2.1 Begrepsavklaring

Definisjonen av en migrant varierer med den bakgrunnen en har, og det finnes ingen fast definisjon av ordet. *Migrasjon* betyr en forflytning av mennesker fra et sted til et annet, ofte over lange avstander og i store grupper (Kumar & Viken, 2010). I norsk statistikk er en *innvandrer* en person som er født i et annet land av to utenlandsfødte foreldre, og bosatt i Norge (Brunborg & Texmon, 2010). Migrantbegrepet omfatter en større andel personer enn innvandrerbegrepet, og inkluderer også studenter, turister og andre som ikke har som mål å bosette seg i et fremmed land (Faist, 2012). Det omfatter også kortsiktig og langsiktig arbeidsinnvandring, samt papirløse innvandrere, asylsøkere og flyktninger (Kumar & Viken, 2010). Sayed (2004) skiller mellom arbeidsinnvandrer, der deres immigrasjon kun omfatter arbeid, og bosettings immigrant, der arbeidsinnvandrerens etter hvert bosetter seg med familien i vertslandet (Sayad, 2004). Jeg benytter konsekvent begrepet arbeidsinnvandrere om den gruppen jeg studerer, mens jeg vil bruke begrepet migrasjon om deres forflytning over landegrensene.

Kultur har ikke en enkel forklaring eller definisjon, men kan defineres på flere ulike måter. Ragnhild Magelssen definerer kultur som «*de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn*» (Magelssen 2008: 17), mens Thomas Hylland Eriksen definerer det som «*det omskiftelige meningsfelleskapet som gang på gang etableres og forandres når mennesker gjør noe sammen*» (Eriksen 2004:25). Kultur omfatter både en kognitiv, en affektiv og en psykomotorisk dimensjon, og dreier seg dermed om både å tenke, føle og handle, og om kunnskaper, verdier og tiltak (Magelssen, 2008). Kultur er også noe alle har, i kraft av å være medlem av et samfunn (Eriksen, 2004), og er ikke kun

forbeholdt etniske minoriteter. Kultur er imidlertid ikke en altomfattende forklaring på alt folk sier og gjør, men en av flere mulige årsaker til ulike handlinger (Kumar & Viken, 2010).

2.2 Polske arbeidsinnvandrere i Norge

Under andre verdenskrig kom de første polakkene til Norge for å bidra med oppbyggingen av veier og flyplasser. Noen av disse ble værende, og dannet dermed grunnlaget for et polsk nettverk i Norge. På 1980-tallet ble polske politiske aktivister gitt asyl i Norge, og det polske nettverket som ble bygget opp i de to første fasene banet vei for immigranter fra Polen på 1990-tallet (Czapka, 2010). Det var imidlertid utvidelsen av EØS-området indre marked og Polens medlemskap i EU i 2004, som var gjennombruddet for polsk migrasjon til Norge. Med muligheter for fri flyt av varer, tjenester, arbeid og kapital, har borgerne fått muligheten til å reise, bosette seg og arbeide i de andre medlemsstatene. Tilstrømningen representerer den største migrasjonsbølgen til Norge noensinne (Friberg, 2013)

Av de polske arbeidsinnvandrerne som kommer til Norge er den største andelen menn, mange har videregående skole som høyeste fullførte utdanning, og få har utdanning fra universitet eller høgskole (Thorsdalen, 2016). Mye av migrasjonen fra Polen til Norge er midlertidig, og de polske migrantene pendler ofte mellom jobb i Norge og familieliv i Polen. På denne måten høster de fordelene av høye lønninger i Norge og lave kostnader i Polen (Friberg, 2013).

Friberg (2013) har forsket på mannlige polske innvandrere, og spesielt på deres arbeidsforhold, og funnet at de blir ansett som pliktoppfyllende og hardtarbeidende og at det er blitt dannet en stereotypi av denne gruppen. Dette gir dem fordeler da de er populære i byggebransjen, men kan også være en ulempe da det ikke forventes at de stiller krav eller spørsmål knyttet til ansettelsen eller arbeidet (Friberg, 2013). Denne forskningen kan fungere som et viktig bidrag, da arbeidsforhold er en viktig del av de faktorene som påvirker de polske arbeidsinnvandrernes helse. Studiene mangler imidlertid fokus på opplevelse av egen helse, noe også det forskningsprosjektet på polske familier som lever i polsk-norsk transnasjonalitet (TRANSFAM) gjør. Et av flere funn i denne studien er at de polske arbeidsinnvandrerne som er kommet til Norge etter 2004 er dårligere integrert enn de som innvandret på 80-tallet. Med dette menes at mange polakker som er kommet til Norge etter 2004 lever sine liv som om de bodde i Polen. De ser på polsk tv, besøker polske nettsider og har stort sett polske venner. Samme forskning viser også at polakkene har mistillit til den norske staten (Ślusarczyk & Pustulka, 2015). Både dårlig integrering og mistillit til staten kan

påvirke helsen til arbeidsinnvandrerne, i form av at man ikke er like tilbøyelig til å ta imot helseråd, enten fra helsepersonell eller befolkningsrettede råd, samt at man kan ha vanskeligere for å oppsøke helsevesen.

2.2.1 Helseutfordringer

Mye av forskningen på innvandrere i Norge er ofte begrenset til «ikke-vestlige» eller «ikke-europeiske» innvandrere, og omhandler personer fra Afrika og Asia. Innvandrerundersøkelsen i Oslo (Innvandrer-HUBRO) ble i 2002 utført av Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo. Målet med undersøkelsen var å få en oversikt over helsetilstanden til de største innvandrergruppene i Oslo, og var en videreføring av helseundersøkelsen i Oslo, en oversikt over helsetilstanden til befolkningen i Oslo (Kumar, 2008). Innvandrergruppene i studien kommer fra Pakistan, Tyrkia, Iran, Vietnam og Sri Lanka, og omfatter 3726 deltakere. Undersøkelsen benytter kvantitativ metode, med både spørreskjema og blodprøvescreening og sammenlikner resultatene med foreliggende data på den norske befolkningen. Generelle trekk ved undersøkelsen viser at de norskfødte oftere rapporterer at de har god helse, sammenliknet med innvandrergruppene. I tillegg blir det, uavhengig av landbakgrunn, rapportert at innvandrerne med høyest utdanning har bedre helse enn innvandrerne med lavere utdanning. Det ble også rapportert om høyere forekomst av kroniske sykdommer og lidelser blant innvandrergruppene enn blant nordmenn (Kumar & Viken, 2010). Denne forskningen understøtter antagelsen om at innvandrere har dårligere helse enn norskfødte, samt at utdanning er en viktig faktor for helse uavhengig av etnisitet¹. Den sier imidlertid ikke noe om de polske arbeidsinnvandrerne. Kulturelle variasjoner og ulik grunn for opphold, er to av en rekke faktorer som skiller de studerte innvandringsgruppene fra de polske arbeidsinnvandrerne.

Som et ledd i den nasjonale strategien om innvandreres helse har nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) gjennomført en helseundersøkelse som omfattet kvinnelige og mannlige polske arbeidsinnvandrere. Det ble utført kvantitativ datainnsamling, komplementert med kvalitative intervjuer for å få en dypere innsikt i de forskningsspørsmålene som ikke kan besvares med kvantitative spørreskjemaer. I denne undersøkelsen ble det funnet at migrasjon endrer innvandrernes posisjon innenfor den sosiale

¹ Etnisitet er et komplekst begrep, men refererer ofte til en gruppe som deler samme kultur, sosial bakgrunn, språk og religion (Naidoo & Wills, 2009).

strukturen, som igjen reflekteres i endringer i helsen (Czapka, 2010). Blant informantene var det 26% som rapporterte at deres helse hadde blitt dårligere etter at de kom til Norge. De mest fremtredende plagene var slapphet og vanskeligheter med å få sove (Czapka, 2010).

Oppgaven har et bredt omfang, og belyser mange aspekter ved de polske innvandrernes selvrapporterte helsestatus, som at familien er en svært viktig verdi for dem, og at de har en annen livsstil i Norge enn hva de hadde i Polen, spesielt uheldige spisevaner grunnet høy pris. Den fant også at de Polske oftere benytter helsesystemet i Polen enn i Norge, som følge av manglende informasjon om helsesystemet, og at de ikke kan språket. Det viser seg også at de polske arbeidsinnvandrerne lever under konstant press, men at de ikke kan benytte seg av de samme mestringsstrategiene som de gjør i Polen (Czapka, 2010).

Flere studier (Czapka, 2010; Friberg, 2013) viser at personer som migrerer av økonomiske grunner, som de polske arbeidsinnvandrerne som skal jobbe og tjene mer penger enn de gjør i hjemlandet, ofte er relativt friske. Denne fenomenet omtales ofte som «the healthy migrant effect» (Czapka, 2010), der de rapporterer om god helse før de reiser, mens tiden i vertslandet forverrer deres helse. Når de returnerer til hjemlandet blir helsen bedre enn den var i vertslandet, men verre enn hva den var før de migrerte (Czapka, 2010). utfordringer knyttet til migrasjon kan også føre til dårligere tilgang til helsevesenet i vertslandet (De Maio, 2012). Abdelmalek Sayad (2004) skriver i boken «The suffering of the immigrant» om algeriske innvandrere i Frankrike, og hvordan arbeidsinnvandrere ofte kun blir sett som arbeidskraft i vertsland. Ved at de er separert fra familie, hjemby og hjemland, og tynget av skyldfølelsen for å ikke være tilstede for familie, blir de være «fraværende» i vertslandet og ekskludert fra samfunnet (Sayad, 2004).

2.3 Migrasjon, kultur og helse

2.3.1 Kulturelle verdier

Variasjoner i kultur kan ha en viktig innvirkning på en persons helse og den helserelaterte atferden. Helse er en kulturell kategori og begrepets innhold og oppfatninger av hva som tjener helsen kan variere mellom ulike befolkningsgrupper, kulturer og med historien (Lupton, 1995). Ronald Inglehart (1971) har skrevet om den «den stille revolusjonen», et omfattende skifte i verdier i industrielle samfunn (Inglehart, 1971). Han argumenterer for at samfunn følger sammenhengende og forutsigbare mønster av økonomisk, politisk, sosial og

kulturell endring, ved at de går fra å være pre-industrielle til moderne, og deretter til postmoderne. Det kulturelle skiftet fra moderne til postmoderne samfunn innebærer sekularisering og individualisering, og et skifte fra overlevelses-verdier, til velvære-verdier (Inglehart, 1997). I en undersøkelse som sammenlikner kulturelle verdier, helseatferd og helseutfall i 42 europeiske land er det funnet at noe av forskjellene i helseatferd og helseutfall kan tilskrives de kulturelle verdiene som eksisterer i de ulike landene (Mackenbach, 2014). Det mest markante skillet i ulikhet i helse i Europa går mellom øst og vest, og disse ulikhetene tilskrives, sammen med flere andre faktorer, ulik kultur og bedre sosioøkonomisk utvikling i de vestlige land enn Øst-Europa. Denne forbedringen i sosioøkonomisk status endrer ofte de kulturelle verdiene, ved at de skifter fra overlevelsesverdier til postmoderne velværeverdier. Dette skyldes sannsynligvis at det å oppleve bedre økonomi gjør bekymringene om overlevelse mindre og tillater at man kan ha et økt fokus på verdier knyttet til selvrealisering og personlige valg. De postmoderne landene har også bedre helseatferd og helseutfall. Studien sammenlikner ikke den norske og den polske kulturen eksplisitt, men viser at de skandinaviske landene har mer moderne normer og verdier, og et økt fokus på selvrealisering og individualisering, mens de østeuropeiske landene er har et større fokus på fellesskapsverdier, overlevelse, og absolutte normer og verdier (Mackenbach, 2014).

2.3.2 Transnasjonalisme

Det har i de siste tiårene vært en økt tendens til at mennesker lever livene sine på tvers av nasjonalstatens grenser. En person bor og tilbringer mye tid i et annet land, men opprettholder sterke bånd til hjemlandet. For å beskrive denne måten å leve på ble begrepet transnasjonalisme tatt i bruk (Wimmer & Glick Schiller, 2002). Begrepet er bredt og lite spesifikt, og mye debattert i forskningen, spesielt fra slutten av 1990-tallet (Vertovec, 2009). Transnasjonalisme kan sies å bryte med den historiske nasjonalstatens rolle som bærer av en felles kulturell og etnisk bevissthet som har ført til den klassiske oppfatningen av at en innvandrere som forflyttes fra sitt opphavsland løsrives fra sin opprinnelseskultur (Schiller, Basch, & Blanc, 1995). Dagens migranter lever sine liv og engasjerer seg i transnasjonale aktiviteter på tvers av grenser, og viser at forflytting ikke trenger å være ensbetydende med forkasting av ens opphavskultur (Schiller et al., 1995).

Blant de polske arbeidsinnvandrere er det mange som lever transnasjonale liv, ofte med jobb i Norge og familie i Polen. En slik transnasjonal tilværelse oppleves av mange å være både

stressende og frustrerende (Friberg, 2013). Det å være borte fra familien, og å verken bo her eller der, sammen med forventninger fra arbeidsgiver, kolleger, familie og venner kan slite på migrantene over tid. Arbeidsinnvandrernes frustrasjoner ved den transnasjonale tilværelse påvirkes av deres midlertidige perspektiv på migreringen (Friberg, 2013). Med dette menes at de takler stress bedre fordi de vet at tilværelsen er midlertidig.

2.3.3 Migrasjon og helse

Årsaken til at folk migrerer skyldes både «push-pull» tendenser og kumulative årsaker (Brochmann, 2006). Push- pull teorien sier at det både er mekanismer i senderlandet og tiltrekningskrefter i mottakerland som fører til migrering, mens kumulative årsaker handler om at nettverksdannelse og selvforsterkende mekanismer fører til at mennesker flytter (Faist, 2012). Kumulative årsaker beskriver effekten det har at noen begynner å flytte til et land, og etablerer nettverk og «migrasjonsbroer» mellom opprinnelsesområdet og destinasjonsområdet som gjør det lettere for dem som velger å reise på et senere tidspunkt. Bakkenfor disse teoriene ligger det også strukturelle føringer som omhandler de samfunnsmessige forholdene som gjør utflytting attraktivt eller nødvendig for individene (Brochmann, 2006). Økonomiske årsaker ser ut til å være «push» faktoren som får dem til å emigrere, mens åpningen av det vestlige arbeidsmarkedet etter EU utvidelsene ser ut til å være «pull» faktoren (Czapka, 2012). Økningen i migranter fra Polen til Norge kan mest sannsynlig forklares ut fra både kumulative årsaker og push-pull tendenser, i tillegg til samfunnsmessige forhold. De fleste som kommer til Norge har allerede et nettverk eller en bekjent fra sitt hjemland som gjør migrasjonen enklere, og det er ofte både attraktivt og nødvendig for dem å jobbe i Norge for å bedre sin økonomi (Friberg, 2013). Friberg (2012) har i sine studier funnet at migrasjonsmønstrene til de polske arbeidsinnvandrerne ofte går gjennom tre faser. Den første fasen er midlertidig arbeid i Norge, ofte med en planlagt dato for returnering til Polen. Den andre fasen er transnasjonal pendling mellom Norge og Polen uten dato for retur, mens den tredje fasen er permanent bosetting i Norge (Friberg, 2012). Selv om de fleste av innvandrerne returnerer til sine hjem i Polen eller lever transnasjonale liv der de pendler mellom familieliv i Polen og arbeid i Norge, er det en økende andel som bosetter seg i Norge (Friberg, 2012).

Forskning dokumenterer at det er en sammenheng mellom migrasjon og helse (Siem, 1997) . Migrasjon er ofte relatert til vertikal mobilitet som fører til endringer i individets sosiale status (Czapka, 2010). I senere tid viser det seg oftere å være sosial degradering fremfor sosial

forfremmelse, og sosial status vil i stor grad påvirke migrantenes helse (Czapka, 2010). Endringene i helse kan skyldes lavere selvtillit og sosial degradering som følge av migrasjon til et fremmed land, spesielt med arbeid i en lavstatus jobb. Arbeid i bygningsbransjen innebærer også risiko for ulykker og permanente helseskader (Czapka, 2010). Det viser seg også at helse for arbeidsinnvandrere er en del av deres status. Sayad (2004) har funnet at sykdom, for arbeidsinnvandrere, kan betraktes som en krise som fører til ubalanse og hindrer en fra daglig deltakelse i arbeidslivet (Sayad, 2004). Arbeid er ofte motivasjonen til å reise fra hjemlandet i utgangspunktet, og en løsning på tidligere problemer. Han sier videre at arbeid legitimerer en arbeidsinnvandrers status, og en arbeidsinnvandrer som er syk og ikke kan jobbe mister dermed mye av sin status. Helseinstitusjoner blir ofte utelukkende sett på som steder der helse restitueres, og for en arbeidsinnvandrer er institusjonene også viktige for å restituere deres status (Sayad, 2004).

2.3.4 Å forske på innvandrere

For en innvandrer betyr det å migrere til en ny kultur å etterlate både hjemland og kulturell opprinnelse, noe som krever mot og motstandsressurser (Mahalingam & Rabelo, 2013). De vil ofte oppleve å måtte endre deres sosiale- og kulturelle identitet, noe som vil bidra til å påvirke og endre deres liv. Som forsker er det viktig å identifisere både risiko- og beskyttende faktorer som former livet til innvandrerne. Motstandsressurser er en beskyttende faktor og har ofte et fokus på individuelle faktorer som assosieres med positive utfall. Mahalingam og Rabelo (2013) mener motstandskraft i større grad må ha en prosessbasert tilnærming der fokuset er på interaksjonen mellom individene og deres kulturelle og økologiske bakgrunn. Motstandsressurser er både et utfall av interaksjonen mellom individet og deres miljø, og prosessen som bidrar til disse utfallene. Innvandrerne bør ikke sammenliknes med en stereotyp sunn norsk mann, samtidig som deres handlinger ikke bør sammenliknes med handlinger forbundet med egen kultur (Mahalingam & Rabelo, 2013). Ved å identifisere risiko- og beskyttende faktorer innenfor et slikt rammeverk vil man muligens kunne unngå å opprettholde etniske stereotypier, og heller ha en dypere og mer nyansert forståelse av livet til innvandrerne (Mahalingam & Rabelo, 2013). Det er i dette tilfellet viktig å identifisere hvilke risiko- og beskyttende faktorer som gjør seg gjeldende hos de polske arbeidsinnvandrerne der man ser både individet, og deres bakgrunn, det kulturelle og økologiske miljø, og identifiseringen må finne sted gjennom hele forskningsprosessen.

2.4 Helseoppfatning

Det finnes ikke et entydig svar på spørsmålet om hva helse er fordi helse er subjektivt. Men det finnes ulike *forståelser* av hva helse er og hvordan helse kan oppnås (Gjernes, 2004). Folks egne helseoppfatninger vil ha betydning for hvordan folk forholder seg til helseinformasjon eller helseopplysning og hvilke former for tenkning om helse som gjør seg gjeldende (Williams, 1995). Kultur har betydning for folks helserelaterte atferd. Kultur vil ha avgjørende betydning for hvordan folk prioriterer, hva de synes er akseptabel atferd og hva som ikke er det, hva som er relevant kunnskap og hvilken kunnskap som ikke synes å være det (Airhihenbuwa, 1995). Hvordan begrepene helse og sykdom defineres eller brukes vil påvirkes av hvilken helseoppfatning man har eller hvilket tankesett man opererer ut fra.

Det eksisterer en rekke ulike definisjoner på sykdom og helse (Calnan, 1987; Hardey, 1998). Hva som inngår i begrepet helse, samt hva som oppfattes som god helse eller dårlig helse varierer fra person til person, og kulturen har stor innvirkning på den enkeltes oppfatning av dette. *Helse* kan defineres som fravær av sykdom, der det refereres til en negativ eller biomedisinsk definisjon. Helse defineres her ut fra hva det ikke er, fremfor hva det er (Naidoo & Wills, 2009). Verdens helseorganisasjon gir en bredere definisjon av hva helse er som:

«En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse» (WHO, 1946)

Definisjonen har imidlertid blitt møtt med kritikk, da den gjør det svært vanskelig å bli kategorisert som “healthy” eller å ha god helse, og er i mange tilfeller betegnet som utopisk (Callahan, 1973). Den inneholder to forskjellige syn på helse, både ved å referere til «fraværet av» som et negativt helsesyn, og helse som velbefinnende, som et positivt helsesyn. Andre kritikere har igjen sagt at den likner mer på en definisjon på lykke enn en definisjon på helse (Hofgaard, 2010). Det blir ofte snakket om det å ha god nok helse, og Magelssen (2008) har følgende definisjon:

” Ved helse må forstås at et menneske nyter en så stor grad av fysisk, psykisk, sosialt og åndelig velvære at det klarer å opprettholde sine sosiale relasjoner og bli opprettholdt av dem, og ikke at det er fullstendig fritt for sykdom og svakhet” (Magelssen 2008:74).

Begrepet *sykdom* blir ofte delt opp i «illness» og «disease». Eisenbergs (1977) distinksjon av begrepene viser flere dimensjoner ved helsebegrepet.

« patients suffer `illnesses`; physicians diagnose and treat `disease` illnesses are experiences of disvalued changes in states of being and social function: diseases are abnormalities in structure and function of body organs and systems » (Eisenberg 1977:22).

Her blir begrepet sykdom tilegnet en objektiv eller tingliggjort kvalitet. Det refereres til en feil ved de biologiske, fysiologiske eller kjemiske prosesser i kroppen. «Illness» refererer til den subjektive opplevelse av sykdom, som kroppslige følelser av smerte og ubehag. Begrepet blir i større grad formet av kulturelle faktorer som styrer oppfatning, kategorisering og forklaringer av ukomfortable opplevelser (Calnan, 1987). Det er med andre ord mulig å oppleve «illness» uten at det foreligger sykdom og at man kan ha en sykdom uten å føle seg «ill» (Eisenberg, 1977).

Jeg vil videre i oppgaven presentere fire ulike helsemodeller som viser bakgrunnen for hvorfor man tillegger begrepene helse og sykdom forskjellige betydninger. Modellene overlapper hverandre til dels, henter erfaringer fra hverandre og responderer på hverandres forståelse av hva helse er og hvordan helse kan oppnås. Modeller som dette er avgjørende for hvordan folk tenker og handler i forbindelse med helse. Modellene er kulturavhengige og de viser til en verdi. Man kan derfor si at de i hovedsak er normative modeller (Gjernes, 2004).

Den biomedisinske helsemodellen

I denne helsemodellen blir helse sett som fravær av sykdom. Modellen blir ofte beskrevet som reduksjonistisk fordi den hevdes å redusere sykdommer til tilstander i mindre kroppsdeler eller til begrensede biologiske prosesser, mens sosiale og psykologiske faktorer i stor grad blir neglisjert (Nettleton, 2006). Modellen betegnes som ekspertstyrt, ved at reduksjonismen fører til at detaljkunnskapen blir mer omfattende, kompetansenivået blir høyere og de medisinske kvalifiserte er de eneste som klarer å følge med i kunnskapsutviklingen på feltet. Modellen kjennetegnes av å være både patogenetisk og dualistisk (Naidoo & Wills, 2009). Patogenese fokuserer på årsakene til at man blir syk, mens dualisme skiller behandlingen av kroppen og sinnet fra hverandre. Ved at kroppen sees som en maskin, der ulike deler behandles separat, betegnes også modellen som mekanisk (Naidoo & Wills, 2009). Den biomedisinske helsemodellen har blitt kritisert for å være snever fordi helse blir sett på som normaltilstanden og at sykdom blir sett på om et avvik fra normalen (Gjernes, 2004).

Den holistiske helsemodellen

Med en ny definisjon på helse utvidet verdens helseorganisasjon den biomedisinske oppfatningen av helse. Definisjonen ble lansert i 1946 men slo ikke gjennom før på 1970- og 1980-tallet. Den biomedisinske modellen er blitt omtalt som negativ fordi fokuset rettes mot sykdommen, mens WHO's definisjon er positivt ladet, da motpolen til helse ikke er sykdom (Lupton, 1995). WHO's utvidelse av helsebegrepet legger vekt på å utvide medisinsens samfunnsmessige og politiske rolle, til å i større grad være velgjører. Definisjonen er blitt kritisert for å være for omfattende, og for å blande sammen helse og velvære, og at medisinske institusjoner gjøres ansvarlig for en persons sosiale velvære (Callahan, 1973). WHO's helsemodell synes å være en rettighetsmodell som sier noe om hva en har krav eller rett på (Gjernes, 2004). Den biomedisinske modellen sier at helse er en individuell ressurs og helseproblemer er noe individet må ta hånd om selv (Nettleton, 2006). WHO har skapt et begrep som er vidt, diffust og subjektivt og at formålet har vært å skape et helsebegrep som favner om helseproblemer uavhengig av lokal og nasjonal kontekst, velstand og kultur (Gjernes, 2004). Mens man med den biomedisinske modellen, og patogenese, leter etter årsaker til sykdom, har den holistiske helsemodellen åpnet for salutogenese som heller fokuserer på hvorfor folk holder seg friske. Begrepet ble først beskrevet av Aron Antonovsky (1979), som etterlyste et større fokus på de beskyttende faktorene som gjør at folk holder seg friske til tross for stress, endringer og uheldige omgivelser (Antonovsky, 1979).

Den folkelige helsemodellen

Denne modellen omfatter «vanlige» folks oppfatning av helse. Vanlige folks definisjoner av helse er uformelle, de finnes i mange versjoner, og er ikke eksplisitte eller konsistente (Schutz, 1967). De folkelige modellene er preget av det Hannerz (1992) kaller kulturell flyt, som vil si at informasjon og meningsdannelser fra forskjellige kilder preger helseoppfatningen (Hannerz, 1992). Flere undersøkelser viser at lekfolk betrakter helse som fravær av sykdom, og også som kapasitet til å takle livshendelser som sykdom av kortere eller lengre varighet (Gjernes, 2004). Helse blir innenfor denne modellen også sett på som ens evne til å fungere eller fylle de roller som er pålagt av ens sosiale posisjon (Nettleton, 2006).

Den politiske helsemodellen

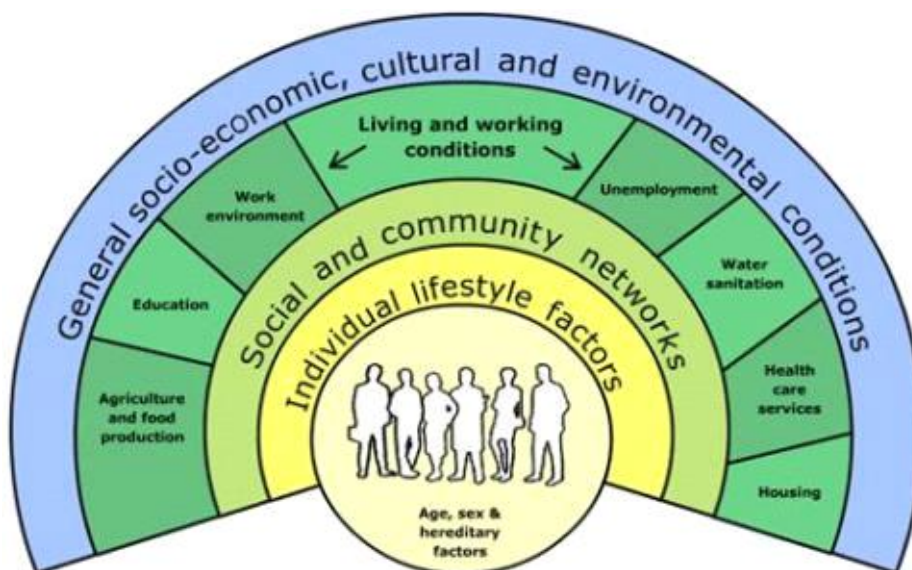
I denne modellen er frigjøring et viktig begrep og modellens prosjekt er å myndiggjøre folk (Gjernes, 2004). Det er innenfor det forebyggende fagmiljø ønsket man å rette fokus mot faktorer som virker helsefremmende fremfor de faktorene som reduserer helsen.

Lokalsamfunnsutvikling, lokal deltagelse og «empowerment» er viktige begreper innenfor denne modellen, og den klassiske individorienterte «Victim-blaming» tilnærmingen blir kritisert. Befolkningsgrupper og enkeltindivider skal innenfor denne modellen gis bedre kontroll over forhold som påvirker deres helse (Gjernes, 2004).

2.5 Sosiale helsedeterminanter

Helseutfordringer preges av en økning i sykdommer som påvirkes både av vår helseatferd og av sosiale og strukturelle forhold (Dahl, 2014). Kunnskap om sosiale helsedeterminanter viser at oppmerksomheten må rettes mot bakenforliggende årsaker til individuell helseatferd (B. Kumar & Viken, 2010). Forholdet mellom sosial ulikhet og helse vises i alle aldre, men forholdet er sterkest blant menn i arbeidsalder. I denne gruppen er også ulikheter i helse størst, noe som tilsier at ulikhet i inntekt og ulikhet i helse er nært forbundet (Marmot & Wilkinson, 2005)

Studier viser at det eksisterer sosiale ulikheter i samfunnet generelt og innen helse spesielt og Dahlgren og Whitehead (2007) har funnet at slike ulikheter i helse skyldes systematiske forskjeller i helsestatus mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Dahlgren og Whitehead tar for seg tre ting som karakteriserer sosiale ulikheter innen helse. Dette er at de ikke er tilfeldige, at de er sosialt konstruerte og at de er urettferdige. Dette skiller dermed begrepet fra helsevariasjon eller helseforskjeller (Dahlgren & Whitehead, 2007).



Figur 1- De sosiale helsedeterminantene (Dahlgren & Whitehead, 2007).

Jeg vil benytte Dahlgren og Whiteheads modell for sosiale helsedeterminanter (se figur 1) som et teoretisk bakteppe for oppgaven min. Denne modellen tar for seg individuelle helsedeterminanter og deres samspill med strukturelle og sosialt stratifiserte faktorer (Dahlgren & Whitehead, 2007). Individuelle helsedeterminanter kan være kjønn, alder, etnisitet, livsstil og biologisk arv. Strukturelle og sosialt stratifiserte faktorer kan være oppvekstmiljø, lokalt tilbud av helse-, omsorgs- og velferdstjenester, tilgang til rekreasjon, fysisk-kjemisk-biologisk arbeids- og bomiljø og arbeids- og utdanningsmuligheter. De strukturelle og sosialt stratifiserte faktorene vil i stor grad påvirke de individuelle livsstilsfaktorene (Dahlgren & Whitehead, 2007). Det vil blant ulike mennesker og ulike kulturer være forskjellige oppfatninger om hvilke av helsedeterminantene som er viktigst å opprettholde for å ha god helse. Ved en transnasjonal tilværelse kan ulike determinanter spille en ulik rolle i hjemland og vertsland. I en studie utført av Castaneda et.al (2015) argumenteres det for at migrasjon i seg selv er en viktig helsedeterminant, men til nå ikke har fått nok plass i folkehelsefeltet. Immigrantenes liv har blitt formet av sosiale helsedeterminanter i deres hjemland, og de står nå overfor nye sosiale, politiske og økonomiske forhold i deres vertsland. En materiell ulikhet kombinert med usikkerhet, bekymringer og mangel på sosial integrering kan være ulempe for helsen til migranter med lavere sosioøkonomisk status (Castañeda et al., 2015).

De sosiale helsedeterminantene er aktuelle som en overordnet forklaringsmodell for hva de polske arbeidsinnvandrerne beskriver som deres oppfatning av egen helse, hvordan de tar vare på helsen sin, hvordan de opplever å ha tilgang til helsetjenester og hvorfor de eventuelt har helseutfordringer.

2.6 Habitus, felt og kapital

For å ytterligere forklare årsaker til sosiale ulikheter i helse, og hvorfor den individuelle helseatferden varierer vil jeg benytte Bourdieu's (1995) teori om habitus felt og kapital. Bourdieu er påvirket av den fenomenologiske bevegelsen som utgikk av Maurice Merleau-Ponty, der han mener vårt forhold til verden viser seg gjennom vår kroppslige formidlede og forankrede forståelse og atferd (Bourdieu, 1995). Bourdieu betegner dette forholdet mellom begrepene habitus og felt, ved at ulike sosiale grupper handler forskjellig avhengig av deres

posisjon i det sosiale rom (Bourdieu, 1995). Teorien tar ikke for seg det umiddelbare, den individuelle helseatferden, men den kontekstualiserer atferden i en bredere sammenheng og forklarer hvordan helseatferden henger sammen med personenes sosiale liv (Bourdieu, 1995). Relevante spørsmål en kan stille seg i denne sammenheng er hva eller hvem det er som styrer den samfunnsmessige ulike fordelingen av helse og sykdom, og hva eller hvem det er som bestemmer om noe er sunt eller usunt.

I følge Bourdieu er mye av dagliglivet, inkludert helseatferden, noe man tar for gitt, og organisert på en praktisk og logisk måte folk flest ikke seg er bevisst (Bourdieu, 1995). Sentralt i Bourdieu's forsøk på å overskride dualismen mellom objektivitet og subjektivitet er begrepet habitus (Bourdieu, 1995). Helseatferd kan hverken forklares ut fra individuell beslutningstaking eller sosiale strukturer. I følge Bourdieu lever ikke mennesker livene deres etter frie valg eller strategier, men under begrensningene av habitus som forenklet kan oversettes til vaner eller smak. *Habitus* kan i denne sammenheng sees som et forsøk på å eliminere gapet mellom strukturen og individene, mellom oppfatning og atferd. Helserelatert atferd er en rutinebasert del av hverdagen, som blir styrt av en praktisk eller implisitt logikk (Williams, 1995). Habitus gir individene en klasseavhengig, pre-disponert måte å tenke, føle og å handle på, i tillegg til måten individene klassifiserer den sosiale verden og deres plassering i den (Bourdieu, 1995). Hvilke valg mennesker tar kan ikke bare tilskrives individuell beslutningstaking, men må sees i sammenheng med felt og kapital (Bourdieu, 1995). *Felt* er et strukturert system av sosiale posisjoner og sees på som en markeds plass der varer tilbys og i forskjellig grad etterspørres. Det er også et system av maktrelasjoner, der menneskene har større eller mindre tilgang til ressurser, eller kapital. *Kapital* er det som kan selges eller ansees som verdifullt i det sosiale rom (Bourdieu, 1995). Bourdieu mener at atferd og valg påvirkes av ulik kapital. Denne kapitalen deles inn i økonomisk, kulturell, symbolsk og sosial kapital. Den økonomiske kapitalen omfatter alle former for økonomiske ressurser som kan investeres og gi økonomisk avkastning. Selve papiret eller mynten har ingen verdi i seg selv, men det eksisterer en felles enighet om at det har en verdi. Den kulturelle kapitalen er både legitimert kunnskap og nedfelt som en kroppsliggjort kapital, en måte å stå, gå eller være på, og evnen til å kunne skille fint fra mindre fint. Den sosiale kapitalen er det innebygde nettverket av familie venner og bekjente som man kan bruke for å opprettholde eller forbedre sin relative posisjon (Bourdieu, 1995). I den symbolske kapitalen inngår både prestisje og sosial honnør (Williams, 1995). I tillegg blir også kroppen sett på som en form for kapital, og blir referert til som fysisk kapital. Som med habitus, har heller ikke kapital noen

funksjon uten at det sees i sammenheng med felt. Feltet er en dynamisk struktur der menneskene strever med å opprettholde eller forbedre sin relative posisjon ved å øke sin kapital, eller sine ressurser (Bourdieu, 1995). I denne studien vil de polske arbeidsinnvandrernes atferd påvirkes av deres tilgang til ressurser, kapital, både inntekt, utdanning, kultur og sosiale relasjoner, i det feltet de beveger seg innenfor.

2.6.1 Sammenhengen mellom klasse, helse og livsstil

Livsstil blir sett på som et produkt av habitus, og blir uttrykt gjennom smak (Williams, 1995). Ofte kan dominerende grupper i det sosiale rom sette trenden for hvilken livsstil man bør ha, hva som er sunt og hvordan den sunne livsstilen skal iverksettes. De dominerende gruppene har de nødvendige kulturelle, økonomiske og sosiale ressursene (Larsen, 2010). Habitus er både produkt og produsent av forskjeller og det eksisterer et hierarki av livsstiler som et klassehierarki. På samme måte som dominerende sosiale grupper bestemmer hva som er god stil i forbindelse med utdanning og livsstil, bestemmer de samme gruppene hva som er sunt og hvordan dette skal praktiseres (Williams, 1995). I denne studien kan de dominerende gruppene være personer med høy sosioøkonomisk status både i Norge og i Polen, som kan ha ulike definisjoner på hva som er sunt og hvordan sunnhet skal praktiseres.

Synet på helse og sykdom påvirkes av en bred samfunnsmessig forestilling om hva som er sunt og sykt, normalt og unormalt. Det eksisterer en felles oppfatning om hvordan kroppen skal se ut, hva den skal spise, hvordan den skal bevege seg, og hvordan den skal avholde seg fra røyk og for mye alkohol. Mennesker har forskjellige sosiale posisjoner og vil derfor handle ulikt ut i fra idealene. Forskjellene i sosiale klassers tilnærming til kropp vises i konseptene helse og sykdom (Williams, 1995). Helse er blant middelklassen sett på som ekspressivt bruk av kroppen i abstrakte termer, mens helse blant arbeiderklassen sees i mer instrumentelle termer, som det å kunne arbeide (Bourdieu, 1995). De polske arbeidsinnvandrerne har en lavere sosial posisjon i Norge (Friberg, 2013), og vil muligens betegne helse instrumentelt.

Konsumering av mat er et viktig område i helse- og livsstilsdebatten. Sosiale grupper har forskjellige måter å spise og drikke på. For en gruppe med lav sosioøkonomisk status, der nøden er nær, er mat ofte en materiell nødvendighet, med substansielle og fyllende måltider, og målet kan være å få tilstrekkelig med mat for de pengene man har for å overleve (Larsen, 2010). De polske arbeidsinnvandrerne har ofte lavere sosioøkonomisk status, og kommer ofte

til Norge for å bedre sin økonomi (Friberg, 2013). Det kan derfor være nærliggende å tro at de vil se på mat som en materiell nødvendighet. For personer med høyere sosioøkonomisk status, og med nøden på trygg avstand, viser det seg at kroppens form er en viktigere prioritet, og avholdenhet sees som en viktig styrke, med balanserte og moderate dietter (Bourdieu, 1995).

Et annet viktig aspekt i helse- og livsstilsdebatten er fysisk aktivitet. Den instrumentelle tilnærmingen til både kropp og sykdom blant grupper med lav sosioøkonomisk status kan til en viss grad beskrive deres syn på aktivitet. Ved å ha brukt sine kropp hele dagen til fysisk krevende arbeid har de kanskje ikke tid eller overskudd til å løpe eller trene etter arbeid (Williams, 1995). Bourdieu mener også deres syn på fysisk aktivitet kan tilskrives deres «valg» av sport og trening. Arbeiderklassen har en tendens til å tiltrekkes sportslige aktiviteter som krever fysisk styrke, som vektløfting, bryting og boksing. I kontrast har middelklassen en tendens til å behandle kroppen som et prosjekt, der de søker å kultivere slanke og trente kropp og ofrer derfor mye tid og arbeid for å møte de sosiale normene for selv-presentasjon (Williams, 1995). For den dominerende klassen er både helseperspektivet viktig, sammen med det symbolske aspektet av den type trening de utfører (Williams, 1995). Forskjellige klasser og klassefraksjoner kan utføre de samme aktivitetene, men meningen og funksjonen vil variere blant de forskjellige klassene (Bourdieu, 1995).

Bourdieu mener arbeiderklassen i større grad vil akseptere degenerering av kroppen, mens middelklassen vil legge mer ressurser i vedlikehold av kroppen for å bekjempe aldringsprosessen. Han mener med dette at middelklassen eller den dominerende klasse vil investere mer i egenomsorg og helse enn hva arbeiderklassen vil (Bourdieu, 1995). Investering i egenkroppen er en kontinuerlig prosess, og investeringen krever ressurser. Visse former for investering i helsekapital krever økonomisk kapital, sosial kapital og kulturell kapital. Dette kan være penger, vennsrelasjoner, evne til å lese, skrive og prate på visse måter, eller å være oppdatert om sammensetning i matvarer. Økt individualisering gjør investering i kroppen til en viktig form for kulturell kapital. Dette er ofte investeringsarbeid med langtidseffekter i motsetning til valg som tas her og nå (Williams, 1995).

Et annet viktig poeng for Bourdieu er endring, som i denne sammenhengen kan sees som endring av helseatferd. Endring er ikke umulig, men det kan være problematisk. I den grad endring forekommer er det i sammenheng med individets underliggende habitus. I denne sammenheng vil en person fra arbeiderklassen som forsøker å endre livsstil til en livsstil tilsvarende en person fra middelklassen, ikke være disponert til å gjøre denne endringen. Han

mener derfor livsstil ikke er et personlig valg (Bourdieu, 1995). De polske arbeidsinnvandrere kan, ut i fra denne teorien, være sosialisert inn i vaner, eller habitus, som gjør det vanskelig for dem å endre livsstil eller helseatferd.

Gjennom Bourdieu's teorier, om man ser på begrepene helse eller helseatferd, ser man at det er den klasserelaterte habitus, gjennom smak og kroppslige disposisjoner i det sosiale felt, sammen med mengde og sammensetning av kapital, som bestemmer, ikke bare livsstil, men også klasserelaterte ulikheter i helse og sykdom (Williams, 1995). Med dette mener han sosiale grupper har forskjellige måter å spise og drikke på. Hva slags mat som inntas, om man røyker eller drikker alkohol, og hvordan kroppen blir aktivert, avhenger av hvilken sosial gruppe du tilhører (Larsen, 2010). Bourdieu's teorier utgjør et relevant teoretisk grunnlag for å besvare forskningsspørsmålene i denne oppgaven, og vil fungere som en rød tråd videre i oppgaven.

I denne delen av oppgaven er relevant forskning og teori presentert for å introdusere feltet som skal forskes på, og for å skape et fundament som utgjør den konteksten resultatene senere vil diskuteres innenfor. Ved å ha presentert bakgrunnsinformasjonen, vil resten av oppgaven presentere og fokusere på funnene i studien.

3 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvilken metodologisk tilnærming jeg har benyttet meg av i studien. Jeg vil først beskrive bakgrunnen for valg av forskningsmetode, samt ulike etiske overveielser som er aktuelle for denne forskningsmetoden. Deretter belyses prosessen for rekruttering av informanter, innsamling av data, utførelsen av intervjuer, transkribering av intervjuer og analyseverktøy. Til slutt vil jeg ta for meg de etiske betraktningene knyttet til dette forskningsprosjektet, samt avklaring av egen rolle og forforståelse.

3.1 Valg av forskningsmetode

For å besvare forskningsspørsmålet vil jeg benytte kvalitativ induktiv metode inspirert av fenomenologien (Kvale & Brinkmann, 2009). Den fenomenologiske analysemetode blir ansett som hensiktsmessig, da den i stor grad egner seg til å få frem hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden. Kvale og Brinkmann skriver i sin bok ”Det kvalitative forskningsintervju” at fenomenologi mer bestemt er et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2009).

Fenomenologi er en filosofisk retning og ikke en forskningsmetode som sådan (Kvale & Brinkmann, 2009). Retningen krever at forskeren går utover hans eller hennes eksisterende «kunnskap» om noe, fordi dette kan komme i veien for hva fenomenet «er». Fenomenologi handler om å komme så nært som mulig til å forstå hva noe «er», meningen, og ikke bare hvordan det fremstår eller hva man antar det er (Giorgi, 1997). Fenomenologi kan sies å være ontologi der forskeren lar noe av fenomenet bli sett gjennom språk, gjennom deltagerens historier fra deres livserfaringer. Man søker å forstå «det å være» i hverdagsmenneskets eksistens (Giorgi, 1997). Denne forskningsfilosofien tillater at studien kobler individuelle og sosiale dimensjoner ved opplevelsen av helse og sykdom. I den fenomenologiske tilnærmingen er også kultur sett som forankret i kroppen og interagerer med større objektifiseringsprosesser, som helsekunnskap (Bourdieu, 2007). Designet i denne studien er case-studie fordi den tar for seg gruppen, mannlige polske arbeidsinnvandrere i Norge, som en enhet. Et case- studie gir forskeren anledning til å gå i dybden av en enhet og komme frem til detaljerte og inngående beskrivelser av et fenomen. Ulempen med designet er at man ikke kan sammenlikne flere enheter (Merriam, 1988).

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Intervju og intervjuguiden

Spørsmålene i intervjuguiden i denne studien er forankret i teorien presentert i forrige avsnitt. Den er også inspirert av intervjuguiden NAKMI har benyttet i sin studie av polske immigranternes helse. Intervjuguiden i den overnevnte studien består imidlertid bare av noen få supplerende spørsmål til det kvantitative spørreskjemaet, mens intervjuguiden i denne studien er utvidet med flere spørsmål. Intervjuguiden består av tre deler som omfatter oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingsspørsmål, i tråd med hva en klassisk intervjuguide skal inneholde (Kvale & Brinkmann, 2009). Oppvarmingsspørsmålene omfatter generelle spørsmål om trivsel i Norge, samt mer konkrete spørsmål, som varighet på opphold i Norge, alder og utdanning. Refleksjonsdelen tar for seg hovedtemaene i studien og er delt inn i tre deler. Her søker jeg å finne betydning av begrepene helse og sykdom, årsaker til sykdom og hva det vil si å være «healthy». Intervjuguiden inneholder spørsmål som tar for seg hva informantene opplever som helse og hvordan de oppfatter sin helse. Videre vil jeg finne ut om deres helse er av stor verdi for dem, eller om det er noe annet de verdsetter mer. Jeg ønsker å finne ut om de opplever noen helseutfordringer, og om oppholdet i Norge har endret noe hva gjelder deres helse. Jeg stiller spørsmål som sammenlikner helse og ivaretagelse av helse blant polske arbeidsinnvandrere og den generelle nordmann, samt forskjeller på ivaretagelse av egen helse i Norge og i Polen. Videre er spørsmålene knyttet til ivaretagelse av egen helse i innenfor områdene fysisk aktivitet og ernæring, samt hvilken funksjon de mener kroppen har. Det tredje punktet i refleksjonsdelen omfatter temaene tilgang til helsesystemet og tilgang til helseinformasjon. Den tredje og avsluttende delen omfatter avrundingsspørsmål, i tillegg til at det er satt av plass til eventuelle andre spørsmål eller temaer som kan dukke opp. Formålet med spørsmålene er å forsøke å besvare problemstillingen med et bakgrunnsmateriale som favner flere aspekter ved informantenes liv, både på strukturelt og individuelt nivå.

Det ble i forkant av intervjuene gjennomført to pilotintervjuer der jeg undersøkte om spørsmålene var forståelige. I begge intervjuene ble spørsmålene stilt på engelsk, mens svarene ble gitt på norsk. Det ble gjennomført et intervju med en bekjent uten spesiell kunnskap om temaene, samt et intervju med en annen bekjent som kjenner til oppgavens tematikk. På denne måten kunne den første prøveinformanten vurdere om han forstod

spørsmålene som ble stilt, mens den andre prøveinformanten kunne komme med tilbakemeldinger knyttet til innhold. Spørsmålene i intervjuguiden er utformet på engelsk.

3.2.2 Rekruttering av informanter og beskrivelse av utvalget

Inklusjonskriteriene var at informantene skulle være polske menn som arbeider i bygningsbransjen i Norge. Disse kvalitetene ble valgt fordi den mannlige polske bygningsarbeideren representerer den «typiske» polske arbeidsinnvandreren i Norge (Friberg, 2013). Det ble stilt krav til at de er midlertidig bosatt i Norge da det antas at denne transnasjonale tilværelsen påvirker deres helse og deres syn på helse. Det var også ønskelig at informantene kunne kommunisere på engelsk, da utgifter til tolk måtte egenfinansieres. Det stiltes ingen krav til lengde på opphold. Målet var å intervju 4- 6 informanter. Dette gir et stort nok antall for å få variasjon i resultatene, men likevel såpass få at jeg har mulighet til å gå i dybden (Kvale & Brinkmann, 2009). Oppgavens omfang har også hatt innvirkning på antall informanter som er blitt intervjuet.

Informantene til studien er blitt rekruttert gjennom snøballmetoden (Becker, Bryman, & Ferguson, 2012). Jeg startet med å kontakte organisasjoner som representerer polske innvandrere med et ønske om å rekruttere informanter fra disse. Først kontaktet jeg Caritas som er den katolske kirkes nødhjelpsorganisasjon. Organisasjonen støtter de katolske menighetenes arbeid for vanskeligstilte i deres lokalsamfunn, og er relevant å rekruttere fra da en stor andel polakker er katolske. Her fikk jeg beskjed om at en pågående studie hadde rekruttert informanter fra dem, og at de dermed ikke hadde kapasitet til å hjelpe meg. Jeg kontaktet deretter en annen person som arbeider som ombud i Oslo bygningsarbeiderforening. Fra henne fikk jeg rekruttert to informanter som var villige til å la seg intervju mot at intervjuene ble gjennomført på polsk med tolk. Jeg besluttet derfor å finansiere en tolk selv. Tolken var en polsk kvinnelig student som skriver masteroppgave om polsk-norske familier og hadde flere implikasjoner for hvordan hun som tolk skulle relatere til den polske mannlige arbeideren. Jeg har også kontaktet representanter for den katolske kirke i Oslo og omegn, samt en polsk psykiater som arbeider i Oslo. I utgangspunktet hadde jeg et ønske om å kun rekruttere via organisasjoner som er nevnt ovenfor, men det viste seg å være litt vanskeligere enn forventet. I noen av tilfellene fikk jeg ikke svar i det hele tatt, mens andre ikke hadde mulighet til å hjelpe meg. Det kan tenkes henvendelser fra større forskningsprosjekter ble prioritert fremfor henvendelse fra en student. Jeg bestemte meg derfor for å rekruttere mer

direkte, på byggeplasser eller via arbeidsgiveren til bygningsarbeiderne. Jeg fikk dermed rekruttert en informant gjennom et foretak som holder til i Oslo sentrum, og to informanter i et annet foretak som holder til på Fornebu.

Utvalget i denne studien består av i alt 5 informanter. Den yngste informanten er 30 år og den eldste informanten er 48 år. En av informantene er utdannet lærer, mens de fire andre har videregående skole som høyeste utdanning. Alle informantene arbeider i bygningsbransjen i Norge og befinner seg i fase to av de tre migrasjonsfasene. Dette vil si at de pendler mellom Polen og Norge, og ikke har noen fastsatt dato for retur til Polen. Fire av fem informanter har kone og barn i Polen, mens den siste informanten bor sammen med sin samboer i Norge, og ønsker på sikt å bosette seg her. Informantene i studien har bodd i Norge i fire til ti år, og tre av dem har lært seg å kommunisere på engelsk i løpet av denne tidsperioden. Det er ingen av informantene som har lært seg norsk, og to av informantene snakket heller ikke engelsk. Disse intervjuene ble derfor gjennomført på polsk med tolk. I tabellen under presenteres noen utvalgte opplysninger om informantene.

Informant	Alder	Utdanning	Tid i Norge	Familie i Polen	Språk på intervju
Alfonso	48	Videregående	10 år	Kone/barn	Polsk
Tomas	32	Høyere	5 år	Kone/barn	Engelsk
David	30	Videregående	5 år	Foreldre/søsken	Engelsk
Kamil	36	Videregående	4 år	Kone/barn	Engelsk
Jabub	39	Videregående	4 år	Kone/barn	Polsk

Tabell 2. Utvalget, med fiktive navn og enkelte personlige opplysninger.

3.2.3 Hvordan intervjuene ble gjennomført

Datamaterialet til denne studien ble samlet inn ved å foreta semi-strukturerte livsverdensintervjuer, da det sies at kunnskapsproduksjon foregår i et samspill mellom intervjueren og den intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2009). Formålet med å gjennomføre slike intervjuer var å få tilgang til de polske arbeidsinnvandrernes opplevelse av sin egen

livsverden. Jeg har gjennomført individuelle intervjuer med 5 informanter. Med dette antallet har jeg en datametning som gir variasjon i resultatene, men likevel såpass få at jeg har mulighet til å gå i dybden. For å få frem deres egne erfaringer og oppfatninger må jeg stille spørsmål som kan besvares med nøyaktige beskrivelser av opplevelser, følelser og handlinger knyttet til spesifikke situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009).

I samråd med informantene er det på forhånd blitt bestemt hvor og når intervjuene skal foretas, slik at de selv har kunnet bestemme om det passer best å gjøre det på dagtid eller kveldstid. I tillegg har jeg forsøkt å finne lokaler der informantene føler seg hjemme. Med unntak av intervjuene som ble utført med tolk, har alle intervjuene blitt utført på plasser der informanten har vært «hjemme». To av intervjuene har vært på deres arbeidsplass, og et av intervjuene har også vært i informantens hjem. Intervjuene som ble gjennomført med tolk har funnet sted på Høgskolen i Oslo, da dette har passet for både informant, intervjuer og tolk. Intervjuene har hatt et varierende tidsomfang, fra 40 minutter til 1,5 time. Intervjuene med tolk er de intervjuene som har tatt lengst tid. Her har intervjuer stilt spørsmålene på engelsk, tolk har deretter oversatt til polsk. Informanten har besvart spørsmålet på polsk, og tolken har igjen oversatt til engelsk. Tre av intervjuene er blitt gjennomført på engelsk og informant og intervjuer har ved de fleste tilfellene kunnet kommunisere godt og forstå hverandre. Informantene har stort sett forstått spørsmålene, men det har i noen tilfeller vært behov for gjentakelse eller omformulering. I noen tilfeller har intervjueren stilt oppfølgingsspørsmål der det har vært klart at informanten ikke har forstått spørsmålet riktig. Det har også i noen tilfeller vært nødvendig å utdype betydningen av visse begreper slik at intervjuer kan være sikker på at informantene har forstått spørsmålet riktig. utfordringer knyttet til språk vil utdypes i avsnittet om etiske betraktninger.

Jeg har i forkant av hvert intervju latt informantene lese gjennom et informasjonsskriv på polsk der informantene gis mulighet til informert samtykke, slik at informantene er blitt orientert i alt som angår deres deltakelse i forskningsprosjektet. Det er også blitt informert om at intervjuene tas opp på lydbånd, men at opplysninger om informanten behandles konfidensielt. Informanten har i alle tilfellene signert informasjonsskrivet.

3.3 Bearbeidelse av datamaterialet

3.3.1 Transkribering og analysering av data

Jeg har etter hvert intervju hatt mulighet til å transkribere materialet samme dag eller dagen etter. I løpet av intervjuene har jeg også skrevet feltnotater for å dokumentere de aspektene som ikke fanges opp på et lydbånd. Dette gjelder både atmosfæren og stemningen under intervjuene, samt observasjoner knyttet til kroppsspråk. For å analysere meningsinnholdet i transkriberingen har jeg benyttet systematisk tekstkondensering, en strategi utviklet av Kirsti Malterud. Denne strategien går ut på å knytte analysen av empirisk datamateriale til Giorgis fenomenologiske analyse. Begge har som mål å belyse viktige elementer i menneskers livsverden, og disse erfaringene ansees som gyldig kunnskap (Malterud, 2012).

Analyseprosessen har bestått av følgende fire hovedtrinn:

1. Hovedinntrykk- Fra kaos til temaer

I første del ble hele transkripsjonen lest for å få et overblikk, og for å identifisere temaer som skal prioriteres i den videre analysen (Malterud, 2012). Etter transkribering av et nytt intervju har jeg lest hele transkripsjonen en gang. Etter at alle intervjuene var gjennomført leste jeg gjennom alle transkripsjonene flere ganger, og tilførte relevante observasjoner fra feltnotatene. På denne måten ble jeg i større grad bevisst hvilke temaer som var viktige å fokusere på videre i analysen. Det er i denne delen viktig å ha et åpent sinn, uten forutinntatte holdninger, og med en sterk bevissthet til informantens stemmer (Malterud, 2012). Etter gjentagende gjennomlesning av intervjuene dannet det seg etter hvert et mønster med de mest fremtredende temaene, og eksempler på temaene som gjentok seg er blant annet arbeid, økonomi og språkbarrierer.

2. Identifisering av meningsbærende enheter

Etter gjennomlesning av transkriberingen forsøkte jeg å finne og organisere elementer som kan belyse forskningsspørsmålet i studien. En meningsbærende enhet er en tekstfraksjon som inneholder informasjon om forskningsspørsmålet (Malterud, 2012). Det vil bare være deler av hele teksten fra de transkriberte intervjuene som er meningsbærende enheter. Den helhetlige teksten må derfor deles opp, eller dekontekstualiseres, der man midlertidig fjerner deler av teksten fra den originale sammenhengen (Malterud, 2012). I denne studien lette jeg etter temaer informantene selv knyttet til helseutfordringer, helseoppfatning, helseatferd og tilgang

til helsesystemet, da temaene representerer forskningsspørsmålet og underspørsmålene. Når jeg hadde trukket frem de meningsbærende enhetene, kodet jeg dem. Kodingen innebærer at enhetene identifiseres, klassifiseres og sorteres, noe som forenkler den videre analysen (Malterud, 2012). Jeg tok utskrift ut transkriberingen i sin helhet og kodet deretter elementene som kan belyse problemstillingen i forskjellige farger. Under en meningsbærende enhet som var underlagt temaet *arbeid*, viste kodene seg å være mangel på tid, sikkerhetsregler på arbeidsplassen og opprettholdelse av oppfatningen om at de er hardtarbeidende. Hver farge fungerte som en kode, og kodene ble deretter plassert innenfor hver sin kategori. En kategori som omhandler temaet *arbeid* ble i denne studien kalt *Helse knyttet til funksjon og arbeid*. Innenfor hver kategori ble materialet videre delt inn i tre subkategorier, og i dette tilfellet ble subkategoriene kalt *Arbeid som førsteprioritet i Norge, sikkerhet og risiko, og Polen er fritid, fritid er helse*.

3. Kondensering – fra kode til mening

Etter at alt materiale er kodet og kategorisert skal meningsinnholdet som ligger i de etablerte kodene bli trukket ut. I denne delen av analysen er empirisk data redusert til et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter, sortert som tematiske kodegrupper, på tvers av de ulike deltakerne. Under subkategorien «*Arbeid som førsteprioritet i Norge*», hadde jeg derfor et utvalg av forskjellige meningsbærende enheter som omhandler de kodene som utgjør denne kategorien. De meningsbærende enhetene er direkte sitater fra informantene som trekkes ut av teksten. Fra de meningsbærende enhetene ble et kondensat trukket ut ved at jeg forkortet meningsenhetene samtidig som kjernen i meningsinnholdet ble bevart (Malterud, 2001). Etter kondensatet presenterer jeg autentisk illustrativt sitater (Malterud, 2012).

4. Sammenfatning- Fra kondensering til beskrivelser og konsepter

Dette er siste ledd i analysen, hvor dataene mine rekontekstualiseres og sammenfattes til beskrivelser og konsepter. Ved hjelp av kondensater og sitater fra hver underkategori innenfor hver kode utvikles en historie om et fenomen som er forankret i empirisk data som en analytisk tekst, og presenterer det mest fremtredende innholdet og meningen.

Sammenfatningen presenteres som resultater i neste del av oppgaven. Denne måten å foreta en kvalitativ analyse øker sjansen for å bevare riktig fokus, og forebygger kaos i analysearbeidet (Malterud, 2012).

3.4 Etiske betraktninger

Det er alltid etiske utfordringer knyttet til forskning, kanskje spesielt når det involverer sensitivt materiale fremkommet gjennom dybdeintervjuer med enkeltpersoner, som skal analyseres og deretter publiseres. Konfidensialitet har derfor blitt tillagt stor vekt i alle stadier av forskningsprosjektet. Det har blitt innhentet informert, skriftlig samtykke fra alle deltakerne. Deltakerne ble informert om at de kunne trekke seg når som helst i studien, samt at de kunne unnlate å svare på spørsmål som gjorde dem ukomfortable. Under planlegging og transkripsjon, samt analyse og publisering, er opplysninger om deltakerne vært beholdt konfidensielle. Personopplysninger samt lydopptak er slettet etter transkripsjon. Jeg har også fått tillatelse til å foreta forskningen fra NSD.

Det vil også være etiske utfordringer knyttet til det å studere innvandrere. For det første vil en innvandringsgruppe være heterogen, og det er derfor viktig at gruppen ikke blir stemplet som en homogen gruppe (Mahalingam & Rabelo, 2013). I dette ligger spesielt å se hver enkel informant som et unikt individ, og ikke bare som del av en gruppe. For det andre har man som forsker et ansvar knyttet til hvordan man formidler forskningen, da dette vil kunne påvirke informantenes liv. Man vil som forsker til en viss grad være etnosentrisk, der man ser på dominerende kulturelle handlinger, normer og verdier som normative og ønskelige. Det er derfor viktig å være seg bevisst dette gjennom hele forskningsprosessen. Det er viktig å tilstrebe balanse mellom forskerens streben etter interessant informasjon, og ivaretagelsen av respekten for informantens personlige integritet (Kvale & Brinkmann, 2009). For det tredje vil det eksistere ulikheter i kulturell kapital mellom forsker og innvandrere, og makten mellom dem vil være asymmetrisk (Mahalingam & Rabelo, 2013). Det er derfor viktig å skape en atmosfære som gjør at informantene føler seg trygge. De ble i forkant av intervjuene åpnet for uformell samtale, samt servert kaffe og frukt, for å forsøke å skape en trygg atmosfære. Det er også viktig at informantene har en opplevelse av å bli lyttet til, samt opplever at de er medvirkende i intervjusituasjonen.

3.4.1 Forskerens eget ståsted

Ved å benytte kvalitativ metode kan en få frem både mangfold og nyanser ved at den samme virkeligheten kan beskrives forskjellig fra ulike perspektiver. Forskerens egen forforståelse og posisjon får derfor stor betydning for kunnskapen som kommer frem, og hvordan denne kunnskapen tolkes (Malterud, 2001).

Det er en asymmetri mellom informant og forsker, og dersom det i tillegg er stor forskjell i sosial rang og kulturell og språklig kapital mellom informant og forsker, kan denne asymmetrien forsterkes. Asymmetrien kan vise seg i ordene forskeren bruker, hvordan studien blir presentert, hva som vektlegges, hva som holdes tilbake, og forskerens forforståelse (Bourdieu, 2007). Det var derfor hele tiden viktig for forskeren å være refleksiv og å aktivt forsøke å minske denne asymmetrien. Dette er blitt gjort ved å benytte hverdagslige begreper fremfor akademiske, og ved å presentere studien som et prosjekt der informantene er viktige og aktive deltakere. I utgangspunktet er det attributter ved meg som skaper distanse til informantene. Jeg er kvinne, jeg er universitetsutdannet og jeg er norsk, og historiene til informantene er fortalt innenfor konteksten at jeg har denne bakgrunnen, mens de er mannlige polske arbeidsinnvandrere. Jeg forsøkte å nedtone det feminine, for å fremstå som en forsker og ikke en privatperson. Jeg informerte informantene om at studien ble gjort på oppfordring fra det norske helsedirektoratet, noe som muligens kunne få informantene til å tro at jeg representerte myndighetene. Dette kan være uheldig, da tidligere forskning viser at en del polakker har vist mistillit til den norske stat (Friberg, 2013). Informantene kan på bakgrunn av dette velge å tilbakeholde informasjon. Det har derfor vært svært viktig for forsker å etablere en fortrolig kontakt med informantene for å forsøke å minske distansen mellom forsker og informant. Ulikhetene i kjønn viste seg å kunne brukes til noe positivt. Det blir ofte sagt at kvinner har mykere verdier, og jeg tror dette spesielt gjelder for den polske kulturen der det kan være slik at kjønnsrollene er mer avgrensede. Jeg kunne på bakgrunn av kjønn forsøke å få informantene til å åpne seg mer for meg ved å innta en mer kvinnelig omsorgsrolle. Kunnskapen som kommer frem i intervjuene kan også påvirkes av det Calnan (1987) kaller «The surface view» der han sier at folk tenderer til å besvare spørsmål som passer inn i det de oppfatter som den generelt aksepterte forklaring. Når informantene innledningsvis blir stilt generelle spørsmål om helse, kan de svare at helsen er god fordi de tror dette er det mest aksepterte svaret. Svarene kan deretter endre seg når de forteller personlige historier om sin helse (Calnan, 1987). Hvordan kunnskapen som kommer frem i intervjuene tolkes vil også påvirkes av forskerens forforståelse, av hva slags kunnskap jeg allerede har om de polske arbeidsinnvandrerne, og om hvilken kunnskap jeg har om temaene i samtalen i kraft av utdanningsbakgrunnen min. Forskerens teoretiske perspektiv og faglige og kulturelle bakgrunn er sentrale forutsetninger for fortolkning av kunnskapen som produseres.

3.4.2 Språklige utfordringer

Språk har vært en utfordring i denne studien, da informantenes morsmål har vært polsk, mens intervjuers morsmål er norsk. Jeg har fortrinnsvis forsøkt å rekruttere informanter som snakker engelsk fordi jeg ikke har hatt mulighet til å få finansiert tolketjeneste. I de to tilfellene der intervjuene ble gjennomført med tolk har intervjuer betalt for dette selv. Men flertallet av intervjuene er som nevnt foretatt på engelsk og problemer kan oppstå dersom jeg som intervjuer ikke blir forstått av informant eller jeg ikke forstår informanten. Det kan dermed være fare for at viktig informasjon forsvinner eller tolkes feil. Noen av informantene ville kanskje kunne uttrykt seg bedre dersom intervjuet var foretatt på deres morsmål. Med en tolk i intervjusituasjonen kan det imidlertid være fare for at viktig informasjon forsvinner i tolkeprosessen. Det kan være vanskeligere å stille oppfølgingsspørsmål, da intervjueren ikke umiddelbart forstår det som blir sagt. En tolk kan påvirke informanten til å respondere på en måte tolken ønsker eller som informanten oppfatter som «et riktig» svar for tolken. Tolken kan oversette historier eller setninger basert på deres forutinntatte forståelse. Tolken kan oversette ord uten den kulturelle betydningen av ordet slik at viktig informasjon går tapt. Kroppsspråk og ansiktsuttrykk som vanligvis understreker betydningen av og nyanserer ord i en normal samtale er vanskelig å forstå i en samtale der en tolk oversetter (Friberg, 2013). I dette tilfellet hadde den kvinnelige polske studenten erfaring med å være oversetter. Hun var bevisst sin egen forforståelse, samt den asymmetriske maktbalansen mellom henne som masterstudent, og informantene som arbeidere. Hun opprettet raskt en vennskapelig og avslappet tone mellom henne og informantene. Vi hadde på forhånd drøftet hvordan vi ønsket at intervjuet skulle foregå, samt den kulturelle betydningen av de engelske begrepene slik at de fikk riktig mening på polsk.

Mens denne delen av oppgaven har tatt for seg bakgrunnen for studien og metoden som er benyttet, vil neste del presentere resultatene som har fremgått av intervjuene som er utført.

4 Resultater

4.1 Innledning

I denne delen vil jeg presentere materialet som er blitt produsert gjennom de utførte intervjuene. I kvalitative analyser blir kunnskapen utviklet fra tolkning og summering av organisert empirisk data (Malterud, 2012). I analysedelen er sitater fra informantene blitt trukket ut fra, og kategorisert etter, de mest gjennomgående og aktuelle temaene. Denne delen vil derfor adressere hva de polske arbeidsinnvandrerne beskriver som helseutfordringer ved sitt opphold i Norge. For å kunne besvare dette spørsmålet vil også deres helseoppfatning, deres ivaretagelse av helse og deres opplevelse av tilgang til helsetjenester utforskes. Bearbeidelse og analyse av datamaterialet med bakgrunn i forskningsspørsmålet og delspørsmålene har ført frem til fire forskjellige kategorier, der hver kategori består av subkategorier. I tabell 2 presenteres disse.

Kategori	Subkategori
Helse- det motsatte av sykdom?	Helse er å ikke være syk Helse som velbefinnende Sykdommens opphav
Ivaretagelse av egen helse	Innvestering eller brannslukking? Å ha helse- et relativt begrep Møtet med helsevesenet- i akutte situasjoner
Transnasjonalisme- forflytning over landegrenser	Endring i helse etter opphold i Norge Forskjeller i ivaretagelse mellom de polske og de norske Tilgang til helsesystem og helseinformasjon
Helse knyttet til funksjon og arbeid	Sikkerhet og risiko Arbeid som førsteprioritet i Norge Polen er fritid, fritid er helse

Tabell 3. Kategorier og subkategorier

4.2 Helse- det motsatte av sykdom?

Definisjonen av helse og det å være healthy² er retningsgivende for hvordan man forstår helsebegrepet. Den gir både individuelle og samfunnsmessige føringer for hvordan man fortolker og handler med hensyn til hva som skal til for å oppnå god helse. Det å få et innblikk i hvordan informantene selv definerer begrepene helse og sykdom er derfor viktig for å kunne forstå hvorfor de handler som de gjør.

4.2.1 Helse er å ikke være syk

Det eksisterer svært mange innfallsvinkler til det å forstå helse. Tilnærmingen informantene har til sykdom og helse varierer, der noen av informantene setter helse i forbindelse med sykdom, ved at informantene selv mener helse er å ikke være syk. En av informantene hadde et klart svar på spørsmålet om hva som lå i begrepet helse for ham:

Health, to me, is to not be sick, that is my answer (David, 30).

Beskrivelsen av det å bli syk fokuserer på at det oppstår en skade eller at det er noe feil med en biologisk funksjon i kroppen. I dette tilfellet var sykdommen til informanten hjerteproblemer, som deretter førte til at informanten oppsøkte lege. Legen skrev ut medisiner som kan lege den kroppsdelene der sykdommen har oppstått, hjertet, og informantene kan deretter betegne seg selv som «healthy» ved at sykdommen er fjernet fra kroppen.

My health is very good now! I was sick, I had some heart problems, but I went to my doctor and I was directed to more in depth checks, I got some medicine and now I am healthy (Alfonso 48).

Årsak og tilløp til sykdom tillegges lite vekt av informantene, og behandlingen blir overlatt til de medisinske kvalifiserte. Informantene betegner seg selv som «healthy» etter endt behandling, uten å reflektere mer over forløpet til sykdommen eller tiden i etterkant av sykdommen.

² Studien inneholder bruk av tre forskjellige språk, engelsk, polsk og norsk. Oppgaven skrives på norsk, tre av intervjuene er gjennomført på engelsk, og to av intervjuene er gjennomført på polsk, med oversettelse til engelsk. I denne oversettelsen vil betydningen av ord kunne variere. Health er det samme som helse, men healthy har ikke et tilsvarende begrep på norsk med samme betydning. Healthy kan oversettes til sunn, frisk eller å ha helse, men ingen av disse begrepene vil bety akkurat det samme som healthy. Det samme gjelder for begrepene illness og disease, som er to forskjellige grener av begrepet sykdom. Jeg vil i analysen benytte de engelske ordene for disse tre begrepene.

I see myself as healthy. I was very sick last year, I got a disease in my lungs, was in the hospital and I almost died. But it got treated and I am a healthy person now.
(David, 30).

Også begrepet «healthy» blir brukt i betydningen å ikke være syk. Å være syk og å være «healthy» sees som dikotomier, noe som vil si at de er gjensidig utelukkende, og at man ikke kan være begge deler samtidig. Sykdommen behandles og deretter kan informanten betegne seg som «healthy». Å være syk blir ofte knyttet til alvorlig sykdom og sykehusinnleggelse. Informanten forteller at han i forkant av denne innleggelsen har vært mye forkjølet, men at han ikke betegner dette som å være syk. Med en forkjølelse kan man gå på jobb, og så lenge man kan jobbe er man ikke syk. Helse er for informantene fravær av sykdom, men også evnen til å fungere i hverdagen, herunder å kunne jobbe. Dette illustreres i sitatet til denne informanten:

Health is not to be sick, and to be able to go to work (Jacub, 39).

4.2.2 Helse som velbefinnende

Spørsmålet om å beskrive hva helse og sykdom betyr kan føre til en redusering av begrepet, til helse som fravær av sykdom, fordi det ikke blir satt i sammenheng med andre faktorer. Helse sees som fravær av sykdom, men oppfattes også i en bredere og mer holistisk sammenheng, der fysisk, psykisk og sosialt velvære også inngår. Med fysisk velvære refererer informantene ofte til det å være fysisk aktiv i seg selv, som at man holder kroppen i gang ved å jobbe mye. Fraværet av aktivitet knyttes også til helsebegrepet, der helsen er god fordi man ikke er inaktiv.

I think my health is good. I don't lie down on a sofa and watch TV all the time. I am active, and I work a lot (Kamil, 36).

En annen informant definerer helse som velvære og å ha energi. Han refererer til den fysiske delen av helsebegrepet, men fokuserer også på psykisk og sosialt velvære ved å definere aktivitetene som hobbyer. Med dette forstås en hobby som en lystbetont aktivitet man utøver fordi man interesserer seg for den.

Health is general wellbeing and to have energy. Feeling well and self being. That I can go skiing, fishing, biking. Some people go to gym, run, but these things are my hobby (Alfonso, 48).

Helse sees altså i et bredere perspektiv enn nærvær eller fravær av aktivitet. Helse kan være velbefinnende, og å ha energi. Det blir også knyttet til det å føle seg vel og til selvfølelsen.

4.2.3 Sykdommens opphav

Hvilken helseoppfatning man har vil påvirke årsakene man tillegger sykdommen. Flere av informantene gjør individene selv ansvarlige for sykdommen, som dette sitatet illustrerer:

The reason why people get sick is every person`s own responsibility. What you are doing for yourself (Tomas,32).

Sykdom beskrives som noe personene selv har pådratt seg, enten ved å ikke spise riktig, ikke trene nok, eller ikke ta tilstrekkelig hensyn til sin egen kropp. Informantenes oppfatninger av årsakene til sykdom beskrives som fysiske årsaker og omhandler kosthold, aktivitet og hvile. En av informantene knytter imidlertid det sosiale og psykologiske aspektet til årsaksforklaringen av sykdom. Han beskriver at han ble syk fordi han jobber i Norge mens familien hans bor i Polen.

Because I work long-distance from my family I got a disease and started a treatment. I am treating alcoholism (Alfonso, 48).

Hvilke dimensjoner informantene integrerer i årsaksforklaringen til en sykdom vil avhenge av hvilke typer plager, lidelser eller diagnoser som defineres som en sykdom. I tilfellet til denne informanten, der det er sosiale og psykologiske årsaker til sykdom, benyttes begrepet «disease» om noe mer enn biologisk feil i kroppen, men til å omfatte alkoholisme, som har sosiale, biologiske og psykiske dimensjoner ved seg. Blant de andre informantene ser det gjennomgående ut til at begrepet «disease» blir benyttet i de tilfellene der det foreligger diagnoser på somatisk sykdom, som hjerteinfarkt og pneumothorax. I de tilfellene der det er snakk om symptomplager eller tilstander som kan forårsake sykdom, som vond rygg, høyt kolesterol, høyt blodtrykk, overvekt, blir heller plagene og tilstandene beskrevet ved navn, fremfor at de betegner det som en sykdom og benytter begrepene «disease» eller «illness». Det ser dermed ut til at begrepet disease er redusert til å bety noe feil med de biologiske,

fysiologiske eller kjemiske prosessene i kroppen, blant flertallet av informantene. Om tilstander og symptomplager bruker de mer hverdagslige og uformelle begreper, som å ha vondt i ryggen.

Der det allerede foreligger symptomplager eller tilstander, mener informantene sykdommer lettere kan oppstå. Dersom en person har høyt kolesterol og høyt blodtrykk er personen mer utsatt for å få hjerteinfarkt, og ved lang tids forkjølelse er man mer utsatt for å få lungebetennelse. En informant nevner også at det for en overvektig person vil være lettere å bli smittet av bakterier, fordi man ofte ikke føler seg bra når man er overvektig.

If you are fat, then you are feeling bad, and then it is easier to get some bacteria or something (Jacob, 39).

4.3 Ivaretagelse av egen helse

Hvilken verdi man tillegger sin helse vil påvirke hvordan helsen ivaretas. Det rapporteres gjennomgående om at helse verdsettes høyt, informantene mener selv deres helse er viktig. Også her vil hva man legger i begrepet helse ha en betydning. Flere av informantene sier deres helse er viktig for dem, i betydningen det å ikke være syk, og forhindring eller forebygging av sykdom vil være viktigst for ivaretagelse av helse. Informantene som ser helse som fravær av sykdom og evnen til å kunne arbeide eller fylle de roller som er forventet av dem, vil forhindre sykdom som fører til at de ikke har mulighet til å jobbe og tjene penger. For de informantene med et bredere perspektiv på helse vil ivaretagelse av helse være å opprettholde en tilstand av fysisk, mentalt og sosialt velvære. Ivaretagelse av helse vil med andre ord variere ut fra hvilken verdi man tillegger egen helse, og hva man legger i begrepet helse. Helse er viktig for informantene, men andre faktorer som arbeid, familie og økonomi, viser seg likevel å ha høyere prioritet.

My health is very important to me, but for now I don't have a lot of time to do something for it, because I work too much (Tomas, 32).

Videre illustreres en informant som tok grep da det var fare for at han kunne bli syk, han endret sitt kosthold og spiste sunnere, for å unngå å få hjerteinfarkt. Til tross for denne endringen, som viser at han prioriterer sin helse, ser det likevel ut til at det er andre prioriteter som opptar han mer.

My health is important. When my doctor told me I had to eat healthier I did, because I don't want to get sick, have a heart attack or something. But it is also, for now, very important for me to take care of my family. And then I have to work a lot when i am here, so that we can finish building a house that we started some years ago. We use the money I earn here to build a house in my parent's yard. I cannot take a loan in the bank, interests are too high. So yes, my health is important, but other priorities are also my family, my house and work, you know (Kamil, 36).

4.3.1 Investering eller brannslukking?

Helsen vil ivaretas etter oppfatningen man har av helse, hva man legger i begrepet. Å behandle sykdom i akutte situasjoner kan beskrives som brannslukking, mens langsiktig egenomsorg i større grad handler om å investere i egen helse. Dette er ofte investeringsarbeid med langtidseffekter i motsetning til valg som tas her og nå. I spørsmål om på hvilken måte informantene ivaretok helsen er det en av informantene som ser ut til å ta hensyn til helsen først når en sykdom har oppstått.

If something happens to your health people go to the doctor and they have to cure their disease. That is just how it is. If they get sick or get a disease they go to the doctor to see what it is. And if there is something, they get treatment, and there is no other way to do it (Alfonso, 48).

Flere av informantene mener imidlertid man kan ivareta helsen før man blir syk, og at måten å ivareta helsen på er ved å være fysisk aktiv eller ved å ha et sunt kosthold. En informant er bevisst viktigheten av å ivareta sin helse før man er blitt syk, og at det da kan være for sent å gjøre noe. Denne holdningen sees i motsetning til holdningen om at man tar hensyn til helsen når sykdommen først har oppstått.

You have to have a good condition. If you are 60-70 years and you still have condition, that is good for you. But you need to start doing something about that when you are young. Not after you are 50 years when something is wrong with your body (Tomas 32).

En annen informant ble bevisst ivaretagelse av helsen da han av legen ble anbefalt endringer i kosthold på grunn av høyt blodtrykk. Her har informanten enda ikke blitt syk, men står i fare for å bli det dersom han ikke reduserer blodtrykket. Informanten synes det er stressende å

måtte tenke på hva han skal spise. I utgangspunktet ønsket han å kjøpe mat for å fylle opp og holde seg mett gjennom arbeidsdagen, men måtte, for å redusere blodtrykket, spise sunn mat og gå ned i vekt.

I got a bit scared because my father just had a heart attack and he is 56. So I did lose some weight and I ate healthy food for 1 month. My doctor said my blood pressure was better so then I started eating normal again. It was very difficult to try to eat healthy. I worked for 12-14 hours per day at that time, and I was living in a different city, in a hotel. I just wanted to buy food to fill up. It is also very stressing to have to think about what I eat (Kamil, 36).

Informantene mener de ofte spiser mat for å fylle opp og for å bli mette. Mangel på tid virker også å være en faktor, ved at de kjøper mat som gjør dem mette, men samtidig ikke tar lang tid å tilberede. Det blir også rapportert om at hvorvidt maten som kjøpes er sunn eller ikke, ikke har betydning for utvelgelse av mat. Her brukes kjent «fast food» mat som eksempler.

No, no, I don't think about if it is healthy, that's not for me. I fill up, to be able to work. We only have 30 minutes for lunchbreak, and after that we must go back to work. Sometimes we go to McDonalds, sometimes we take a kebab (David, 30).

I tillegg til ønsket om å bli mett av maten, samt ikke bruke tid på den, viser det seg at noen informanter velger ut mat på bakgrunn av hva de har lyst på uten å være bevisst innholdet i maten.

What kind of food I buy only depends on what I want to eat. I am never checking what is in the food. I only buy what I want to eat. If I want something to eat I'm just buying it (Jacub, 39).

Noen av informantene er skeptiske til det å skulle være sunn, og mener det noen ganger kan bli for mye fokus på sunnhet. Her inngår både at de mener andre tenker for mye på det å ivareta helsen, og at man blir for opptatt av hva man spiser og at alt skal være «riktig». Dette kan se ut til å være en respons på et overdrevent fokus på sunnhet, samt at det vil være spenninger mellom normene for hva som ansees som sunt i Norge og hva som ansees som sunt i Polen. Oppfatningen de hadde før de reiste til Norge kan ha blitt endret etter at de har blitt påvirket av normene i Norge.

Now it is very important to be healthy, everybody is healthy an ecological and this and this. They have to eat only salad and spinach because it is healthy, and I think that can be too much. I am not interested in healthy food, as long as it tastes good. I don't like fish, so I don't eat fish (David, 30).

You should think about your health, because if not then you can get sick. But sometimes, I don't think you have to think that much about it. I think some people think too much about it. If you get sick then you get sick, and then you can get well again (Kamil, 36).

En annen avgjørende faktor for ivaretagelse av helse er pris på matvarer. De fleste av informantene mener prisen på matvarene er viktigere enn om de er sunne eller ikke. Det er i tillegg noen av informantene som handler mat når de er i Polen som de tar med seg til Norge, for å spare penger.

The most important when I pick out food is the price. But I buy a lot of food in Poland, when I am there for two weeks because the price is much lower. It is maybe 30 % of the price here in Norway (Tomas, 32).

Fire av fem informanter har kone og barn de skal forsørge hjemme i Polen, og det er derfor viktigere for dem å spare penger de kan bruke på familien enn å kjøpe sunn mat til seg selv. Den eneste av informantene som ikke har kone og barn i Polen var også den eneste som ikke anså prisen på mat som en viktig faktor ved utvelgelse av matvarer.

No, I never think about the price when I pick out food. If I must pay 150kr for lunch this is no problem for me (David, 30).

Et annet aspekt som kommer frem i forbindelse med ivaretagelse er mangelen på tid til å bedrive fysisk aktivitet. Ved å ha brukt deres kropper hele dagen til fysisk krevende arbeid beskriver informantene at de ikke har tid eller overskudd til å løpe eller trene etter arbeid.

4.3.2 Å ha helse- et relativt begrep

Helse er et relativt, og pragmatisk, fenomen som erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig å forvente utfra alder og sosial situasjon (Fugelli & Ingstad, 2001). Informantene ser ut til å i større grad akseptere degenerering av kroppen, ved at de ikke

ønsker å legge mye ressurser i vedlikehold av kroppen for å bekjempe aldringsprosessen. Informantene setter ofte sin helsetilstand i sammenheng med alderen, og aksepterer at helsetilstanden påvirkes av alderen. En av informantene, på 48 år, betegner seg som ganske gammel, mens en annen informant på 32 år betegner sin helsetilstand som «helt ok» når hans alder tas i betraktning. Denne informanten sammenlikner også egen helsetilstand med helsen til andre personer rundt seg, noe som viser at han selv mener egen helsetilstand er relativ. I sammenlikning med mennesker som løper hver dag, betegnes helsetilstanden som «ikke så bra», men dersom han sammenlikner seg med noen som sitter stille på et kontor hele dagen, betegnes tilstanden som «ikke så dårlig».

I think my health is ok. I have a quite ok condition. Maybe not very good, but i think it is ok for my age. But it depends on what you mean. When I compare myself with the people that run every day, I think, ok my condition is not very good, but when I compare myself to the people sitting in the office every day, it's not that bad. But for me it is ok, maybe I weigh too much, it's not very good, but, besides that everything is fine (Tomas, 32).

Helsen bedømmes også i forhold til hva det er rimelig å forvente ut fra en persons sosiale situasjon. Det fremgår i flere av intervjuene at informantene ikke forventer selv å være de personene som løper hver dag eller de personene som bare spiser økologisk. Deres sosiale situasjon som midlertidige arbeidsinnvandrere i Norge, med familie hjemme i Polen, tilsier at de ikke forventer at deres helsetilstand skal være på «sitt beste». Denne midlertidigheten kan muligens påvirke deres forventninger til egen helse, ved at de i større grad aksepterer degenerering da denne situasjonen vil endres, samt påvirke deres helseatferd, da de ved en tilværelse som føles midlertidig muligens også har en helseatferd som er midlertidig.

4.3.3 Møtet med helsevesen- i akutte situasjoner

Det kommer i flere tilfeller frem at bruk av helsetjenester eller helseinformasjon først er nødvendig når skaden har skjedd. Det viser seg at informantene ofte utsetter legebek, og først oppsøker lege når det virkelig er nødvendig eller akutt. Grunnene til dette er både språk, økonomi og trygghet, lang ventetid, eller at de ikke har tid fordi de jobber for mye. Dette viser igjen at ivaretagelsen av egen helse kan fungere mer som brannslukking enn langsiktig investering.

Here in Norway I am at work and would only go to the doctor if there was something really bad with my health (Jacub, 39).

Informantene tror det er svært mange polske arbeidsinnvandrere i Norge som bruker helsesystemet på denne måten, ved at de utsetter legebesøket til de kommer til Polen. Han tror grunnen til dette er prisen på helsetjenestene og lang ventetid.

I think 90 % of the Polish people wait until they get to Poland and then they go to the doctor. If its acute, they go here in Norway, but then they go to Poland for more checkup. For many Polish, it is like that, they only go to the doctor here if it is necessary, acute. Because it is so expensive, and you have to wait for so long. For one month or two months. The health system is a little weird (David, 30).

Også når det gjelder helseinformasjon beskrives dette som noe som ikke er nødvendig før man er blitt syk. Informantene mener de ikke trenger informasjon dersom de ikke er syke. En informant mener også at å søke helseinformasjon kan bidra til at man kan skape diagnoser som ikke eksisterer.

If something happens I either go to my doctor, or if something happens immediately, I would go to the emergency room. I would not need information if I am not sick. I am not going to make up diseases for myself (Alfonso, 48).

4.4 Forflytning over landegrensener

De polske arbeidsinnvandrerne lever sine liv på tvers av nasjonalstatens grenser, og engasjerer seg i aktiviteter i to forskjellige land. Informantene i denne studien har ingen planlagt dato for retur til Polen, noe som innebærer at oppholdet i Norge inntil videre er midlertidig. Pendlingen mellom Norge og Polen påvirker livet til de polske arbeidsinnvandrerne og situasjonen beskrives som både stressende på grunn av mye og hardt arbeid, og et savn etter familien i Polen. Det er ofte snakk om at oppholdet i Norge er over en tidsperiode på mange år, hvor ytre påvirkninger kan ha en negativ permanent innvirkning på helsen.

I try to be healthy and think about my blood pressure, but for now I don't think that much about it. I am going to be here some more years, and then move back to Poland. Maybe I can get some more time to take more care of my health there (Kamil, 36).

4.4.1 Endring i helse etter opphold i Norge

Det å migrere til et annet land bidrar til å endre mye ved de polske arbeidsinnvandrernes tilværelse. Ulike forventninger fra arbeidsgiver, kolleger og familie kan påvirke deres helse og informantene beskriver disse forventningene som negative. Blant informantene i denne studien er det noen som rapporterer om endringer etter at de kom til Norge, mens andre mener det ikke har påvirket deres helse nevneverdig. Endringene som nevnes er faktorer av både positiv og negativ karakter. De positive faktorene dreier seg om mindre risiko for skader på arbeidsplassen, samt en renere og friskere luft med mindre temperaturvariasjoner enn i Polen.

I am almost never sick here in Norway. The last years I have had about one day where I was sick and feeling bad, nothing more. But in Poland I am not feeling very good. I think maybe it is because of the air. The air here in Norway is much better. It is much more clear and maybe that is the reason I'm not sick here. It could also be differences in the winter in Poland and the winter here. If you are in Poland and it is minus 20 it is much colder for your body than in Norway. I don't know why but I am feeling much better here in Norway. I don't need to use jacket or anything. In Poland, one day it is minus 20 and the next day it is plus five. In one week the temperatures can change with 30 degrees (Tomas, 32).

En annen informant mener man i Norge har bedre forutsetninger for å opprettholde helsen ved å ikke bli syk eller skadet på jobb. Han mener Norge har bedre sikkerhetsrutiner på arbeidsplassen enn hva de har i Polen og at å arbeide i Norge ikke har hatt noen negativ effekt på hans helsetilstand, fordi sikkerhetsreglene bidrar til å opprettholde helsen.

In Norway there is such rules, if you work in a normal company, company that obey all of the rules and norms, all of their rules require you to follow those health directions. Practically there is no way to be unhealthy unless you on your own demand break the rules and get sick. Many companies in Poland don't really abide any rules, they just want to get the work done. They don't really care about the health of their workers (Alfonso, 48).

Av de negative faktorene som har påvirket endring i helsen til de polske arbeidsinnvandrerne nevnes arbeid som en viktig faktor. Det at de bruker mye av sin tid til arbeid i Norge har ført til at helsen har endret seg, eller at helsen er blitt en mindre prioritet etter at de kom til Norge.

Likevel nevner informantene også at de er i Norge for en begrenset tidsperiode, og at negative endringer kan forbedres igjen ved returnering til Polen.

Yes, I think my health has changed, because in Poland I was doing sports. I was a sports teacher and I played football five times per week. My weight was about 85 kilos and now it's about 100. I don't think the time in Norway is good for my body (Tomas, 32).

I don't think so (that my health has changed). I am not much sick here or in Poland. I do pretty much the same things here and I Poland. Of course I work much more here. I am here for 3 weeks, and then I go to Poland for one week. There I relax much more and spend time with my family. And I use some time on my house as well. But the only thing I can say is that when I am here I focus on my job. I just work and sleep (Jakub, 39).

4.4.2 Forskjeller i ivaretagelse mellom de polske og de norske

Flere av informantene deler oppfatningen om at de polske og de norske ivaretar helsen forskjellig, og at de har ulike utgangspunkt for ivaretagelse. Av barrierene informantene mener fører til at de norske i større grad har mulighet til å ivareta sin helse fremfor de polske, nevnes tid og penger. De polske må jobbe mer for å tjene det samme som de norske i samme bransje som dem, og de har derfor mindre tid disponibelt til å ivareta sin helse. En informant uttrykker at det er store forskjeller mellom de norske og de polske, både hva gjelder hvor lenge de jobber og hvor mye de tjener. Informanten mener også forskjellene kan skyldes at de polske er redd for å miste jobben, og at de dermed ikke vil klage på situasjonen til arbeidsgiver. Det kan virke som informantene kjenner på en følelse av urettferdighet, ved at de føler de arbeider hardere enn de norske. I tillegg kan de norske ta seg større friheter, ved å slutte tidlig på fredager, uten at de er redd for å miste jobben.

We, the people from Poland that work in Norway, we work very hard, and we work very long. Sometimes from Monday to Sunday, ten hours every day, maybe longer. The people from Norway they start working on Monday, stop working on Friday before 2 o'clock. This is a big difference you know. The Norwegians don't have to work that much to get the same payment. And the people from Poland are afraid to say anything to the boss because they are afraid to lose their job (David 30).

Andre informanter deler samme oppfatning, der de mener de polske jobber mer enn de norske, og dermed har mindre tid til å ivareta helsen. Informantene forteller om store forskjeller i antall timer de norske og de polske jobber i uken. I tillegg vil det at de polske har en familie hjemme i Polen å forsørge være en faktor for at ivaretagelsen er dårligere blant de polske. Informantene mener i tillegg at pris er en viktig faktor for ivaretagelse, som at det er for dyrt for mange av de polske å trene på treningssenter.

Yes, I think the Polish people they are working much more hours per week (than the Norwegians), and then they have no time to do anything for their health. There are also a lot of things that are too expensive for them, like going to the gym (Tomas, 32).

Det beskrives også en forskjell i tilgang til ivaretagelse av helse, i form av treningssenter, i Polen og i Norge. Informantene mener de norske i større grad ivaretar helsen fordi det er så mange treningssentre her. I Polen er det derimot veldig få sentre fordelt på mange personer. Det beskrives videre at trening ikke er like populært i Polen som i Norge enda, men at det er i ferd med å endre seg i Polen ved at det kommer flere treningssentre der.

In Oslo I see a lot of people and they are running and they are skiing and a lot of people are going to the gym, it is very popular, it is a lot of places like that (gym) here in Oslo. In my city in Poland there are 100 000 people, and I know of six gym places. Now it is starting to be more popular in Poland as well. Both the gym, and to do something for the body (Tomas, 32).

4.4.3 Tilgang til helsesystem og helseinformasjon

Barrierer som språk, mangel på informasjon, eller finansielle utfordringer kan begrense tilgangen de polske arbeidsinnvandrerne har til det norske helsesystemet. Det kommer frem i intervjuene at flere av informantene ikke vil gå til legen i Norge fordi de redder legen ikke vil forstå dem. Språk er dermed en stor utfordring, selv for de informantene som kommuniserer på engelsk. Noen av informantene forteller at de kjenner til flere polske arbeidsinnvandrere som ønsker å finne en polsk lege, fordi de snakker samme språk, men også fordi de har samme kulturelle bakgrunn.

I go to the doctor in Poland because it is much cheaper to go there. And there I also know the doctor and the language. I also have time to go to the doctor when I am there, because I'm not working all the time (Jakub, 39).

De fleste informantene sier informasjonen de får fra norske myndigheter er tilstrekkelig. Det informantene legger i helseinformasjon handler i all hovedsak om hvordan de kan kontakte fastlege eller få akutt behandling på legevakten. Det er ingen som knytter helseinformasjonen til helseopplysning, men refererer ofte til den informasjonen de får fra Helfo. Prisen på helsetjenester er også dyrere i Norge enn i Polen. Derfor tror samtlige av informantene at flere polske arbeidsinnvandrere venter med å gå til legen til de kommer til Polen fordi det er dyrt i Norge. Det rapporteres flere ganger om at helsevesenet kun oppsøkes i akutte tilfeller. En av informantenes møte med helsevesenet ved et akutt tilfelle beskrives som diskriminerende, og at diskrimineringen fant sted på bakgrunn av informantens nasjonalitet.

We had been there for 8 hours, and we were the last ones, people who just had a cold was before us, and I couldn't breathe. We had to wait for a really long time. When we got to the doctor, he sent me home and said it was just sore muscles. I could have died that night, but wasn't taken seriously. The next day I went to the GP ("fastlege"), and he sent me to the hospital straight away, with pneumothorax. I think the reason that we had to wait for so long in the emergency room was because I am Polish (David, 30).

Informantens oppfatning av møtet med legevakten viser at han føler seg dårlig ivaretatt, at andre med mindre alvorlig sykdom ble prioritert før ham, og at han ikke ble tatt på alvor da han endelig fikk møte legen. Det virker som han viser en form for mistillit til legevakten ved at han ble sett på som mindre viktig på bakgrunn av nasjonalitet, mens han hos fastlegen ble riktig behandlet. De andre informantene forteller nøytrale opplevelser i møtet med helsevesenet, ved at de har hatt liten eller ingen kontakt med helsevesenet i Norge. Den siste informanten beskriver møtet med helsevesenet som svært positiv, der han alltid har fått den hjelpen han har trengt. Denne informanten er den som er eldst, har oppholdt seg lengst i Norge, og er den som beskriver flest tilfeller av helseutfordringer. Han peker også på forskjeller på helsesystem i Polen og i Norge, der han mener det norske helsesystemet baserer seg på at systemet er til for pasienten, mens det polske systemet i større grad er basert på pasienten for systemet.

I can only say the superlatives. Whenever something happened, like I had something in the eye, or I had some sore muscles, there thing was treated very good and I have a good opinion about the Norwegian health system. I remember from Poland that it used to be the patient for the healthcare system, here it is opposite, healthcare system is for

the patient. And every time I go to the doctor they always ask if there is anything they can do, if i need some clarifications, they are always happy to be there for me (Alfonso, 48).

4.5 Helse knyttet til funksjon og arbeid

For de polske arbeidsinnvandrene viser helse og kropp seg å være knyttet til funksjon, til det å kunne arbeide. De polske arbeidsinnvandrene har alle kommet til Norge av økonomiske grunner, for å jobbe, og å tjene mer enn hva de ville gjort i polen. Det virker som den gjennomgående oppfatningen blant de polske arbeiderne er at det er viktig at helsen er *god nok* til å kunne utføre de arbeidsoppgaver de er pålagt. Helse blir knyttet til arbeid gjennom risiko for skader i jobbsammenheng, ved at arbeid er en viktig prioritet i Norge, og ved at helsen har en større prioritet når de ikke jobber i Norge.

To be healthy is my main priority. If I wouldn't behave healthy then I wouldn't be able to work. And basically if you're ill you're not going to come here to Norway. You have to work to come here and stay here for some time, to get help from the state, and then you have to be healthy (Alfonso, 48).

4.5.1 Sikkerhet og risiko

Oppfatningen om helse som fravær av sykdom, og muligheten til å kunne utføre arbeidsoppgaver, viser seg gjennom de polske arbeidsinnvandrene fokus på sikkerhet som en viktig del av ivaretagelsen av helse. Ved at sikkerhetsreglene på arbeidsplassen ikke overholdes vil man kunne bli syk. Informantene mener det er lettere å unngå skade på arbeidsplassen i Norge enn i Polen, fordi sikkerhetsreglene er bedre. En av informantene uttrykker at det ikke er mulig å være «unhealthy» dersom du overholder reglene som beskytter din helse, og at man kan få en «disease» dersom man bryter dem. For denne informanten virker det som helse i stor grad er knyttet til funksjon og sykdom knyttet til skade.

Norway is such a country of which you work in construction, you obey the rules according to protection of your health. Practically there is no way to be unhealthy unless you on your own demand break the rules and get sick. If you obey all the rules in work then it shouldn't be a problem, you shouldn't be exposed to danger. Safety

rules are very important, and you have to obey them. If you don't then you get some disease and you have to be tired with it (Alfonso, 48).

4.5.2 Arbeid settes foran helse i Norge

Arbeidsplassen kan være et sted der man forebygger sykdom ved å følge sikkerhetsreglene som vist i avsnittet over. Men arbeidsplassen virker, for de fleste av informantene, å være et sted som begrenser deres mulighet til å ivareta helsen. Det fremgår i de fleste intervjuene at informantene ikke har tid til å ivareta helsen fordi de jobber for mye.

Health is important to me, and I need to do something more for my body. But here in Norway, work is my top priority, and I don't have a lot of time to do something for my health (Tomas 32).

Det eksisterer en oppfatning om at informantene føler de må bevise hva de er gode for på jobb og at de er redd for å miste jobben, dersom de ikke beviser dette. Det ser ut til at det er viktig for flere av informantene å opprettholde oppfatningen andre har av dem som hardtarbeidende og pliktoppfyllende. De forteller også at de ofte presser seg for å tilfredsstille arbeidsgiver, og at de ikke ønsker å være borte fra jobb på grunn av sykdom. Selv med feber og forkjølelse vil informantene møte opp på jobb og arbeide hardt. De sier også at de noen ganger ikke har noe valg, eller at de må møte opp, for å ha muligheten til å ferdigstille et prosjekt.

I have had the cold many times recently, but you don't see that as an illness, and you continue working. If you have 38-39 fever, you still go to work, and you work hard physically. Because sometimes we must, you know, if there is a project, we don't have much time, we have to finish. So people force themselves to work, to please the boss. This happens sometimes, but not every day (David, 30).

Videre sier informanten at han tror dette var grunnen til at han fikk «pneumothorax», en akutt lungesykdom der lungene klapper sammen i større eller mindre grad. Han presset seg selv hardt på jobb, til tross for gjentatte forkjølelser.

En informant bruker det at han jobber mye som en positiv faktor på helseutfallet ved at han er «healthy» fordi han jobber mye, mens det i alle de andre tilfellene er rapporteres om arbeid som en begrensning på helsen.

Arbeid som førsteprioritet for informantene ser også ut til å begrense deres sosiale liv. Den ene informanten som bor her med samboer og i egen bolig har flere sosiale kontakter, selv om dette stort sett er personer med samme bakgrunn som han selv fra Polen. De andre informantene bor sammen med andre polske, og er i denne sammenheng sosiale. Men de rapporterer likevel om lite tid til aktiviteter i Norge, herunder også sosiale aktiviteter. De nevner både tid og språk som barrierer for sosiale aktiviteter. Informantene snakker om at norskkurs er dyrt, og at de heller ikke har tid til det. Språket er en begrensning når det er snakk om sosiale aktiviteter med andre enn de som kommer fra Polen. Det ser også ut til at språkkurs er noe informantene kunne ønske å delta på, men at det både er for dyrt og at de ikke har mulighet til å ta fri fra jobb for å delta.

Language is a very big problem (related to social interaction with people from other places). I don't know Norwegian, and I don't have time to learn Norwegian. You have to pay 3000kr for 3 weeks. It's really expensive, and when am I going to do it? (Jacub, 39).

4.5.3 Polen er fritid, fritid er helse

Fire av fem informanter har kone og barn hjemme i Polen mens den siste informanten har samboeren sin i Norge. For de som har familie i Polen blir tiden der beskrevet som et sted de har fri, og i større grad anledning til å kunne gjøre det de ikke har tid til i Norge. Tiden i Polen brukes flere av informantene på å være sammen med familien og til aktiviteter der familien er inkludert. Aktivitetene som beskrives er ofte helsefremmende, som svømming, sykling, fotball og fiske. Deres ønske om å prioritere familien og arbeid kan begrense deres muligheter til helsefremmende aktiviteter, og gi mindre tid til å gjøre de tingene de liker. Når de kommer til Polen ser det ut til at de i større grad prioriterer aktiviteter som virker helsefremmende. Av de helsefremmende faktorene informantene snakker om knyttes de fleste til hjemlandet.

Healthy food to me is when I go back to Poland, I go into my garden, I take raspberry, I take strawberry. If I take an apple or a cherry, I know this is without pesticides, I know how it is grown, this is healthy for me (Alfonso, 48).

Tilgangen til de faktorer som fremmer helsen virker bedre i Polen, som for informanten som har egen frukthage, som beskrives som både rekreasjon og et sted han har tilgang på sunn mat. Informantene knytter også tiden i Polen til et sted der de selv prioriterer helsen fordi de har mer fritid. I Polen kan de svømme og spille fotball, mens i Norge er arbeid førsteprioritet.

Here in Norway, work is my top priority. I can do something more for my health in Poland because I have more free time, and I can go to the swimming pool or play football. I can just do something for my body. But here in Norway I do nothing (Tomas, 32).

5 Diskusjon

Mens funnene ble presentert i fire kategorier i resultatdelen, vil diskusjonsdelen drøfte funnene i lys av teori og tidligere forskning. Jeg vil ta for meg de tre delspørsmålene om helseoppfatning, helseatferd og tilgang til helsevesen, før jeg ser på hvilke faktorer som ser ut til å påvirke deres helse. Dette vil danne et grunnlag som fører til besvarelse av forskningsspørsmålet. Til slutt vil jeg presentere et avsnitt som diskuterer de metodologiske begrensningene ved denne oppgaven, før jeg tar for meg implikasjoner for videre forskning.

5.1 Kulturelle verdier og helseoppfatning

Som en del av forskningsspørsmålet søker denne studien å finne hvilken helseoppfatning de polske arbeidsinnvandrere har. I resultatene fremgår det at helseoppfatningen til informantene varierer, men at de stort sett ser på helse som fravær av sykdom og helse som deres evne til å fungere i hverdagen, spesielt evnen til å gå på jobb. Oppfatningen om at helse er fravær av sykdom sammenfaller med den biomedisinske modellen. Det som best beskriver denne forståelsen er å se på helse som fravær av sykdom, der det refereres til en negativ eller biomedisinsk definisjon, og helse defineres ut fra hva det ikke er fremfor hva det er (Naidoo & Wills, 2009). Å være syk og å ha helse settes i motsetning til hverandre av informantene. De beskriver at de var syke da de hadde en sykdom, mens de nå er friske, eller «healthy» ettersom de ikke er syke lenger. Denne oppfatningen er forenelig med den biomedisinske definisjonen på helse, som betegner helse og sykdom som motpoler (Lupton, 1995). Informantene beskriver sykdom som noe som oppstår i en begrenset del av kroppen, og som deretter leges ved bruk av medisiner, uten at årsak eller tilløp til sykdom fokuseres på. Innen den biomedisinske tilnærmingen til helse som fravær av sykdom, reduseres sykdommen til begrensede biologiske prosesser i kroppen, mens sosiale og psykologiske faktorer ofte blir neglisjert (Nettleton, 2006). Det kommer også klart frem at fokuset til de polske arbeidsinnvandrere er på de faktorer som fører til sykdom, i samtale om helse, og de har således en patogenetisk tilnærming til helse. Informantenes forståelse av at sykdom oppstår og kureres med medisiner viser til en mekanisk tilnærming, noe som også er forenelig med den biomedisinske helsemodellen.

Sykdom ser også ut til å være noe informantene mener individene selv pådrar seg, ved at de ikke spiser riktig, ikke trener nok eller tar nok hensyn til egen kropp. De mener det er fysiske årsaker til sykdom, som ernæring, aktivitet og hvile. Den biomedisinske modellen sier at helse

er en individuell ressurs og at helseproblemer er noe individet må ta ansvar for selv, i motsetning til den holistiske helsemodellen som synes å være en rettighetsmodell som sier noe om hva du har krav på eller rett til (Nettleton, 2006). Det ser således ut til at informantene har et biomedisinsk syn på ansvaret for egen helse. Det er ingen av informantene som beskriver helse som en rettighet, men snarere noe som må opprettholdes ved å forebygge sykdom.

Informantene benytter beskrivelsen av sykdom om de prosessene der det foreligger diagnoser, mens de benytter mer hverdagslige begreper om symptomplager og tilstander som kan forårsake sykdom, noe som er forenelig med den folkelige helsemodellen der hverdagslige og uformelle begreper ofte blir benyttet (Schutz, 1967). Funnene viser også at helse beskrives som evnen til å kunne jobbe og tjene penger til familien i Polen og at de definerer deres roller som far, mann og forsørger som viktige roller å fylle. De mener også man ikke er syk så lenge man kan gå på jobb, at man dermed ikke er syk dersom man er forkjølet. Dette synet på helse betegnes i litteraturen som folkelig, der helse også sees som evnen til å kunne fungere i hverdagen (Nettleton, 2006).

Informantene beskriver også helse som noe mer enn fravær av sykdom og evnen til å fungere i hverdagen, ved at ikke bare fysisk, men også psykisk og sosialt velvære inngår. Dette blir enten beskrevet som at helsen er god fordi man ikke er inaktiv, men også i et enda bredere perspektiv der helse er velvære og å ha energi. Her beskriver informantene helse som velbefinnende, og fokuserer i større grad på hva som gjør at de holder seg friske, framfor hva som gjør dem syke. Dette synet er forenelig med den holistiske helsemodellen der definisjonen på helse er positivt ladet og ikke fokuserer på sykdommen og hva helse ikke er, men snarere på hva helse er (Naidoo & Wills, 2009).

De viktigste funnene knyttet til de polske arbeidsinnvandreres helseoppfatning synes å være at flertallet har et syn på helse som fravær av sykdom, og muligheten til å kunne fungere i hverdagen, med dette menes evnen til å kunne jobbe. Det kan det virke som informantenes egen definisjon på helse er å kunne jobbe og være forsørgere, og at dette er noe de selv mener forventes ut fra deres rolle som fedre med familie i Polen. De ser også på sykdom som biologiske prosesser begrenset til enkelte deler av kroppen, som individet selv er ansvarlig for. Bourdieu mener forskjellene i sosiale klassers tilnærming til kropp ligger i nettopp konseptene om helse og sykdom (Williams, 1995). Personer fra arbeiderklassen ser på helse i instrumentelle termer, som muligheten til å kunne arbeide (Bourdieu, 1995). Bourdieu mener

også mennesker ikke lever sine liv etter frie valg eller strategier, men under begrensningene av Habitus. Habitus gir individene en klasseavhengig pre-disponert måte å tenke, føle og handle på, i tillegg til hvordan de klassifiserer den sosiale verden og deres plassering i den (Bourdieu, 1995). Den helseoppfatningen de polske arbeidsinnvandrerne har utgjør en del av denne habitusen, hvordan de tenker, føler og handler i forbindelse med helse, og hvordan de klassifiserer den sosiale verden, der helse inngår i denne verdenen.

5.2 Klasse, helse og helseatferd

Verdien informantene tillegger egen helse og den helseoppfatningen informantene har vil påvirke hvordan helsen ivaretas. Om informantene ser på helse som fravær av sykdom, som evnen til å fungere i hverdagen eller som velbefinnende, vil påvirke om de ivaretar helse ved å forebygge sykdom, og fokusere på de patogene faktorene som fører til sykdom, eller om de vil fremme helse ved å fokusere på de salutogene faktorene som gjør at de holder seg friske (Antonovsky, 1987). På samme måte fokuserer også informantene mer på negative faktorer som forhindrer dem å ivareta egen helse, som høy pris på matvarer, samt mangel på tid, fremfor de positive faktorene som bidrar til bedre ivaretagelse av egen helse.

Det ser ut til at informantenes tilnærming til ivaretagelse av helse minner mer om «brannslukking», ved at de gjør noe for helsen først når skaden har oppstått, fremfor langtidsinvestering i helse, slik at ikke sykdommen oppstår. De vil også i større grad ivareta helse i tilfeller der det er fare for å utvikle sykdom, som der blodtrykk og kolesterol er for høyt, og medisinsk kvalifiserte anbefaler dem å investere i egen helse. Kosthold og aktivitet er to faktorer som blir knyttet til ivaretagelse av helse for å forebygge sykdom. Mat blir beskrevet som en nødvendighet, noe de ikke ønsker å bruke tid på, men samtidig gir dem metthetsfølelse. Bourdieu mener arbeiderklassen ofte kan se mat som en materiell nødvendighet, en nærende substans for å overleve (Bourdieu, 1995). Prisen på mat er også en viktig faktor ved utvelgelse av matvarer, ved at de i større grad prioriterer lav pris fremfor at maten skal være sunn. Dette viser at de ikke ønsker å kjøpe dyrere og sunnere mat for å fremme egen helse, men heller kjøpe billig mat for å spare pengene til familien. Mangel på tid til å trene er også noe som går igjen blant informantene, der mesteparten av deres tid brukes på å arbeide. De beskriver at de etter en lang arbeidsdag på 10-12 timer ikke har overskudd til å trene, samt at de i løpet av arbeidsdagen er aktive, og dermed ikke ser det som en nødvendighet. Det kan således se ut til at informantene har en mer instrumentell tilnærming til

både kropp og sykdom, ved at kroppen brukes til fysisk krevende arbeid framfor at de behandler kroppen som et prosjekt, og trening er et symbolsk aspekt i dette prosjektet (Bourdieu, 1995).

Informantene tillegger helsen en verdi som varierer etter hvilke andre verdier som settes opp mot helsen. Alle informantene uttrykker at ivaretagelse av egen helse er viktig for dem, men at å jobbe, ivareta familien og tjene penger er viktigere. Inglehart mener, i studiene på moderne og post-moderne samfunn, at mennesker fra moderne land, som Polen vil ha et større fokus på fellesskapsverdier, overlevelse, og absolutte normer og verdier, i motsetning til postmoderne samfunn som har et økt fokus på selvrealisering og individualisering (Inglehart, 1997). Investering i helse, eller egenomsorg, blir blant informantene sett på som noe de må investere ressurser i, og som vil gå på bekostning av felleskapet, deres familie. De polske arbeidsinnvandrere er i Norge for å jobbe og å tjene penger, noe som betyr at de jobber for å overleve og for å heller investere i felleskapet fremfor seg selv. Å investere i egenomsorg er en kontinuerlig prosess, og investeringen krever ressurser. Personer fra postmoderne samfunn vil i større grad investere i egenomsorg som en del av en selvrealiseringsprosess (Mackenbach, 2014). Bourdieu kaller dette investering i helsekapital, noe som krever både økonomisk, kulturell og sosial kapital (Bourdieu, 1995). Tilgang til disse ressursene påvirkes av personens plassering i det sosiale rom, i feltet. Feltet er en dynamisk struktur, der man ønsker å opprettholde eller forbedre sin relative posisjon ved å øke sin kapital (Bourdieu, 1995). De polske arbeidsinnvandrere kommer til Norge for å øke sin økonomiske kapital ved å jobbe og tjene mer penger enn de ville gjort i Polen. Den sosiale kapitalen viser seg derimot å være dårligere i Norge enn i Polen ved at de har mindre og færre sosiale nettverk. Den kulturelle kapitalen handler om en kroppsliggjort kapital, som i stor grad vil være den samme i Norge og i Polen, men som vil avhenge av feltet personen beveger seg innenfor. De polske arbeidsinnvandrere beveger seg innenfor et annet felt i Norge, der deres sosiale posisjon er lav. Både dårligere plassering i feltet og en dårligere tilgang til kapital, kan påvirke deres ivaretagelse av helse, spesielt deres mulighet for ivaretagelse.

Helsen viser seg for informantene å være et relativt fenomen som settes i sammenheng med hva de forventer ut fra alder og sosial situasjon. Informantene setter sin helsetilstand i sammenheng med alder, ved at de enten betegner seg som ganske gamle eller at helsetilstanden betegnes som god i forhold til alderen. Helsetilstanden settes også i sammenheng med andre personer i det sosiale rommet de befinner seg i. Bourdieu mener

ulike klasser vil ha ulike oppfatninger om aldring der lavere klasser i større grad vil akseptere degenerering, mens man i høyere klasser vil dyrke ungdommelighet (Williams, 1995).

Informantene viser at de i større grad aksepterer degenerering, og at de setter sin helse i sammenheng med både mennesker som legger mye ressurser i egenomsorg, samt personer som investerer lite i helse. Bourdieu mener videre personer med ulike sosiale posisjoner vil handle ulikt ut fra idealene (Bourdieu, 1995). De polske arbeidsinnvandrernes ideal ser ut til å være at de til en viss grad ivaretar helsen ved å være aktive i jobben, men at de ikke benytter trening fordi de har lyst og det gir dem velvære. Betegnelsen å være «for sunn» beskrives av informantene som noe det kan bli et overdrevent fokus på. Det er mulig informantene ser på dette overdrevne fokuset som noe de dominerende klassene definerer som riktig, men noe de selv ikke er, eller vil, være en del av. De kan muligens også se overdreven sunnhet som noe som ikke forventes ut fra deres sosiale posisjon.

5.3 Konsekvensene av en transnasjonal tilværelse

Det viser seg at informantene i denne studien beskriver endringer i helse etter at de kom til Norge, av både positiv og negativ karakter. De positive faktorene dreier seg om mindre risiko for skader på arbeidsplassen, og en renere og friskere luft med mindre temperaturforandringer. Sikkerhetsreglene på arbeidsplassene i Norge betegnes også som mye bedre enn hva de har opplevd i Polen, og de er derfor ikke like utsatt for sykdom eller skade. Av negative endringer beskrives mer arbeid i Norge enn i Polen, og at de dermed ikke har tid til å ta vare på helsen her. Noen informanter mener også oppholdet i Norge ikke har endret helsen i særlig stor grad. Disse resultatene sammenfaller med de tidligere studiene Czapka (2010) har utført, som sier at det er forskjellige oppfatninger om endringer i helse blant informantene. Studien viser at flere av de polske arbeidsinnvandrere rapporterer om endringer i egen helse etter at de kom til Norge, og også om endret livsstil (Czapka, 2010). Det er i min studie i også funnet at informantene i større grad innfører seg med negative endringer i valg relatert til helse, fordi de vet det er midlertidig.

Informantene i denne studien har familie i Polen og arbeid i Norge, og tilværelsen er preget av avstand fra familie og midlertidighet. Det er flere av informantene som ser på dette som noe negativt. En informant beskriver at han fikk sykdommen alkoholisme på grunn av avstand fra familie. Det å være borte fra familien og å leve i en transnasjonal tilværelse med lange og harde arbeidsdager kan være slitsomt for migrantene over tid. I «the suffering of the immigrant»

beskriver Sayad (2004) at arbeidsinnvandrere blir sett på som arbeidskraft i vertsland, og at de i tillegg er tyngt av skyldfølelse for å ikke være til stede for familien. Dette fører igjen til at de blir fraværende i vertslandet og ekskludert fra samfunnet (Sayad, 2004). Når informantene i denne studien beskriver en tilværelse preget av tøffe arbeidsforhold og avstand fra familie, i tillegg til mindre sosial omgang enn i Polen, kan de se ut til at de opplever noe av det Sayad beskriver, spesielt det å være fraværende i vertslandet, ved at informantene ikke ser ut til å bruke tiden på så mye annet enn arbeid. Også studiene til TRANSFAM har funnet at de polske arbeidsinnvandrere i Norge lever sitt liv som om de bodde i Polen, og at de dermed ikke er integrert, eller forsøker å integrere seg i det Norske samfunnet (Ślusarczyk & Pustulka, 2015). Denne følelsen av å være fraværende i det samfunnet man lever og jobber i kan påvirke helsen til de polske arbeidsinnvandrere negativt.

Friberg (2013) beskriver gangen i migrasjon gjennom tre faser, og informantene i denne studien er alle i fase to av denne migrasjonsprosessen ved at de bor i Norge, men ikke har noen planlagt dato for retur. Informantene sier deres opphold i Norge er for en kort tidsperiode, og at de i større grad har mulighet til, eller kommer til, å ivareta helsen når de returnerer til Polen. Det virker derfor som de kan tillate seg å gjøre ting annerledes når de er i Norge, i dette tilfellet å i mindre grad ivareta helsen. Tilværelsen beskrives av informantene som stressende, og med mye hardt arbeid, uten rom for å bedrive andre aktiviteter enn arbeid. Dette er i tråd med funnene til Friberg om at polske arbeidsinnvandrere opplever denne midlertidige tilværelsen som stressende og frustrerende. Han fant også at det at oppholdet er midlertidig bidrar til at de takler en slik tilværelse over en lengre tidsperiode, fordi de vet den ikke er permanent (Friberg, 2013). Det ser ut til at informantene i denne studien også i større grad innfinner seg med mye arbeid og lite fritid, selv om de synes det er hardt, fordi de vet det er midlertidig. Studien gjennomført av Czapka (2010) har imidlertid funnet at de polske arbeidsinnvandrere lever under konstant stress og at de ikke kan benytte de samme mestringsstrategiene her som de gjør i Polen (Czapka, 2010). Dette kan muligens tyde på at de polske arbeidsinnvandrere opplever å ha dårligere motstandsressurser, noe Mahalingham og Rabelo (2013) mener migranter bør ha for å bedre sin tilværelse i vertslandet.

Informantene deler en oppfatning om at de polske og de norske både ivaretar helsen forskjellig og at de har ulike utgangspunkt for ivaretagelse av helse. Informantene mener de norske i større grad kan ivareta egen helse fremfor de polske fordi de har mer tid og penger og at de polske må jobbe mer for å tjene det samme som de norske som jobber i samme bransje.

De polske arbeidsinnvandrerne mener også tryggheten på arbeidsplassen er en viktig faktor, da de polske i større grad opplever ustabilitet, og en frykt for å miste jobben. Informantene mener også det å trene er for dyrt de polske arbeidsinnvandrerne, og at de norske i større grad har tilgang til treningssentre ved at det er flere sentre her enn i Polen. Det å ivareta helsen beskrives også som mer populært blant de norske enn de polske, noe som igjen kan knyttes til at Norge, som et post-moderne samfunn, i større grad vektlegger verdier som selvrealisering og individualisme, mens de polske i større grad er i et slags overlevelsesmodus og at verdiene deres er knyttet til felleskap, herunder familie, og å tjene penger for å overleve. Det beskrives imidlertid at trening begynner å bli mer populært i Polen, noe som også er i tråd med de skiftende verdiene Ingelhart (1997) beskriver, og at utviklingen til postmoderne verdier som individualisme, her i form av trening, først finner sted i Vest-Europa, før de Østeuropeiske landene følger etter (Inglehart, 1997).

Tilgangen informantene har til ressurser vil som nevnt påvirke deres helseatferd. Informantene mener selv de har dårligere utgangspunkt enn de Norske for å ivareta egen helse, noe som kan beskrives som ulik tilgang til ressurser. Czapka mener de polske arbeidsinnvandrerne har ofte mål om vertikal mobilisering ved at de ønsker å bevege seg oppover på den sosiale rangstigen (Czapka, 2010), og dermed forbedre økonomisk, sosial og kulturell kapital. Forskning viser imidlertid at det oftere er degradering av sosial posisjon fremfor forfremmelse (Czapka, 2010). De polske arbeidsinnvandrerne i denne studien kommer til Norge for å forbedre sin sosiale posisjon, og for å øke sin kapital, spesielt deres økonomiske kapital ved å tjene mer penger enn de ville gjort i Polen. Det kan være at forbedringen av økonomisk kapital endrer deres relative posisjon i feltet når de kommer tilbake til Polen, men i Norge blir posisjonen forverret fordi feltet er annerledes. I Norge opplever de polske å ha dårligere tilgang til kapital, noe som påvirker deres helseatferd. Endring til en bedre helseatferd eller bedre sosial posisjon er ifølge Bourdieu være problematisk. I den grad endringen forekommer er det i sammenheng med individets underliggende habitus. De polske arbeidsinnvandrerne kan være sosialisert inn i vaner som gjør det vanskelig for dem å endre helseatferd, noe som kan være en årsak til at informantene ikke endrer sin helseatferd til det bedre når de kommer til Norge. De har en innebygget habitus, i tillegg til å ha dårligere tilgang til ressurser, spesielt i forhold til de norske.

5.4 Tilgang til helsesystemet³

Informantenes oppfatning av tilgang til helsevesen og helseinformasjon beskrives som dårligere enn tilgangen til helsesystemet i Polen, med unntak av en informant som mener opplevelsen av helsevesen i Norge er utelukkende positiv, og at systemet er til for pasienten. Språk, mangel på informasjon og finansielle utfordringer nevnes som faktorer som gjør tilgangen til helsesystemet vanskeligere. Informantene beskriver også opplevelser av å bli diskriminert på bakgrunn av nasjonalitet ved benyttelse av helsevesen i Norge, noe som kan bidra til en følelse av dårligere tilgang til helsevesenet. Deres tilgang til ressurser ser også ut til å påvirke deres tilgang til helsevesenet. Mindre økonomisk kapital fører til at de prioriterer å benytte seg av helsevesenet når de er i Polen fremfor i Norge, fordi prisene er lavere der. Deres sosiale og kulturelle kapital, i form av mindre nettverk og bekjenskaper enn i Polen, forskjellige kulturer og en dårligere forståelse av språket, ser også ut til å føre til at de ikke benytter helsevesen her i like stor grad. Deres helseoppfatning ser også ut til å påvirke hvordan de bruker helsesystemet i Norge. Med ivaretagelse av helsen først når sykdom som hemmer dem har oppstått, velger de kun å gå til legen i Norge når det er noe som er så akutt at de trenger umiddelbar hjelp. Ellers utsetter de besøket til de kommer tilbake til Polen. Czapka (2010,2012) fant også at de Polske i større grad benytter seg av helsesystemet i Polen enn i Norge og dette skyldes både mangel på informasjon om helsesystemet, og at de ikke kan språket. I tillegg var det mange som utsatte besøket til de kom til Polen fordi det var billigere der. Czapka fant også at det er mange av de polske som lar være å gå til legen for å heller «vente til det går over» (Czapka, 2010). Funnene i denne studien viser også at informantene beskriver at de ikke er syke *nok* til å være hjemme fra jobb, og at de da heller ikke er syke nok til å oppsøke legen. Det viser seg at de først er syke nok når det er noe akutt. Dette viser en bekymringsverdig tilnærming til ivaretagelse ved å slukke brann og å ta kortsiktige valg fremfor langsiktig investering. Også bruk av helseinformasjon ser ut til å preget av å være noe de gjør først når sykdom har oppstått, og at å søke informasjon kan bidra til å man skaper diagnoser man ikke har. Tilværelsen til informantene preges av en midlertidighet, ved at de oppholder seg i Norge på ubestemt tid og oftest har familie i Polen, og denne midlertidigheten kan muligens bidra til å forsterke den kortsiktige tankegangen hva gjelder deres ivaretagelse av helse.

³ Med helsesystemet mener jeg både helsevesen og helseinformasjon. Med helsevesen mener jeg de institusjonene man besøker, som lege og legevakt, og med helseinformasjon menes kommunikasjonen fra helsemyndigheter som Helfo og Helsedirektoratet.

5.5 Helse som funksjon og arbeid som helsepåvirkning

I følge Bourdieu vil de forskjellige sosiale klassers tilnærming til helse også vises i bruk av konseptene helse og sykdom. Blant personer med lavere sosioøkonomisk status vil helse og kroppens funksjon oppfattes i instrumentelle termer, som det å kunne arbeide, mens helse blant de med høyere sosioøkonomisk status i større grad knyttes til ekspressivt bruk av kroppen i mer abstrakte termer (Bourdieu, 1995). Informantene i denne studien ser alle ut til å mene det er viktig at helsen er god nok til å kunne utføre de arbeidsoppgaver de er pålagt. Helse blir knyttet til arbeid ved at arbeidsplassen er et sted der helse kan forverres, i form av skader, et sted som begrenser helsen, fordi de ved å jobbe så mye ikke har tid til ivaretagelse, og at arbeid er deres viktigste prioritet i Norge. Informantene beskriver at det er viktig for dem å vise at de jobber hardt, og at de er redd for å miste jobben. Friberg (2013) har funnet at det eksisterer en stereotypi av de polske arbeidsinnvandrerne som plikttoppfyllende og hardtarbeidende. Dette gjør dem populære på arbeidsmarkedet, men fører også til at de ikke stiller store krav til arbeidsgiver (Friberg, 2013). Dette gjenspeiles i resultatene i denne studien ved at det virker som det er viktig for informantene å opprettholde denne stereotypien. Arbeidet begrenser også informantenes muligheter til å bedrive sosiale aktiviteter, da mangel på tid fører til mindre sosial omgang. Språk beskrives også som en faktor som hemmer deres sosiale muligheter, og språkkurs er noe de hverken har tid eller råd til. Sosiale aktiviteter kan fungere som en salutogen faktor som kan bidra til å fremme deres helse. Mangel på dette er dermed bekymringsverdig, da isolasjon kan føre til dårligere helse.

I Norge ser det ut til at informantene i stor grad prioriterer sin tid til arbeid, noe som hindrer dem i å ivareta sin helse. Den tiden de tilbringer i Polen ser i større grad ut til å være knyttet til aktiviteter som har helsefremmende virkning ved å bedrive aktiviteter de liker. Det ser ut til at den tiden de ikke jobber frigjør dem fra overlevelsesmodus de er i Norge, og mer av energien kan rettes mot selvrealisering, aktiviteter de gjør for seg selv. Dette kan være sykling, svømming, plukke frukt og grønnsaker i hagen og å tilbringe tid med familien. Det ser dermed ut til at Norge, for informantene, er ensbetydende med arbeid, mens Polen i større grad gir dem fritid, og med dette også muligheter til å fremme sin helse.

5.6 Helseutfordringene til de polske arbeidsinnvandrerne i Norge

De polske arbeidsinnvandrernes helseoppfatning, helseatferd og tilgang til helsesystem kan bidra til å øke forståelsen av deres helseutfordringer i Norge, ved at de ulike områdene

påvirker hverandre. Helseoppfatning vil påvirke helseatferd, som igjen vil påvirke helseutfallet og tilgang til helsesystemet. Forklaringene på hva som påvirker helsen er komplekse og skyldes en rekke faktorer, og krever fokus på forholdet mellom strukturelle prosesser og individuell atferd. Ved å ha en holistisk tilnærming til helse vil man kunne forstå hvordan sosiale, fysiske og biologiske fenomener henger sammen (Fugelli & Ingstad, 2001). Det vil blant ulike mennesker og ulike kulturer være forskjellige oppfatninger om hvilke av determinantene som er viktigst å opprettholde for å ha god helse og for å unngå sykdom, og det er gjennom denne studien blitt dannet et bilde av de determinantene som ser ut til å være de viktigste påvirkningsfaktorene for deres helse.

Studiens resultater tyder på at *Immigrasjon* i seg selv har en sterk innvirkning på de polske arbeidsinnvandrernes livssituasjon og hverdag, spesielt den transnasjonale tilværelsen de lever i. Å reise fra hjemland til et nytt land og ikke kunne språket, ikke kjenne så mange, og ha familie i hjemland, vil påvirke de polske arbeidsinnvandrernes helse. Transnasjonalisme, med midlertidig opphold i Norge, fører også til en midlertidig tankegang og kan muligens også bidra til, eller forsterke, en relativistisk innstilling til helse.

Arbeidsforhold er en helsedeterminant som utgjør mye av hverdagen til de polske arbeidsinnvandrerne. Situasjonen deres er kjennetegnet ved usikkerhet og det er flere av informantene som jobber på prosjekter. De kjenner på et press fra sjefen om å jobbe mye, samtidig som de er redd for å være syke og borte fra jobb. De opplever å få dårligere lønn enn de Norske som gjør samme jobb, og ser ut til å oppleve dette som urettferdig. Arbeidsplassen kan således sees som et sted som kan skape helseutfordringer. Det kan også sees som et sted som begrenser ivaretagelse av helse ved at de ikke har tid eller overskudd etter en lang arbeidsdag. Friberg (2013) har funnet at arbeidsmarkedet i Norge skaper et enda større skille mellom de polske og de norske som utfører samme arbeid, hvilket i ytterligere grad vil kunne bidra til å skape helseutfordringer. Samtidig kan også arbeidsplassen være et sted der helse fremmes, ved at informantene føler seg nyttig, øker sin økonomiske kapital og oppretter sosiale relasjoner. Sayad (2004) mener arbeid er en svært viktig for deres status, da en stor del av deres identitet er å være arbeidende. Helse er således også en viktig del av deres identitet, da en arbeidsinnvandrer som ikke har helse heller ikke kan arbeide (Sayad, 2004). Funnene i denne studien viser også at arbeid og helse knyttes tett sammen av informantene, og at det å ha god nok helse til å kunne gå på jobb i størst grad er det de definerer som god helse.

Sosioøkonomisk status er kjent å være en viktig indikator på helsen (Dahl, 2014; Dahlgren & Whitehead, 2007). Det ser også ut til at dette gjelder for informantene i denne studien. Å forbedre sin økonomiske kapital er deres utgangspunkt for arbeid i Norge, og penger, eller mangel på det, ser ut til å prege valgene informantene tar. Med en lavere sosioøkonomisk status ser det ut til at informantene i større grad er i en slags overlevelsesmodus, der valgene de tar er basert på kortidstenkning fremfor langsiktig tankegang. Dette fører til at helsen ivaretas først når sykdom har oppstått.

Sosiale relasjoner er viktig for å opprettholde og fremme helse (Schwarzer, Knoll, & Rieckmann, 2004), og det viser seg at informantene har færre sosiale relasjoner i Norge enn i Polen. De sosiale relasjonene de har i Norge er ofte med andre innvandrere fra Polen, og dette er ofte deres kolleger. Dette kan føre til at de blir mindre integrert i det norske samfunnet, og kan oppleve det å migrere som mer utfordrende, noe som kan ha en negativ innvirkning på deres helse. Avstand til familie gjør også at de mangler sitt viktigste sosiale nettverk. Sosialt nettverk er en viktig helsedeterminant, og selv om det ser ut til at informantene har sosiale polske nettverk, mangler de norske sosiale nettverk som kan bidra til å integrere dem. De rapporterer også om mangel på tid til å bedrive sosiale aktiviteter.

Kultur er også en viktig helsedeterminant (Mackenbach, 2014) og kan bidra som en overordnet forklaringsfaktor på de polske arbeidsinnvandrerne helseoppfatning, helseatferd, tilgang til helsesystem og helseutfordringer. Der ser ut til at de polske arbeidsinnvandrerne har en mer felleskapsbasert tankegang, der deres viktigste prioritet er å tjene penger til familien, og dermed at deres rolle som forsørgere er en viktig rolle å fylle. Med verdier som er mer absolutte vil også deres helseatferd preges av en tankegang knyttet til overlevelse, noe som vises gjennom ivaretagelse i form av brannslukking fremfor langtidsinvestering i helse.

Motstandsressurser er de beskyttende faktorene som kan gjøre at de polske arbeidsinnvandrerne holder seg friske. Czapka (2010) fant i sine studier at de arbeidsinnvandrerne beskrev at de var konstant stresset, og at ikke kunne benytte de samme mestringsstrategiene som de gjorde i Polen (Czapka, 2010). Både motstandsressurser og mestringsstrategier er salutogene faktorer, ved at de fokuserer på hva en kan gjøre for å holde seg frisk, og informantene i denne studien nevner tiden de tilbringer i Polen som et sted som fremmer deres helse. Også arbeidsplassen, med strenge sikkerhetsregler og et sted der man tjener penger for å forsørge familie, er et sted som kan ha en beskyttende funksjon. Ved å identifisere hvilke motstandsressurser de polske arbeidsinnvandrerne har, og hvilke de burde

ha kan man i større grad finne hvilke mestringsstrategier de benytter, og kan benytte seg av, i Norge.

5.7 Metodologiske begrensninger og kvalitetsvurderinger

Både i kvalitativ og kvantitativ forskning bør det reflekteres over hvorvidt forskningen er gjennomført på en tillitsvekkende måte (Thagaard, 2013). I litteraturen anvendes ulike termer for metodiske rammeverk i kvalitative studier. Maxwell (1992) skriver eksempelvis om fem forskjellige typer validitet som er viktig å drøfte i forbindelse med kvalitativ forskning. Jeg vil ta for meg de fire første typene validitet, deskriptiv validitet, fortolkende validitet, teoretisk validitet, generaliserbarhet (Maxwell, 1992), da disse er de mest relevante for denne studien, og gjøre rede for hva som påvirker validiteten i denne studien.

5.7.1 Deskriptiv validitet

Deskriptiv validitet omfatter forskerens rapportering av de innsamlede dataene, og hvorvidt en lykkes med å beskrive det som uttrykkes fra informantene (Maxwell, 1992). Beskrivende nøyaktighet ansees som viktig, og forskeren må ikke finne opp eller endre på det som er blitt sagt eller gjort (Maxwell, 1992). Jeg benyttet lydopptaker slik at alle fortellinger kunne gjengis ordrett i transkripsjonen og førte også feltnotater for å fange opp de elementene som et lydbånd ikke vil fange opp. Det at jeg gjennomførte intervjuene selv, samt transkriberte, selv gjør også at den beskrivende nøyaktigheten i større grad kan overholdes. Deskriptiv validitet er på ingen måte uavhengig av teori, da all observasjon og alle beskrivelser er basert på teori, selv der teorien er implisitt og selvsagt (Maxwell, 1992). De tidligere nevnte språklige utfordringene denne studien har vært preget av, kan påvirke den deskriptive validiteten. Ved et en informant snakker om fenomener på polsk, som av tolken blir oversatt til engelsk, som igjen blir oversatt til norsk av forskeren, kan beskrivelsene av fenomenene bli mindre nøyaktige. De kan også bli mindre nøyaktige ved oversettelse fra engelsk til norsk.

5.7.2 Fortolkende validitet

Mens deskriptiv validitet handler om å presentere gyldige beskrivelser av fysiske objekter, hendelser og atferd, handler fortolkende validitet om hva disse objektene, hendelsene og atferden betyr for de som forteller om dem (Maxwell, 1992). Her handler det om deltakerens perspektiv, såvel som kommunikativ mening i en bredere forstand. Forskeren har aldri direkte

tilgang til hva informantene mener om ulike fenomener, informantenes meninger blir konstruert av forskeren på bakgrunn av deres fremstillinger (Maxwell, 1992). Forskerens bakgrunn som folkehelseviter vil derfor påvirke hvordan informantenes meninger tolkes, og mine synspunkter kan bidra til å true den fortolkende validiteten. For å styrke validiteten har jeg forsøkt å ha et kritisk blikk på egen fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2009). Også betydningen av ulike begreper på forskjellige språk påvirker den fortolkende validiteten. Det var derfor viktig for meg å undersøke hvilken mening informantene la i begreper som sykdom og helse, samt gjøre tolken bevisst den ulike meningen disse begrepene kunne ha.

5.7.3 Teoretisk validitet

Teoretisk validitet omhandler hvorvidt forskeren har lyktes med å forklare fenomenet på en tilstrekkelig måte. Dette innebærer at mønster, kategorier og konsepter skal passe sammen slik at informantens historie blir fortalt på best mulig måte (Maxwell, 1992). Selv om dette studiet har hatt en fenomenologisk tilnærming, der man vil forstå sosiale fenomener og beskrive verden slik informantene opplever fenomenene og verdenen (Kvale & Brinkmann, 2009), vil disse forklaringene være influert av det teoretiske rammeverket forskeren har med seg, og utvikler gjennom studien. I den teoretiske validiteten inngår også, i tillegg til å beskrive og fortolke, at man vil finne en forklaring på fenomenene (Maxwell, 1992). I denne studien var det et spørsmål om det teoretiske rammeverket jeg har valgt kan forklare fenomenet på en tilstrekkelig måte. Den teoretiske validiteten avhenger også av om det er enighet om at de termene som er brukt er tilstrekkelige for å karakterisere et fenomen (Maxwell, 1992). Jeg har forsøkt å velge et bredt teoretisk rammeverk slik at et fenomen kan forklares med bakgrunn i ulik teori, sånn som helse og sykdom, og forklares på strukturelt og individuelt nivå.

5.7.4 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet, eller det Malterud (2012) kaller relevans, omfatter i hvilken grad resultatene i denne studien kan overføres til andre felt, miljøer eller kontekster utenfor det som er studert. Kvalitative studier er ikke opptatt av å kunne generalisere til større populasjoner slik eksempelvis kvantitative studier er (Maxwell, 1992). Generaliserbarhet har, av Lincoln og Guba (2000), blitt kritisert for å postulere et krav til å enten kunne gjelde generelle lover for en hel populasjon, eller til å kun gjelde det spesielle eller unike. Lincoln og

Guba mener videre det finnes en middelvei ved at studiene produserer kunnskap som kan brukes av andre, og har en overføringsverdi (Lincoln & Guba, 2000). Generaliserbarhet i denne studien betyr hvorvidt resultatene som kom til syne gjennom informantenes fortellinger, kan overføres til andre polske arbeidsinnvandrere som oppholder seg i Norge, og har således en overføringsverdi. Målet med denne studien har ikke vært å kunne generalisere i en nasjonal eller global sammenheng, men å si noe om helseutfordringene til mannlige polske arbeidsinnvandrere som jobber i byggebransjen, innenfor et geografisk område og en gitt tidsperiode, Oslo i 2016. Studien består av 5 informanter, som utgjør et lite utvalg fra en stor gruppe. Studien kan likevel bidra til å skape et bilde av hvilke helseutfordringer som gjør seg mest gjeldende for gruppen.

6 Konkluderende betraktninger

Da det er blitt etterspurt studier som skiller mellom ulike innvandrergupper, ulik status og bo- og oppholdstid i Norge, tar denne studien for seg enheten polske arbeidsinnvandrere i andre migrasjonsfase. De polske arbeidsinnvandrerne er en heterogen gruppe, med ulike oppfatninger hva gjelder helse og helseatferd, men det ser ut til at informantene i denne studien ser på helse som fravær av sykdom og evnen til å kunne jobbe og forsørge familien. De viktigste funnene knyttet til de polske arbeidsinnvandrernes helseutfordringer og helseatferd er deres transnasjonale tilværelse som preges av midlertidighet, ved at de ikke har noen planlagt dato for retur, og at valgene som tas også er midlertidige og preget av en korttidstankegang. Denne tankegangen kan se ut til å kunne knyttes til lav sosioøkonomisk status og kulturelle verdier, som fører til at de er i overlevelsesmodus. Arbeid blir av informantene sett som et sted som begrenser deres ivaretagelse av helse, ved at arbeid prioriteres over helse mens tiden de tilbringer i Polen ser i større grad ut til å være et sted der deres helse kan fremmes. Det viser seg således at de polske arbeidsinnvandrerne ved sitt opphold i Norge tar andre valg knyttet til helse, enn hva de ville gjort i Polen, og at de i større grad innfinner seg med at valgene er dårligere fordi de vet det er midlertidig. Tilgangen de polske arbeidsinnvandrerne har til helsesystemet begrenses av barrierer som dårlig økonomi, begrenset språkkunnskap og mangel på informasjon, og å oppsøke helsevesenet blir ofte utsatt til de kommer til Polen, med unntak av akutte tilfeller, der den norske legevakten blir benyttet.

En tilværelse, preget av avstand fra familie og usikkerhet og forventninger på arbeidsplassen, som beskrives som stressende, kan slite på de polske arbeidsinnvandrerne over tid. Når deres syn på helse i utgangspunktet preges av et korttidsperspektiv, og den midlertidige tilværelsen ytterligere forsterker korttidstenking, kan summen av dette utgjøre en helseutfordring for de polske arbeidsinnvandrerne.

7 Implikasjoner for videre forskning

De polske arbeidsinnvandrernes helseutfordringer må sees i sammenheng med at de jobber hardt og lever langt unna sin familie, og at denne transnasjonale tilværelsen og midlertidigheten gjør arbeidsinnvandrere som forskningsobjekter, unike (Czapka, 2010). Immigrasjon i seg selv er det forsket en del på, men det å ha familie hjemme i et land, arbeid i et annet, og ikke ha planlagt returner til hjemlandet, er unikt for de polske arbeidsinnvandrerne. Det er så langt gjennomført én stor helseundersøkelse på polske arbeidsinnvandreres helse, med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Ytterligere forskning på denne gruppen vil kunne øke vår forståelse av deres tilværelse i Norge og hvilke helseutfordringer de opplever å ha.

Man bør fokusere på de helsedeterminanter som påvirker de polske arbeidsinnvandrernes helse og helseatferd, for å kunne skille ut de som er disponert for, eller står i fare for å ha, helseskadelig atferd, og vil erverve livsstilsrelaterte sykdommer, men også fokusere på de faktorer som kan fremme helsen til gruppen som helhet. Da denne studien i større grad fungerer som et bidrag til bakgrunnsinformasjon om de polske arbeidsinnvandrernes helsetilstand, ved å finne hvilke helseutfordringer de har, har studien således en patogenetisk tilnærming ved å i større grad fokusere på de faktorene som utgjør helseutfordringene. Videre forskning bør i større grad fokusere på de motstandsressursene de har i Norge, og mestringsstrategier de benytter seg av, for å kunne fremme deres helse. Studier som i større grad fokuserer på konkrete tiltak som kan bedre deres helsetilstand bør også gjennomføres, som intervensjonsstudier der de kan være aktive deltakere. Både empowerment og lokal deltakelse er noe som står sentralt i den politiske helsemodellen (Gjernes, 2004), og som bør etterleves for at tiltakene skal fungere. En studie som viser at lokal deltakelse og påvirkningsmulighet har hatt en positiv effekt i intervensjonsstudie blant innvandrere i Oslo er MoRo-prosjektet, der de gjennomførte teoribasert og lokalt initiert lavkostnadsintervensjon med en kombinert befolkningsrettet og høyriskorettet strategi (Jenum et al., 2007).

Praktiske tiltak som kan nevnes kan være å hjelpe dem å tilegne seg språket, da dette kan fremme integrering (Einarsen, 2013). Gratis norskkurs kommer opp som forslag blant informantene, fordi de selv mener det er for dyrt for dem. Dette nevnes også som et tiltak i studiet gjennomført av Czapka (2010). I tillegg er det å ha bedre tid en faktor som flere mener ville gjort det mulig å ta bedre vare på sin helse, ved at de arbeider mindre for lik lønn. Dette

likner således mer på en ideell løsning, som krever store samfunnsmessige endringer for å få til. Videre ville det være nyttig å arrangere lokale informasjonsmøter for polske arbeidsinnvandrere i Norge på polsk, for at alle skal kjenne til det norske helsesystemet, samt hvor de kan innhente informasjon og helseråd. God innvandringspolitikk er svært viktig for bedre deres tilgang, eller opplevelse av tilgang, til helsevesenet, samt bedre deres følelse av å være integrert i det norske samfunnet.

Litteraturliste

- Airhihenbuwa, C. O. (1995). *Health and culture: Beyond the Western paradigm*: Sage.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*: Jossey-Bass.
- Becker, S., Bryman, A., & Ferguson, H. (2012). *Understanding research for social policy and social work: themes, methods and approaches*: Policy Press.
- Bourdieu, P. (1995). Distinksjonen. *En sosiologisk kritikk av dømmekraften*.
- Bourdieu, P. (2007). *Sketch for a self-analysis*: University of Chicago Press.
- Brochmann, G. (2006). *Hva er innvandring*: Universitetsforlaget.
- Brunborg, H., & Texmon, I. (2010). *Befolkningsframskrivninger 2010-2060*.
- Callahan, D. (1973). The WHO definition of health'. *Hastings Center Studies*, 77-87.
- Calnan, M. (1987). *Health and illness*. London: Tavistock.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.
- Czapka, E. (2010). *The Health of Polish labour immigrants in Norway*. Retrieved from Oslo:
- Czapka, E. (2012). The health of new labour migrants: Polish migrants in Norway. *Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities*. Antwerp: Garant, 150-162.
- Dahl, E., Bergsli, H og K. A. van der Wel. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En Norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: HiOA.
- Dahlgren, D., & Whitehead, M., World Health Organization (WHO). (2007). *European Strategies for Tackling Social Inequalities in Health: Levelling Up Part 2*. Retrieved from <http://www.thehealthwell.info/node/91930>.
- De Maio, F. G. (2012). Understanding the health transitions of immigrants to Canada: research priorities. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23(3), 958-962.
- Einarsen, K. (2013). *Språket–første skritt mot integrering: Samfunnsspeilet*.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1(1), 9-23.
- Eriksen, T. H. (2004). *Røtter og føtter: Identitet i en omskiftelig tid*: Aschehoug.
- Faist, T. (2012). *Migration*: Wiley Online Library.
- 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.
- Friberg, J. H. (2013). *The Polish worker in Norway : emerging patterns of migration, employment and incorporation after EU's eastern enlargement*. (Doktorgradsavhandling), Universitetet i Oslo, Oslo. Retrieved from <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/34925/dravhandling-friberg.pdf>
- Friberg, J. H., & Haakestad, H. (2015). Arbeidsmigrasjon, makt og styringsideologier: Norsk byggenæring i en brytningstid. *Søkelys på arbeidslivet*, 31(03), 182-205.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse-slik folk ser det. *Tidsskrift Norske Legeforening*, 121(30), 3600-3604.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of phenomenological psychology*, 28(2), 235-260.
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 12, 143-165.

- Hannerz, U. (1992). *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*: Columbia University Press.
- Hardey, M. (1998). *The social context of health*: McGraw-Hill Education (UK).
- Helse & Omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester- god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse*. Oslo Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf.
- Hofgaard, T., L. (2010). En ny definisjon av helse? *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 47(4), 362.
- Inglehart, R. (1971). The silent revolution in Europe: Intergenerational change in post-industrial societies. *American political science review*, 65(04), 991-1017.
- Inglehart, R. (1997). *Modernization and postmodernization: Cultural, economic, and political change in 43 societies* (Vol. 19): Cambridge Univ Press.
- Jenum, A. K., Lorentzen, C., Graff-Iversen, S., Andersen, S., Ødegaard, A. K., Holme, I., . . . Ommundsen, Y. (2007). Kan lokalbaserte strategier bidra til å redusere sosiale helseforskjeller? MoRo-prosjektet–bakgrunn, hovedresultater og erfaringer. *Norsk epidemiologi*, 17(1).
- Kumar. B. (2008). The Oslo immigrant health profile. *Diabetes*, 3(8).
- Kumar, B., & Viken, B. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, K. (2010). Pierre Bourdieu. In P. o. T. Andersen, H (Ed.), *Sunheds Sociologi. En grundbog* (Vol. 1. utgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). The only generalization is: There is no generalization. *Case study method*, 27-44.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*: Sage.
- Mackenbach, J. P. (2014). Cultural values and population health: a quantitative analysis of variations in cultural values, health behaviours and health outcomes among 42 European countries. *Health And Place* \$V 28, 116-132.
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene*: Akribe.
- Mahalingam, R., & Rabelo, V., C. (2013). Theoretical, Methodological, and Ethical Challenges to the Study of Immigrants: Perils and Possibilities. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2013(141), 25–41. doi:10.1002/cad.20041
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/s0140-6736(01)05627-6
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005). *Social determinants of health*: OUP Oxford.
- Maxwell, J. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard educational review*, 62(3), 279-301.
- Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach*: Jossey-Bass.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for health promotion* (3. ed.): Elsevier Health Sciences.
- Nettleton, S. (2006). *The Sociology of health and illness* (2. ed.). London: Polity Press.
- Sayad, A. (2004). *The suffering of the immigrant*: Polity.
- Schiller, N. G., Basch, L., & Blanc, C. S. (1995). From immigrant to transmigrant: Theorizing transnational migration. *Anthropological quarterly*, 48-63.
- Schutz, A. (1967). *The phenomenology of the social world*: Northwestern University Press.

- Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2004). Social support. *Health psychology, 158*, 181.
- Siem, H. (1997). Migration and health-the international perspective. *Praxis, 86*(19), 788-793.
- Ślusarczyk, M., & Pustulka, P. (2015). *Transnational Polish Families in Norway. The Entanglements between Migration Trajectory and Labor*.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. ed.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Thorsdalen, B. (2016). *En demografisk beskrivelse av arbeidsinnvandrere fra EU/EØS og deres familier*. (SSB- rapport nr.3/2016). Statistisk sentralbyrå Retrieved from http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/253560?_ts=152b138ba58.
- Vertovec, S. (2009). *Transnationalism*: Routledge.
- WHO. (1946). [www.who.int/bulletin/archives/80\(12\)981.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(12)981.pdf) WHO definition of Health. Paper presented at the Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York.
- Wildavsky, A. (1979). *Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy*: Springer.
- Williams, S. J. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness, 17*(5), 577–604. doi:10.1111/1467-9566.ep10932093
- Wimmer, A., & Glick Schiller, N. (2002). Methodological nationalism and beyond: nation–state building, migration and the social sciences. *Global networks, 2*(4), 301-334.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguiden

About me: Finishing my master in public health at NMBU this spring.

Questions for my master thesis about Polish work immigrants and their perception of own health and challenges concerning it, as well as experience of access to healthcare service.

The interviews are anonymous and the material will only be handled by me or my supervisor. I will delete the tape when my thesis is finished.

Answer the first thing you can think of. There are no right or wrong answers. I just want your honest opinion on the different topics that I will mention below. You are entitled to not answer those questions that make you feel uncomfortable.

1. To be a polish work immigrant in Norway

How do you experience being a Polish work immigrant in Norway?

- For how long have you been here?
- Reason for coming
- Length of stay

2. Perception of health and the value of health

Perception:

What does the term health mean to you?

What does it mean to have “good health”?

What does the term “disease” mean to you?

Why do you think people get sick?

Do you have any challenges concerning your health?

- What kind of challenges?

Value:

How important is your health in relation to other priorities?

- What other priorities?

How do you experience your own health?

- Good? Not so good? Elaborate

Has your arrival to Norway changed/influenced anything about your health?

How do you look after your health?

Where do you look after your health more, in Poland or Norway, and why?

Do you think there any differences in how polish and Norwegians take care of their health?

Do you believe people should look after their health? Why do you think they should?

3. Perception of body and nutrition

What influence your choice when you pick out your food?

What does “healthy food” mean to you?

Would you say the way your body look is important to you? Why, why not?

4. Perception of access to health services and health information

Have you ever been in contact with the health service in Norway?

-If not, why?

-if yes, through which source?

How easy is it to access information about health and health challenges?

- Is the information helpful?

In your experience, do polish workers here seek healthcare here in Norway, or do they do so when they return to Poland?

-Why?

- Comfort? Language? Economy?

Vedlegg 2: Informasjonsskriv på engelsk

Polish guestworkers – perception of health and health behavior

Aim of the study

The Aim of this study is to find out more about how it is to be a Polish guest worker in Norway and how the group experience their own health and if they have any challenges concerning their health. The study is a master thesis as a part of the public health master degree at the Norwegian Environmental and Biotechnological University (NMBU). The project is being completed on behalf of the Norwegian Directorate of Health (Helsedirektoratet). The selection has been made out of a group representing male Polish guest workers in Norway.

What does it mean to be a participant in this study?

The data in this project is being collected by conducting individual interviews on approximately 30 to 60 minutes per person. Since I want to find out more about being a Polish guest worker in Norway, the questions will evolve themes like daily life in Norway, perception of own health and experience of access to healthcare services in Norway. The data will be tape-recorded.

What will happen to the information collected?

All personal information will be treated confidential. The student, as well as her supervisor, will have access to all the data. The data collected will be on a computer that requires password to get access. All the information on the tape-recorder will also be stored in a way that only the student and supervisor will have access to it. Names and other personal information like birthdate and homeaddress will not be used in this study. The participants will not be recognizable in the publication of the study. I will use fictive names and not describe specific places that can be linked directly to the participant. The project will be finished 15.05.16. All the data collected and recorded will then be deleted. The study is reported to NSD.

Voluntary Participation

To participate in this study is voluntary and you can at any time withdraw your consent. If you choose to withdraw your consent, all the information about you will be deleted. If you want to participate or have questions related to this study, feel free to contact Dorte Lysheim (92243108) dlysheim@gmail.no
You can also contact the supervisor of this study, Sheri Lee Bastien at sheri.lee.bastien@nmbu.no

Consent to participate in the study

I have received information about this project, and want to participate in it

(Signed by participant, date)

Vedlegg 3: Informasjonsskriv på polsk

Polscy pracownicy w Norwegii – spostrzeżenia na temat stylu życia i zdrowia

Cele badania

Celem tego badania jest dowiedzenie się więcej na temat doświadczeń polskich pracowników w Norwegii. Pragnę również poruszyć kwestie związane ze zdrowiem i problemami zdrowotnymi. Badanie jest częścią pracy magisterskiej na kierunku Zdrowie Publiczne, Norweski Uniwersytet Przyrodniczy (NMBU). Projekt prowadzony jest z ramienia Norweskiej Dyrekcji do spraw Zdrowia (Helsedirektoratet). W badaniu biorą udział polscy mężczyźni pracujący w Norwegii.

Co oznacza bycie uczestnikiem w tym badaniu?

Dane zawarte w tym projekcie są gromadzone poprzez przeprowadzanie indywidualnych rozmów na około 30 do 60 minut na osobę. Aby dowiedzieć się więcej o życiu i zdrowiu polskich pracowników w Norwegii, pytania będą dotyczyć tematów takich jak codzienne życie w Norwegii, postrzeganie własnego zdrowia i doświadczenia w dostępie do usług zdrowotnych w Norwegii. Dane będą nagrywane.

Co stanie się z zebranymi informacjami?

Wszystkie dane osobowe będą traktowane poufnie. Studentka jak również jej promotorka, będą miały dostęp do wszystkich danych. Zebrane dane będą na komputerze, który wymaga hasła dostępu. Wszystkie nagrane informacje będą również przechowywane w taki sposób, że tylko studentka i promotorka będą miały do nich dostęp. Nazwiska i inne dane osobowe, jak data urodzenia i adres nie zostaną wykorzystane w tym badaniu. Uczestnicy nie będą rozpoznawalni w publikacji badania. W badaniu zostaną użyte fikcyjne imiona bez opisu konkretnych miejsc, które mogłyby być połączone bezpośrednio z uczestnikiem.

Projekt zakończy się 15.05.2016. Po obronie pracy magisterskiej wszystkie dane zostaną usunięte. Projekt został zaakceptowany przez Norwegian Social Science Data Services (NSD).

Dobrowolny udział

Udział w tym badaniu jest dobrowolny i można w każdej chwili wycofać swoją zgodę. Jeśli zdecydujesz się wycofać swoją zgodę, wszystkie informacje o Tobie zostaną usunięte.

Jeśli chcesz wziąć udział lub masz pytania związane z tym badaniem, prosimy o kontakt:

Dorte Lysheim (92243108) dlysheim@gmail.no Można również skontaktować się z promotorką pracy magisterskiej, Sheri Lee Bastien: sheri.lee.bastien@nmbu.no

Zgoda na udział w badaniu

Otrzymałem informacje o tym projekcie i chcę w nim uczestniczyć



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

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Sheri Bastien

Institutt for landskapsplanlegging Norges miljø- og biovitenskapelige universitet

1430 ÅS

Vår dato: 07.12.2015

Vår ref: 45795 / 3 / HJP

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.11.2015.

Meldingen gjelder prosjektet:

45795 Polske gjestearbeidere, deres levevaner og helseutfordringer
Behandlingsansvarlig Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, ved
institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Sheri Bastien
Student Dorte Lysheim

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database,
<http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hanne Johansen-Pekovic

Kontaktperson: Hanne Johansen-Pekovic tlf: 55 58 31 18

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Dorte Lysheim dlysheim@gmail.com



Norges miljø- og biovitenskapelig universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway