

Polscy migranci i norweska służba zdrowia: badanie pilotażowe

ADAM ANCZYK¹

ORCID: [0000-0001-6906-3104](https://orcid.org/0000-0001-6906-3104)

HALINA GRZYMAŁA-MOSZCZYŃSKA

ORCID: [0000-0003-2751-3204](https://orcid.org/0000-0003-2751-3204)

AGNIESZKA KRZYSZTOF-ŚWIDERSKA

ORCID: [0000-0002-0819-0350](https://orcid.org/0000-0002-0819-0350)

JACEK PRUSAK

ORCID: [0000-0002-3204-2251](https://orcid.org/0000-0002-3204-2251)

Akademia Ignatianum w Krakowie

Niniejszy artykuł prezentuje rezultaty badania pilotażowego na temat relacji polskich migrantów z norweską służbą zdrowia. Badanie miało charakter jakościowy – przeprowadzono 20 częściowo ustrukturyzowanych wywiadów z Polakami mieszkającymi w Norwegii dłużej niż dwa lata, którzy mieli kontakt z norweskim systemem ochrony zdrowia. Celem badania była identyfikacja potencjalnych problemów pojawiających się w kontakcie polskich migrantów z norweskim świadczeniodawcą. Kwestionariusz wywiadu, zbudowany w oparciu o Wywiad Ukształtowania Kulturowego (DSM V) zorientowany został na pozyskanie możliwie bogatych danych, w celu identyfikacji innych czynników utrudniających korzystanie ze służby zdrowia, niż obustronny deficyt kompetencji językowych, na co wskazywano głównie w poprzednich badaniach. Norweska służba zdrowia w świetle odpowiedzi respondentów otrzymała mieszane recenzje, mniej więcej tyle samo osób było zadowolonych z jej funkcjonowania, co przeciwnie. W niniejszym badaniu kwestia zaufania wysunęła się na pierwszy plan interpretacyjny – polscy pacjenci ufają lekarzowi, o ile ten spełni ich kulturowe oczekiwania (np. przepisze antybiotyk lub inny silny środek, czego oczekiwaliby od lekarzy w Polsce), co nazwaliśmy „warunkowym zaufaniem”. Badani wspominali również o problemach w dostępie do lekarzy specjalistów w Norwegii w porównaniu do Polski, co może być odzwierciedleniem różnic w systemie organizacji opieki zdrowotnej – w Norwegii lekarz pierwszego kontaktu (GP) ma więcej

¹ Kontakt: anczyk.adam@ignatianum.edu.pl

obowiązków, które wymagają kompetencji, niż w Polsce, gdzie GP jest osobą kierującą na badania do specjalisty jeżeli pojawi się problem medyczny, którego nie potrafi rozwiązać. Artykuł stanowi zatem studium relacji polskich migrantów z zagranicznymi systemami opieki zdrowotnej – które w przyszłości powinny być powilane – a zastosowana w nim metoda jakościowa umożliwiła prezentację zróżnicowanych postaw osób najbardziej zainteresowanych praktycznymi aplikacjami płynących zeń wniosków – Polaków stale przebywających w Norwegii.

Słowa kluczowe: Polacy w Norwegii, zdrowie migrantów, relacje z pacjentem, system opieki zdrowotnej w Norwegii

Polish Migrants and the Norwegian Healthcare System: A Pilot Study

This article presents the results of a pilot study on Polish migrants' relations with the Norwegian health services. The study was qualitative in nature – 20 partially structured interviews were conducted with Poles living in Norway for more than two years who had contact with the Norwegian healthcare system. The aim of the study was to identify potential problems arising in the contact of Polish migrants with the Norwegian healthcare provider. The interview questionnaire, built on the basis of the Interview of Cultural Formation (DSM V), was focused on obtaining as rich data as possible in order to identify other factors hindering the use of healthcare than the bilateral deficit of language competence, which was indicated mainly in previous studies. In light of the respondents' answers, the Norwegian health service received mixed reviews: about as many people were satisfied with its functioning as those who were not. In this study, the issue of trust came to the fore of the interpretation – Polish patients trust a doctor if they meet their cultural expectations (e.g. prescribe an antibiotic or other strong agent, what they would expect from doctors in Poland), a phenomenon we name "conditional trust". Respondents also mentioned problems in obtaining a referral/accessing specialist doctors in Norway as compared to Poland, which may reflect differences in the system of organization of healthcare. In Norway, GPs have more responsibilities that require competences than in Poland, where a GP is a person referring patients for tests to a specialist if a medical problem arises that s/he cannot solve. Therefore the article is an introduction to research that should be conducted in the future on the relations of Polish migrants with foreign health care systems. The qualitative method used has enabled the presentation of the diverse attitudes of people most interested in the practical applications of conclusions, namely Poles permanently residing in Norway.

Keywords: Poles in Norway, migrants' health, patient relations, health care system in Norway

Od przystąpienia Polski do UE zauważyć można, że Polaków w Norwegii jest coraz więcej. Na Polonię norweską w 2019 roku składało się ok. 100 tys. osób (SBB 2019). W porównaniu do innych statystyk – na początku 2019 r. imigranci stanowili 14,4% populacji Norwegii, a dzieci urodzone w Norwegii, mające oboje rodziców imigrantów – 3,4% (Korzeniewska, Erdal, Kosakowska-Berezecka, Żadkowska, 2019: 15). Polacy, obecnie ponad stutysięczna grupa, są najliczniejszą mniejszością etniczną w Norwegii (ok. 2% populacji kraju). Natomiast wśród osób urodzonych w Norwegii, i mających rodziców przybyłych spoza Norwegii, najwięcej jest tych, których rodzice pochodzą z Pakistanu i Somalii, a następnie tych, których rodzice są Polakami. Więcej niż połowa Polaków zamieszkuje w czterech okręgach (Oslo, Akershus, Rogaland

i Hordaland), reszta rozsiana jest po całym kraju. Ogółem Polacy mieszkają w 221 gminach w Norwegii i są drugą grupą narodowościową i społeczną po samych Norwegach (Slany, Ślusarczyk, Pustułka, Guribye 2018). Owo geograficzne rozmieszczenie związane jest z zapotrzebowaniem na pracę w poszczególnych regionach Norwegii (Gmaj 2018). Polacy są zatem znaczącą grupą obcokrajowców w Norwegii, a jednym z ważnych – zarówno z punktu widzenia badawczego, jak i społecznego – elementów akulturacji imigrantów w kulturze kraju przyjmującego jest ich relacja ze służbą zdrowia, ponieważ dobra integracja w tym obszarze przekłada się na jakość życia migrantów i migrantek. Celem niniejszego artykułu jest wstępne przeanalizowanie przebiegu kontaktu między polskimi imigrantami przybywającymi do Norwegii i lokalną służbą zdrowia na podstawie przeprowadzonych badań pilotażowych, zorientowanych na identyfikację zarówno czynników sprzyjających wykorzystaniu przez przybyszy możliwości, jakich dostarcza lokalna służba zdrowia, jak i czynników utrudniających satysfakcjonujący przebieg tego kontaktu.

Zdrowie migrantów – społecznie istotny obszar badawczy

Migracje Polaków poza granice kraju są, zważywszy na statystyki dotyczące ich liczebności, trudnym do zbagatelizowania faktem społecznym. Kierunek owych migracji jest zaś określony – Polacy, którzy decydują się na opuszczenie kraju, zmierzają w kierunku „lepszyc” (ekonomicznie), „zachodnich” kultur, i w tych środowiskach kulturowych (przyjmujących) spotykają się z lokalnym systemem służby zdrowia. Co ciekawe, stan zdrowotny migrantów może być lepszy niżli mieszkańców kraju, do którego przybywają. Zjawisko to, będące przedmiotem debat w literaturze przedmiotu, definiuje się jako tzw. „efekt zdrowego imigranta” (*healthy immigrant effect*, Rousseau, Frounfelker 2019), oznaczający, że migranci charakteryzują się lepszym stanem zdrowia niż ludność kraju, do którego przyjeżdżają. Tłumaczy się go lepszym, w porównaniu z krajem pochodzenia, dostępem do służby zdrowia i innych usług prozdrowotnych w kraju osiedlenia, jak również czynnikami indywidualnymi – zorganizowanie wyjazdu wymaga pewnych umiejętności powiązanych z poczuciem sprawstwa, samokontroli i do pewnego stopnia również dobrą (wyjściową) kondycją zdrowotną. Doświadczenie migracji związane jest też z wydarzeniami stresogennymi, przeszkodami i wyzwaniem – nie zawsze osoby emigrujące zdają sobie sprawę z tego, że w cenie, którą za ten wyjazd będą musieli zapłacić, mieści się ryzyko zdrowotne. Wpływ na zdrowie mają więc nie tylko czynniki socjoekonomiczne, takie jak poczucie „deklasacji”, wykluczenia i dyskomfortu społecznego wynikające z doświadczania obcości i braku wsparcia, ale również sfera przeżyć osobistych, poczucie osamotnienia i tęsknoty (Kawczyńska-Butrym 2011; Rousseau, Frounfelker 2019). Migracja wpływa również na poczucie tożsamości migrantów, a pośrednio również na ich stan zdrowia, zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Dzieje się tak

szczególnie w przypadku, w którym wyzwania w nowym kraju dostarczają doświadczeń wywołujących poczucie obniżonej samooceny, własnej sprawczości, zagrożenia poczucia kontynuacji tożsamości, mamy do czynienia ze zjawiskiem określanym mianem „zagrożenia tożsamości” – *identity threat* (Jaspal, Breakwell 2014). Zagrożenie takie może obniżyć poczucie bezpieczeństwa i dobrostanu osób w sytuacji migracyjnej, a także ogólny poziom odporności, szczególnie zaś dotkliwie może to być przeżywane w sytuacjach zagrożenia, a do takich należy choroba (Różnowski, Bryk 2008; Smoleń 2013).

Część przeprowadzonych badań wskazuje na to, że emigranci nie wykorzystują w pełni dostępnych im usług medycznych czy też źródeł wsparcia ze strony oficjalnych instytucji (por. Sarría-Santamera, Hijas-Gómez, Carmona, Gimeno-Feliú 2016). Za postawę taką odpowiadać może kilka różnych czynników, na przykład przywołany wcześniej efekt „zdrowego migranta”. Inną przyczyną może być stygma związana z chorobą (szczególnie dotyczyć to może trudności psychologicznych, wiążących się również z życiem codziennym migranta – np. znalezieniem pracy lub relacjami w tejsze), ale również trudności językowe czy brak wrażliwości kulturowej ze strony przedstawicieli służby zdrowia. W odpowiedzi na ową złożoność zdrowotnych aspektów emigracji w literaturze przedmiotu zaproponowano różne podejścia do rozumienia tego zjawiska i strategie o charakterze prewencyjnym, promocyjnym i leczącym (Virupaksha, Kumar, Nirmal 2014). W kontekście zagadnień dotyczących zdrowia migrantów Rousseau i Frounferker (2019) podkreślają zwłaszcza znaczenie dostępności usług medycznych, kulturowego dostosowania interwencji medycznych, a także podkreśla się konieczność uwzględnienia w polityce zdrowotnej społeczno-kulturowych determinantów zdrowia psychicznego (Wittig, Lindert, Merbach, Brahler 2006).

Dostępność usług medycznych jest kluczową sprawą dla wszystkich, zróżnicowanych grup migrantów (Cleveland, Rousseau, Guzder 2014). Większość z nich napotyka w tym względzie trudności, wynikające z braku odpowiedniej (czy wystarczającej) wiedzy dotyczącej funkcjonowania instytucji ochrony zdrowia w kraju imigracji, barier językowych oraz ograniczeń prawnych w dostępie do nich. Nie wystarczy jednak przewyciężyć bariery językowe czy uporać się z kwestią legalnego dostępu do usług medycznych, aby zniwelować problemy związane z różnicami kulturowymi między przedstawicielami systemu opieki zdrowotnej a jej beneficjentami (migrantami). W literaturze psychologicznej podkreśla się wagę wrażliwej kulturowo diagnozy i planu leczenia, biorących pod uwagę kulturowe idiomy dystresu i strategie radzenia sobie z nim oraz wsparcia formalnych i nieformalnych systemów opieki (tradycyjnych uzdrowicieli, wspólnot religijnych; por. Kirmayer, Rousseau, Jarvis, Guzder 2014). Istotne jest również uwzględnienie społecznego kontekstu źródeł dystresu, aby chronić oraz wzmacniać jednostki w ich naturalnych systemach (rodzinach) przed skutkami ubóstwa i braku zatrudnienia i/bądź braku odpowiednich warunków socjalnych (Cleveland, Rousseau, Guzder 2014).

Na poziom (jakość) oferowanych migrantom usług medycznych znaczący wpływ mogą mieć czynniki kulturowe, zarówno systemowe, jak i te występujące po obu stronach diady lekarz-pacjent. Ponieważ spora część migrantów nie wykorzystuje dostępnych im świadczeń medycznych, lekarze – w tym przede wszystkim lekarze pierwszego kontaktu – muszą być szczególnie wyczuleni na różnice kulturowe w pracy z pacjentami migrantami. Wynika z tego, że znaczenie dla oferowanych przez nich usług medycznych ma również poznanie i uwzględnienie w procesie diagnozy i leczenia kulturowego zaplecza migrantów – włączając w to ich zrozumienie funkcjonowania publicznej służby zdrowia w kraju, z którego pochodzą i kraju, do którego przybyli (podobieństwa i różnice); zaoferowanie im opieki medycznej uwzględniającej ich własne rozumienie dystresu oraz uwzględnienie w procesie leczenia (rehabilitacji) wsparcia ze strony wspólnot lokalnych, a więc organizacji etniczno-kulturowych i/czy wspólnot (instytucji) religijnych. W celu wsparcia tworzenia adekwatnej kulturowo opieki medycznej istotne jest również głębsze rozeznanie nastawienia samych migrantów, słowem kontekstu kulturowego, gdyż jak pokazują niektóre badania sondażowe (Marcinów, Olejniczak 2011) Polacy swoją wiedzę o systemie opieki medycznej czerpią nie od profesjonalistów (20%), ale przede wszystkim z mediów (43%) oraz od członków rodziny i przyjaciół (24%).

Jak zostało to zapowiedziane w pierwszym paragrafie tego artykułu niniejsze badanie przygotowane zostało jako studium pilotażowe na temat relacji polskich migrantów z norweską służbą zdrowia. Badania w tym zakresie były i są prowadzone na populacjach polskich migrantów (w tym w Norwegii), co należy uznać za dobry sygnał, gdyż ich rezultaty mogą mieć praktyczne przełożenie na działania mające na celu utrzymanie zdrowia i dobrostanu Polaków za granicą. W badaniu zadawano respondentom szereg różnych pytań – począwszy od historii migracyjnej, ich opinii na temat Norwegii jako kraju i kultury, ich doświadczeń ze służbą zdrowia oraz źródeł wsparcia, z których korzystają. Na potrzeby niniejszego artykułu z materiału badawczego wybraliśmy trzy istotne dla zagadnienia wątki, włączając się tym samym w dyskusję nad problemem prowadzoną w literaturze przedmiotu, a mianowicie opinie Polaków na temat norweskiego systemu opieki zdrowotnej, opinie na temat lekarzy i ich kompetencji oraz podejścia do terapii (w tym kompetencji kulturowych), a także źródeł wsparcia i pozamedycznego poszukiwania pomocy w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych. Badanie w pewnym zakresie nawiązuje do wcześniejszych analiz (cytowanych w niniejszej pracy) w duchu uzupełnienia ich o nowe dane i możliwe sposoby interpretacji. W obliczu tzw. kryzysu replikacyjnego w psychologii i wątków poruszanych w debatach metodologicznych nad niechęcią do publikowania niekonkluzywnych wyników lub replikacji tematów badawczych, zaleca się – również w badaniach jakościowych – podejmowanie tego rodzaju projektów, gdyż wpływać mogą na, np. prowadzone później metaanalizy lub badania syntetyzujące informacje w danym obszarze. Nie bez znaczenia jest również przyjęta tutaj optyka badawcza – autorzy i autorki projektu reprezentują optykę psychologiczną

(psychologia kliniczna, psychologia kulturowa) spoglądając na fenomen, stąd też uzupełniają wcześniejsze obserwacje, najczęściej socjologiczno-antropologiczno-demograficzne, o tego rodzaju perspektywę, która jest szczególnie uwrażliwiona na indywidualne, psychologiczne aspekty zjawiska akulturacji.

Polacy w Norwegii, Polacy a Norwegowie

Proces „oswajania Norwegii” (Gmaj 2018) przez Polaków – w tym polskich migrantów – stał się w ostatnich latach przedmiotem badań (Baba, Dahl-Jorgensen 2010; Friberg 2012; Gmaj 2016, 2018; Huang, Kochowicz, Krzaklewska, Pustulka 2015; Huang, Krzaklewska, Pustulka 2016; Iglicka, Gmaj, Wierzejski 2016, 2018; Napierała, Trevena 2010). Jak dotąd powstało stosunkowo niewiele prac dotyczących poznania i zrozumienia postawy polskich emigrantów wobec tamtejszej służby zdrowia (np. Abebe, Lien, Elstad 2017; Czapka 2010; Czapka, Sagbakken 2016; Czapka, Gerwing, Sagbakken 2019; Straiton, Reneflot, Diaz 2014). Biorąc pod uwagę fakt, że migracja do Norwegii wykazuje tendencję zwykłą (Gmaj 2018) istnieje uzasadniona potrzeba pogłębienia dotychczasowej wiedzy na temat czynników wpływających na korzystanie Polaków z usług norweskiej, publicznej służby zdrowia bądź unikania jej wsparcia. Chociażby z tego – obustronnie pragmatycznego – powodu, że wielu rodaków decydujących się na wyjazd będzie z niej korzystał.

Rezultaty poprzednich badań (np. por. Czapka, Sagbakken 2016), wskazują na występujące u polskich migrantów w Norwegii duże obciążenie ilością podejmowanej pracy, a także czasem nieprzestrzeganie zasad bezpieczeństwa w miejscu pracy. Wynikiem takiej sytuacji może być przewidywana zmiana statusu zdrowotnego imigrujących Polaków ze „zdrowego migranta” (*healthy migrant effect*) w momencie przyjazdu (Bollini, Siem 1995), na „wyczerpanego migranta” (*exhausted migrant effect*) w miarę trwania pobytu w Norwegii. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym takiemu rozwojowi wypadków jest niższa częstotliwość korzystania przez migrantów z konsultacji psychiatrycznych (Straiton, Renefolt, Diaz 2014) i innych usług medycznych (Czapka 2010; Abebe, Lien, Elstad 2017). Należy w tym miejscu podkreślić, że do usług takich mają takie same prawa jak obywatele Norwegii. Uwzględniając liczebność grupy Polaków w Norwegii można przyjąć, że niekompatybilności między oczekiwaniami migrantów w tym zakresie i odpowiedzią społeczeństwa przyjmującego, będą pojawiały się coraz częściej (np. procesy stereotypizacji w kontaktach lekarz-pacjent, wzrost liczebności Polaków w mniejszych miejscowościach, gdzie kontakt w służbie zdrowia z cudzoziemcami może być relatywnie rzadszy czy też problemy natury systemowej w opiece zdrowotnej, wiążące się z pojawieniem się w niej licznej, stosunkowo „nowej” grupy społecznej), co skłania nie tylko do badawczej eksploracji tematu, ale do włączania rezultatów badań w obszar polityki zdrowotnej.

Kultury współczesnej Polski i Norwegii, chociaż w opinii zarówno migrantów, jak i Norwegów posiadające wiele cech wspólnych – zwłaszcza w porównaniu do migrantów pozaeuropejskich (Sokół-Rudowska 2013), różnią się w kilku istotnych obszarach, które to odmienności mogą mieć wpływ również na relacje migrantów ze służbą zdrowia. W klasycznym już modelu Hofstede Polska figuruje jako kraj o większej „męskości”, podczas gdy Norwegia jest jednym z najbardziej „żeńskich” krajów, co tu oznacza nawiązanie do metafor/stereotypów – Norwegia jest krajem o większej kooperatywności, mniejszej rywalizacji, dążeniu do konsensusu i zorientowaniu na jakość życia. Polska jest krajem o większym dystansie władzy, stąd relacje między Polakami są bardziej hierarchiczne, zdystansowane, o większym stopniu rywalizacji. Co więcej, Polska należy do krajów o szczególnie wysokim wskaźniku unikania niepewności, co przekłada się na dystans wobec zachowań „niekonwencjonalnych” oraz większą potrzebę jednoznaczności rozwiązań różnorodnych problemów (zob. Hofstede Insights 2020). Tego rodzaju różnice mogą przekładać się na zachowanie Polaków w konkretnych sytuacjach kontaktów z norweską służbą zdrowia. Przykładowo relatywnie wysoki dystans władzy występujący w kulturze polskiej sprawia, że dialog pomiędzy dwoma osobami odmiennie usytuowanymi w hierarchii społecznej (lekarzem i pacjentem) uwzględnia różnicę ich statusu, a ponadto w takich relacjach Polacy mogą oczekiwać większej inicjatywy po stronie „eksperta”, czyli osoby stojącej wyżej w hierarchii. Z kolei preferencja w kulturze polskiej dla sytuacji jednoznacznych, o jasnych regułach postępowania powoduje, że Polacy mogą gorzej funkcjonować w sytuacjach niejasnych, zmiennych czy pozbawionych dookreślonych ram (a taki charakter może mieć komunikat lekarza norweskiego zachęcający do kilku dni wypoczynku, a nie do rozpoczęcia konkretnej terapii). Wspomniany wcześniej wymiar męskości kultury polskiej wywołuje preferencję dla zachowań nakazujących pokonywanie trudności (w tym własnych słabości) – lub inaczej rzecz ujmując „w społeczeństwach męskich sympatią darzy się silnych” (Subocz 2012: 50), co może przekładać się na stosunek do własnej niedyspozycji (choroby) i (samo)ograniczania korzystania z dostępnych w Norwegii usług medycznych. Polacy i Norwegowie różnią się również stopniem zaufania, jakim obdarzają instytucje (szczególnie publiczne). Na przykład w badaniu Eurostatu zaufanie do instytucji publicznych wynosiło 6 dla Norwegii i 3,5 dla Polski w dziesięciostopniowej skali, a z analiz World Value Survey wyłania się kolejna różnica w zaufaniu do ludzi. W 2009 r. procent respondentów zgadzających się ze stwierdzeniem „Most people can be trusted” wynosił odpowiednio 73,73% dla Norwegii i 18,64% dla Polski (w roku 2014 zaufanie to wzrosło do 22,6%, zob. Ortiz-Ospina, Roser 2020). W zaufaniu do innych Norwegia plasuje się zatem u szczytu statystyk w krajach europejskich, podczas gdy Polska znajduje się w grupie krajów o najniższym stopniu zaufania.

W tym kontekście można więc postawić pytanie o charakter relacji Polaków z norweską służbą zdrowia jako przestrzeni, gdzie obustronne zaufanie jest szczególnie ważne. Ogólne pytania badawcze można sformułować następująco: (1) jak polscy

emigranci oceniają ogólnie norweską, państwową opiekę medyczną oraz własne relacje z przedstawicielami służby zdrowia?; (2) jak oceniają różnice kulturowe w komunikacji mającej miejsce w diadzie lekarz-pacjent?; oraz (3) w jakim zakresie korzystają z innych zasobów niż państwowa służba zdrowia w Norwegii w radzeniu sobie z sytuacją choroby? Pytania te odzwierciedlają również istotne kwestie dotyczące potrzeb zdrowotnych migrantów jako grupy społecznej (por. Rousseau, Frounfelker 2019).

Metodologia

Odpowiedzi na wyżej przedstawione kwestie uzyskane zostały w badaniu pilotażowym, przeprowadzonym od sierpnia 2017 do kwietnia 2018 wśród polskich migrantów w Norwegii przez zespół badawczy z Polski oraz Norwegii (wykonawcy badań terenowych: A. Anczyk, H. Grzymała-Moszczyńska, A. Krzysztof-Świdorska). W badaniu zastosowano metodę jakościową, w wywiadzie zastosowano Wywiad Ukształtowania Kulturowego (Cultural Formulation Interview), zaczerpnięty z piątej edycji *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych* wydawanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, DSM-5 (APA 2013; APA 2018). Formularz wywiadu był podstawą do przeprowadzenia poszerzonego, częściowo ustrukturyzowanego wywiadu z respondentami. Zebrany w ten sposób materiał zawierał informacje dotyczące migracyjnej historii respondentów, ich doświadczeń z norweskim systemem zdrowia; podobieństw i różnic w postrzeganiu przez nich polskiej i norweskiej służby zdrowia, oczekiwań Polaków wobec norweskiej opieki medycznej, unikania i/bądź rezygnacji z jej usług – zwłaszcza w zakresie zdrowia psychicznego, a także wykorzystania lokalnej siatki wsparcia społecznego. Analizę wywiadów wykonano przy pomocy CAQDAS (MaxQda) i część jej rezultatów – odnoszących się do poruszanych pytań badawczych – przedstawiono w niniejszym artykule.

Badaniem objęto 20 polskich migrantów i migrantek mieszkających na terenie Østlandet przy zastosowaniu zróżnicowanych metod doboru uczestników (snowballing, kontakt z organizacjami polonijnymi, rekrutacja na spotkaniu po polskiej mszy w kościele w Oslo) po spełnieniu warunków wstępnych, takich jak: wystarczająco długi pobyt w Norwegii (powyżej dwóch lat), uprzedni kontakt(y) z norweską służbą zdrowia (przynajmniej jeden formalny kontakt – okazjonalny bądź przedłużony (np. hospitalizacja, uzyskanie diagnozy, fizjoterapia czy psychoterapia).

Pozyskany materiał badawczy uznano za wystarczające źródło informacji dla dalszych analiz jakościowych w obrębie próby, ze względu na pilotażowy charakter projektu. Jak podkreśla Creswell proces badawczy w badaniach jakościowych dopiero się wyłania, co „oznacza, że pierwotny plan nie musi być ściśle sprecyzowany, wszystkie fazy procesu mogą się jeszcze zmienić lub przesunąć, gdy autor przystąpi do pracy i zacznie zbierać dane” (Creswell 2013: 191). Przyjęta w tej pracy metoda analizy danych podąża za ideą przewodnią badań jakościowych, jaką jest „wykorzystanie w jak

Dane próby (n=20)

Płeć	Wiek	Długość pobytu w Norwegii	Wykształcenie	Zawód wykonywany w Norwegii	Rodzina
Kobieta: 12 Mężczyzna: 8	29 – 63 lat Średnia: 42 lata Mediana: 40 lat.	Średnia: 9 lat Mediana: 10 lat	Zawodowe: 4 Średnie: 5 Wyższe: 11	Pracownicy fizyczni: 12 Pracownicy biurowi i inne: 8	Zamężna/ Żonaty/Partner/ka: 16 Bez partnera/ki: 4 Posiada dzieci: 18

największym stopniu wiedzy uzyskanej od samych uczestników” (Creswell 2013:191). Interpretacyjna Analiza Fenomenologiczna (IPA) użyta na potrzeby niniejszego opracowania odwołuje się do zasad analizy danych, skupiając się na tym, jak dana jednostka doświadcza i opisuje swoje indywidualne doświadczenia, szczególnie w zakresie kwestii, które są przedmiotem analizy (Pietkiewicz, Smith 2012).

Analiza wyników

1. Organizacja wyjazdu

Wielokrotne czytanie i porównywanie wywiadów między sobą umożliwiło wyodrębnienie najważniejszych tematów oraz podtematów zgodnie z metodą IPA (Pietkiewicz, Smith 2012). Z racji kolejności poruszanych zagadnień pierwszy wytonił się wątek organizacji wyjazdu czy radzenia sobie z samą sytuacją migracji, który ma dla nas tutaj znaczenie, ponieważ mówi niejako o sytuacji „wyjściowej” respondentów, pokazując również kontekst migracyjny próby badawczej. Prawie wszystkie opowieści z wywiadów potwierdzają dobre przystosowanie badanej grupy migrantów do sytuacji:

no to mi złożył propozycję: albo będziemy rodziną albo to się rozleci, bo to na odległość – miłość, związek – to nie ma sensu... Decyzja była z dnia na dzień po prostu. Ja cały czas pracuję... ja tylko pół roku byłam bez pracy... najpierw język, trzeba się trochę pouczyć, później szukać w przepisach: co komu przysługuje, a ja zawsze taka byłam, że najpierw czytam to, co ja mogę mieć, a później dopiero, co mogę dać pracodawcy. I tak samo było tutaj. (K37)

Jeszcze w międzyczasie, na 2 roku studiów wyjechałam do Norwegii, pracowałam jako au pair, dużo się nauczyłam języka. Ale znając niemiecki nie jest trudno się nauczyć norweskiego. (K 37)

Ja się uczyłem [języka] jeszcze w Polsce, przed wyjazdem. To było takie zorganizowane, ten wyjazd był taki zorganizowany, nie było to takie ad hoc...ten pierwszy okres pobytu łączył się z tym, że ja nie musiałem korzystać ze służby zdrowia. To się dopiero po kilku latach, chyba po czterech czy po pięciu latach pojawił problem. (M 60)

No dobrze, wezmę urlop roczny, pojadę, zobaczę. No więc rzeczywiście te pierwsze miesiące były odpoczynkiem. Inne tempo. Ci ludzie nigdy się nie spieszą. Zadowoleni, wszyscy siebie pozdrawiają, nad samym morzem... no w ogóle bajka. Poszłam do szkoły, uczyłam się języka, inwestowałam w siebie... no super. Dobrze, zostaję. (K 43)

I sobie tak na początku myślałam, że to jest nierealne, a później się okazało, że przecież wszystko jest w zasięgu mojej ręki. Samoloty latają, bez problemu mogę wziąć dziekankę. I tak zrobiłam, wzięłam dziekankę, nagrałam sobie tak wstępnie pracę, poznałam takiego chłopaka przez internet, który był pół-Polakiem, pół-Norwegiem, i pozwolili mi z mamą zamieszkać u nich na tydzień, później musieli jechać do Polski więc też musiałam się stamtąd wynieść, ale mogłam przez ten czas szukać pracy. (K 32)

I nie wiem, ile miałam, dwa, trzy tysiące koron w kieszeni, może i nie. Znalazłam sobie mieszkanie... znaczy, gdzieś tam pokój, i... i co, i przetrwałam. [śmiech] (K 35).

Wyjątek stanowi sytuacja opisana w jednym z wywiadów, gdzie migracja nałożyła się na występujące już poprzednio problemy rodzinne. Natomiast należy podkreślić, że mimo znacznych trudności osoba starała się poradzić sobie z sytuacją.

No wiadomo... ciężko było to przeżyć, ale musiałam to ogarnąć i tak... po prostu... tak jak powiedziały [osoby z norweskiej opieki społecznej], tak musiałam zrobić. Więc córkę wzięłam do siebie, no syn już się wyprowadził. (K 43)

Na pierwszy plan wysunęły się czynniki osobowościowe predysponujące do zorganizowania wyjazdu – poczucie sprawstwa i samokontroli, a także wola przystosowania się do nowych warunków.

2. Relacje ze służbą zdrowia

W odniesieniu do zasadniczego celu badania, a więc relacji polskich migrantów z norweską służbą zdrowia, analiza wypowiedzi respondentów pozwoliła na wyodrębnienie czterech głównych tematów przewodnich: [1] „słabych i silnych stron systemu” oraz [2] „słabych i silnych stron personelu” a także – i w konsekwencji – dwóch strategii radzenia sobie z sytuacją konieczności korzystania z opieki zdrowotnej: [3] „nigdzie nie znajduję lepszej pomocy” *versus* [4] „będę leczył się w Polsce” albo „tylko Polacy będą moimi lekarzami”.

Owe główne tematy były powiązane w pozytywny sposób z kolejnymi podtematami „system działa bez zarzutu”, „lepszych lekarzy nigdzie nie znajduję”. Podtematy wyrażające krytycyzm można streścić w sformułowaniach: „nie mogłem/łam uzyskać

skierowania do specjalisty”, „musiałem/łam się naczekać na skierowanie”, „mają za mało specjalistów”, „ich lekarze są niekompetentni”, „traktują nas jak powietrze”.

Choć w wypowiedziach respondentów oba główne tematy były ze sobą ściśle powiązane, ich pogłębiona fenomenologiczna analiza sugeruje potraktowanie ich w rozłączny sposób, ponieważ – co zostanie dalej przedstawione – czym innym jest wiedza badanych o systemie norweskiej służby zdrowia i merytoryczna jej ocena, dokonana w oparciu na swoich doświadczeniach, a czym innym (bez)krytycyzm wynikający z działania uprzedzeń kulturowych wyrażonych przykładowo w nastawieniu do farmakoterapii. Jak stwierdziła jedna z badanych:

Bynajmniej nasza mentalność z Polski jest inna i tutaj ta opieka medyczna jest inna, więc ciężko się dopasować nam, Polakom, którzy mają takie doświadczenia z Polski do tutaj do tych. Jeżeli mówimy o dzieciach, to u nas w Polsce idzie dziecko przeziębione z mamą do lekarza, lekarz od razu przepisuje antybiotyk. (K37)

3. Ocena państwowej służby zdrowia

Ocena norweskiej służby zdrowia wśród respondentów miała charakter z jednej strony „spersonalizowany”, tzn. system był oceniany poprzez funkcjonowanie swoich przedstawicieli, z drugiej zaś wspomniano o aspektach administracyjno-organizacyjnych (na pierwszy plan wysunęły się zaś opinie o usługach pierwszego kontaktu – lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej). Na tę ocenę w zdecydowanym stopniu wpływała zarówno percepcja ludzkich cech personelu medycznego („sympatyczne/miłe osoby”), jak i jakość relacji lekarz-pacjent („kompetentny – troszczący się”). Przykładowo badani na pytanie czy są zadowoleni z lekarzy odpowiadali:

Tak, bardzo. Bo ktoś mi ją polecił, i... bo tu się dostaje lekarza takiego z przydziału, ale można go zmienić. I ja właśnie od razu zmieniłam na tą poleconą, tę Annikę, i ona jest właśnie... że tak powiem, hojna jeśli chodzi o badania. Wystarczy tylko nazwać jej jakiś problem, coś, i ona bez problemu daje skierowanie. (K 33)

Pozytywne doświadczenia (4 respondentów) związane były głównie z otrzymaniem fachowej pomocy i ciepłym potraktowaniem przez lekarzy (Norwegów, Polaków, czy też innej narodowości). Przy czym, im większy był kontrast z doświadczeniami z Polski, tym bardziej entuzjastycznie przedstawiała się ocena norweskich lekarzy, jak i tamtejszej służby zdrowia:

No, to jest Norweżka, bardzo miła kobita, i ona jest... aż za dobra. Żadna Polka taka nie jest, jak ona. Także jest bardzo dobra. Wszystko co powiem, to od razu mi załatwia od ręki. Takie rzeczy jak prześwietlenia, czy tam coś tam... do jakiegoś specjalisty czy coś, to od razu. (M 63)

Skrajnie negatywne opinie o norweskiej służbie zdrowia były zdecydowanie rzadsze (2 respondentów). Te skrajne opinie wyrażały poczucie krzywdy, a konkretnie bycia

lekceważonym przez lekarza, kiedy przekładał umówione spotkanie, nie kierował do innego specjalisty, bądź wyglądał na mało kompetentnego w danej sprawie, ale nie chciał uwzględnić uwag czy wątpliwości pacjenta, np.:

W ogóle żadnego zainteresowania pacjentem, ani w szpitalu, ani od lekarzy pierwszego kontaktu. (K 54)

[fastlege] Norweg nie chodzę, no bo po co, ja miałem dwukrotne doświadczenie to takie doświadczenia człowieka zdarzają; panią by to na pewno zraziło na pewno mówię, że nie, ale jest jakiś problem natury medycznej, z którym nie mogę sobie poradzić to cztery konsultacje wyjazd do Polski. (M 54)

Spośród 20 respondentów i respondentek biorących udział w badaniu 14 miało niejednoznaczny stosunek do norweskiego systemu opieki zdrowotnej, dostrzegali zarówno pozytywne, jak i negatywne strony, a czasem wyrażali niezdecydowanie, np.:

A tutaj niestety nie. Znaczy, niestety, ja jestem... mogę powiedzieć, że stety. Nie. Ja jestem zadowolona. (K37)

Cztery osoby wypowiedziały się o niej raczej w sposób entuzjastyczny.

I naprawdę mam wspaniałego lekarza, nie mogę na niego narzekać. Naprawdę, Norwedy lekarze, są... potrafią pomagać. (K 43)

Jestem zadowolona, są bardzo profesjonalni, bardzo mili, nastawieni do pacjenta... miło nastawieni do pacjenta. (K 32)

Dwie osoby wypowiedziały się wyłącznie w negatywny sposób, dla przykładu:

(Badacz)... pięć lat to długo i rozumiem, że zdarzało się panu korzystać z norweskiej służby zdrowia... Osoba badana: – z tragicznym skutkiem tak. (M 54)

16 respondentów przyznało, że przynajmniej raz podczas pobytu w Norwegii korzystało z usług polskich lekarzy, podróżowało do Polski w celu skorzystania tam z usług medycznych, bądź weźmie to pod uwagę, gdyby w przyszłości potrzebowali pomocy medycznej.

No i byłem w Polsce i mi zrobili. Także... tu mówił ten lekarz, że oni takich rzeczy nie robili, a jak robili, to nigdy się nie udawały. (M 63)

Czuję się pewniej, jeżeli pojedę do Polski, zrobię to w Polsce. (M 60)

W przypadku wyjazdu do Polski w celu podreperowania zdrowia w grę jeszcze wchodzi czynniki ekonomiczne. Jeden z badanych mówi wprost i postuluje się przy tym konkretnym przykładem, a także podaje szczegółowe wyliczenia.

Bo naprawdę ceny są zaporowe. Jeśli ja słyszałem teraz, że cena założenia aparatu korekcyjnego na zęby to jest, tak słyszałem od Norwegów, w granicach osiemdziesiąt tysięcy koron w okresie dwóch lat, to jest czterdzieści tysięcy złotych. No to, jeśli człowiek kupi bilet z RyanAira, Wizzaira, czy innej taniej linii lotniczej do Polski z wyprzedzeniem i załatwi sobie, przykładowo, tego dentystę w Gdańsku, no to zapłaci może połowę tej kwoty wliczając w to samolot, hotel, jakiś, wiadomo, trzygwiazdkowy, założymy, i plus jeszcze sobie będzie mógł zrobić zakupy tańsze w Polsce i na granicy czy tam lotnisku, będzie mógł sobie zrobić zakupy też bezcłowe. (M 29)

Jak wspomniano większość badanych (14) miało niejednoznaczny stosunek do norweskiej służby zdrowia (widzieli zarówno dobre i złe strony). Spośród pozytywnych aspektów wymieniano nowoczesny sprzęt medyczny oraz wyposażenie, komfortową atmosferę, poczucie wsparcia, dobre doświadczenia z lekarzami, dobrą organizację i sprawną informatyzację.

Dlatego, że było to wszystko bardzo dobrze zorganizowane. Już bardziej topatologicznie się nie dało do tego... jakby z ich strony do pacjenta podejść. Bo jakby wysyłają Ci list, z informacją, z datą, godziną, miejscem, mapą, wysyłają ci nawet informacje jak będzie cała procedura wyglądała, przed operacją, dzień przed operacją, minuty... Mój Boże, rozpisane jest niemal co do minuty jak to będzie wyglądało (...) Pielęgniarki do rany przyłoż. Naprawdę mega pomocne i na każde pytanie były w stanie odpowiedzieć, pomóc. (K35)

Opinie krytyczne dotyczyły zarówno systemowego funkcjonowania opieki zdrowotnej:

no i to jest porażka norweska, bo w Polsce tak jest jak jest ale się pani dodzwoni jak jest tak jest ale jest to bezpłatne może pani poczeka ale jakoś to działa natomiast tutaj ojej to jest okropne to jest niewiarygodne z czym się spotkałem będąc tam kilka godzin może pięć sześć czekałem na swoją kolejkę. (M 54)

oraz działań poszczególnych lekarzy, zwłaszcza w aspekcie skierowań do specjalisty (a raczej ich braku):

Taki lekarz ma dawać zwolnienia i skierowywać do specjalisty. Ja tak na to patrzę. (M 40)

Jeżeli ja nie dostaję skierowań do specjalisty w momencie kiedy one są, moim zdaniem, niezbędne, a on jedyne co może tak naprawdę zrobić, to może to odwlec.... I jeżeli to faktycznie będzie wyglądać w ten sposób, to [żona] sama stwierdziła, że trzeba po prostu zmienić lekarza, bo ten człowiek nie przestanie... (M 40)

Z analizy wypowiedzi wynika, że dostrzegane przez migrantów systemowe mankamenty służby zdrowia koncentrowały się na umieszczeniu w jej „centrum” lekarzy pierwszego kontaktu, których postrzegany subiektywnie brak umiejętności diagnostycznych i domniemany brak profesjonalizmu w podejściu do pacjenta odbierany

był zarówno jako znak „zawodowej omnipotencji”, jak i przejaw specyfiki podejścia do obcokrajowców. Przykładowo jedna z badanych stwierdziła:

Opiekę mają ogólną. Czyli nie mają jakiejś specjalistycznej opieki ani nic. Potrafią jakieś tam podstawowe rzeczy ogarnąć i to wszystko. Jeżeli widzą, że jest potrzeba konsultacji, no to wysyłają do specjalisty. (K37)

Natomiast inna zauważyła:

Ja po prostu no właśnie, no nie byłam przygotowana na to, że to są takie bariery, że właśnie, po prostu nie ma specjalistów, nie ma... Tą rolę lekarza, podstawowego lekarza, spełnia lekarza rodzinny i on rozwiązuje głównie problemy. (K 41)

Więc ja posłałam [do lekarza] z takim lekkim sceptycyzmem, myślę nie dość, że Polka przyjechała, to jeszcze chce wykorzystać system. A często tak było, że jak tam u jakichś specjalistów byłam, to był taki... dało się wyczuć. (K 43)

Norweski system opieki zdrowotnej w odczuciu badanych nie tylko jest zbyt uzależniony od lekarzy pierwszego kontaktu, którzy według wielu naszych respondentów dzielą się na „dobrych” i „złych” w zależności od tego np. czy dają skierowania do specjalistów czy nie. Brakuje w tym systemie wystarczającej liczby lekarzy specjalistów – co można potraktować jako efekt sprzężenia zwrotnego. I tak na przykład jeden z badanych stwierdza:

Tak znać się to oni się słabo znają, jako lekarze. Nie ma takich specjalistów, jak u nas, w Polsce. Także... u nas lepsi specjaliści są, z tym że tu mają lepsze... jak to mówią, sprzęt. No bo są bogatsi. Oni się dopiero uczą. Na błędach się uczą. (M 63)

Część respondentów wspomniało w tym kontekście o braku zaufania do norweskich lekarzy pierwszego kontaktu. Przykładowo:

Dwa czy trzy razy miałem taką sytuację, kiedy nasz polski lekarz rodzinny był gdzieś na wyjeździe i wtedy trzeba było pójść do tej samej placówki, ale do lekarza norweskiego lub jakiegoś tam innego, który mówił po angielsku. Więc nie wiem, trudno mi jest powiedzieć, czy to było takie spłykanie po prostu, bo jesteśmy obcokrajowcami, czy po prostu brak komunikacji sprawiał, że chcieli jak najszybciej sprawę załatwić. (M 39)

Niektórzy podkreślali, że norweski system opieki medycznej lepiej dbałby o migrantów, gdyby korzystał z usług polskich lekarzy, których zatrudnia u siebie, w świadczeniu usług Polakom. O podobnych odczuciach polskich migrantów w Norwegii donosiły wcześniejsze badania (Czapka 2010; Czapka, Sagbakken 2016; Gmaj 2018).

Szukanie pomocy medycznej przez badanych migrantów poza Norwegią (8 respondentów) było najczęściej motywowane kwestiami finansowymi oraz poczuciem bezpieczeństwa, wynikającym głównie z braku barier językowych. I tak badany argumentuje:

...jest tak że służba zdrowia prywatna w Norwegii jest bardzo droga... W Polsce jest to... dostęp do usług medycznych prywatnych jest zdecydowanie łatwiejszy. (M 32)

A inna badana nadmienia:

Moim zdaniem to jest tylko i wyłącznie język. Ale, znaczy, to tak, nie wiem, może w 87% będzie język, bo wiem też, że mnie na przykład jest łatwiej. (K 35)

Owe „medyczne wyjazdy” do Polski dotyczyły najczęściej usług stomatologicznych, okulistycznych, ginekologicznych, rehabilitacyjnych – i jak pokazują wcześniejsze studia (Czapka 2010; Czapka i Sagbakken 2016; Gmaj 2018) – nie są ani zjawiskiem nowym, ani charakterystycznym wyłącznie dla grupy polskich migrantów. Warto natomiast podkreślić, że to norwescy lekarze umożliwiali niekiedy te konsultacje medyczne (szczególnie stomatologiczne) w Polsce, a co za tym idzie, były one przez polski NFZ traktowane jako odpłatne wizyty konsultacyjne oferowane cudzoziemcowi.

Mając takie zezwolenie z tutejszego Funduszu Zdrowia, dla nich to jest korzystne, bo automatycznie wysyłają fakturę i ta faktura jest zwracana, a z kolei koszt leczenia w Polsce jest niższy niż w Norwegii – oni też chętnie na to przystąpili. (M 60)

W sytuacji, gdy wizyta w Polsce była realizowana przez polskiego pacjenta bez skierowania od lekarza norweskiego, to była ona odpłatna i mimo tego stanowiła część działań migrantów budujących ich poczucie bezpieczeństwa w obliczu potrzeby szybkiej i wrażliwej kulturowo konsultacji medycznej niedostępnej w Norwegii. I tak badani podają:

pomijam język, ale mnie jest łatwiej powiedzieć, no wie pani, jak jest w Polsce. Czy tam właśnie, ten przykładowy wachlarz ochronny, że wysyłają, przypominają. (K 35)

Ja nie wiem czy oni nie mają wiedzy, tylko oni patrzą z perspektywy tutaj ludzi Skandynawii. Tutaj ich mentalności, kultury, ich oczekiwań. My mamy zupełnie inny, wyrosliśmy z zupełnie innej kultury, z innym temperamentem, z innymi oczekiwaniami dotarcia do nas, więc oni leczą ze swojej perspektywy. (K 43)

4. Ocena kompetencji kulturowych lekarzy

Analiza wypowiedzi badanych respondentów pod kątem oceny z ich strony kompetencji kulturowych lekarzy ujawniła ciekawy mechanizm atrybucji. Z jednej strony, polscy migranci wykazywali się zrozumieniem różnic kulturowych w podejściu norweskich lekarzy do takich zagadnień jak rozumienie ciąży (stan fizjologiczny a nie chorobowy), szukanie stabilności emocjonalnej poprzez kontakt z naturą, czy przyznawanie większej odpowiedzialności za swoje leczenie chorującym dzieciom. Przykładowo mówili:

Dla mnie to są ciągle jeszcze wikindzy [sic – dop. aut.]. Oni stawiają na to, że organizm sam ma walczyć. Z jednej strony może to jest dobrze, bo rzeczywiście w Polsce te antybiotyki są nadużywane. Ale to jest znowuż skrajność. Tak jak ciężę prowadziła mi, całą ciężę, położna, ja byłam w szoku, ani razu nie widziałam lekarza. (K 43)

Niekoniecznie oznaczało to pełną ich afirmację ze strony badanych, ale w wypowiedziach respondentów nie było „widać” wrogości. Z drugiej jednak strony, za przejaw braku kompetencji czy lekceważenia ze strony lekarzy polscy migranci uznawali ich podejście do środków przeciwbólowych.

Z lekarzami również miałem kontakt tutaj, z tymi moimi plecami, i oni mają taką tendencję, że jeżeli jest coś, boli albo jest pani na coś chora, na cokolwiek, do dadzą trzy dni zwolnienia, paracetamol, i każą pić dużo wody. I to się dzieje bardzo często, niezależnie od stanu pacjenta. (M 40)

Dzięki fenomenologicznej analizie ich wypowiedzi można było ustalić dwa wzorce reakcji: (1) „faszerują nas środkami przeciwbólowymi” oraz (2) „nie dają nam lekarstw ani skierowań na badania czy do specjalistów, kiedy ich potrzebujemy”. I tak w najbardziej skrajnym przypadku badany podaje:

wybaczy pani jeżeli lekarz pisze paracetamol z apteki i przepraszam ze stacji benzynowej i coca-colę no no może to pomaga nie wiem ale znając tyle przypadków paracetamolu i coca-coli no raczej nie no okej taki to ma. (M 54).

Spojrzenie na reakcje badanych w szerszym kontekście społecznym pozwala dostrzec w tej kwestii znaczące różnice kulturowe w podejściu do farmakoterapii i rozumienia choroby. Polscy migranci wyrażali swoją niechęć do praktyk medycznych lekarzy norweskich głównie na dwa sposoby: (a) „chcą nas leczyć ze wszystkiego paracetamolem” – a więc ich zdaniem – „wymyślamy sobie chorobę” oraz (b) „trzeba na nich wymusić skierowania/antybiotyki” bo – ich zdaniem – „nie jesteśmy jeszcze chorzy”. W opinii polskich migrantów norwescy lekarze nie traktowali ich dolegliwości poważnie, bo „lekarstwem” na wszystkie zgłaszane dolegliwości były środki przeciwbólowe – wśród których „królował” paracetamol. Poza tym mieli oni poczucie, że zachęty ze strony lekarzy do picia coca-coli czy zwykłej wody były nie tylko przejawem niekompetencji, ale i pobłażliwego traktowania. Z kolei przyjscie do lekarza dopiero z gorączką i/bądź objawami grypy w celu przepisania antybiotyku, wiązało się w ich mniemaniu z wymuszeniem na lekarzu skierowania na badania czy recepty. Jedna z osób badanych podkreśla:

Polacy sami lepiej wiedzą czasem niż lekarz, co im dolega, ale że jest takie właśnie większe jak gdyby zainteresowanie, jak gdyby takie większe pole manewru. Że, no, nie wiem, tutaj się pójdzie i na wszystko Ci dadzą [parafen?], tak. Czyli paracetamol. I obojętnie, czy ma się gorączkę, czy... no, cokolwiek. Jakby, wiesz co dostaniesz, tak. (K 35)

Respondenci mieli świadomość, że Norwegowie nie patrzą na zdrowie i chorobę w ramach kategorii wykluczających się (albo zdrowy albo chory), ale bardziej rozłożonych na kontinuum („częściowo chory/zdrowy”). Przykładowo:

Tutaj katar nie jest chorobą... Tu nikomu nie przeszkadza w przedszkolach, tak jak widzę. Chodzi to chodzi. Tam od czasu do czasu jakaś opiekunka wytrze jak już ten. No czasami są dzieci, że poprzysychane na zielono...To nie jest ani zaraźliwe, ani nie wiadomo jak szkodzi na zdrowie, tak że...przyszło to i pójdzie. A u nas w Polsce, no to mówię, takie jest doświadczenie, że zaraz nie wiadomo jakiś pakiet leków i dziecko siedzi w domu i jest szprycowane chemią i zero odporności, zero niczego, pójdzie, po trzech dniach znowu jest przeziębione albo chore, tak. (K 37)

Przy czym, w opisywanych badaniach wielu Polaków wykazuje samoświadomość w zakresie faktu, że ogólnie Polacy częściej niż Norwegowie sięgają po antybiotyki, a także środki przeciwbólowe.

Oni [Norwegowie] stawiają na to, że organizm sam ma walczyć. Z jednej strony może to jest dobrze, bo rzeczywiście w Polsce te antybiotyki są nadużywane. (K 43)

No to paracetamol, gdyby objawy się przedłużały dłużej niż trzy dni na wzmocnienie organizmu – to jest jedyny lek, który działa na wszystko, bo wszyscy się śmieją, że paracetamol to jest lek na wszystko w Norwegii. Ale nie są w stanie zrozumieć, że u nas w Polsce wszystkie leki pośrednie zawierają jakąś ilość paracetamolu przecież a tutaj się dostaje stuprocentowy. (K 37)

Brak należytych kompetencji kulturowych norweskiej służby zdrowia podkreślany był również w kontekście – nieadekwatnych zdaniem badanych – reakcji na takie zdarzenia losowe, jak np. poronienie. Przykładowo badana podaje:

Ale tu jest też inne podejście do ciąży jako takiej. Po prostu dla mnie też to było trochę szokujące na początku, mimo że tu aborcja jest przecież dopuszczona i to naprawdę do dość, że tak powiem, wysokiej ciąży... (K 41)

Polscy migranci doszukują się tutaj „braku empatii” ze strony personelu medycznego z powodu różnic światopoglądowych w rozumieniu kwestii egzystencjalnych. Ów dystans tłumaczą sobie najczęściej brakiem zrozumienia ich wiary religijnej przez lekarzy, którzy albo sami są niewierzący, albo nie podzielają katolickiego spojrzenia na te kwestie. Inna badana mówi wprost:

No to tutaj podejście... no to nie jest kraj katolicki, więc oni inaczej uważają okresy ciążowe niż my. Dla nas dziecko jest od pierwszego dnia poczęcia, tak? (K 37)

Problematyczne wydaje się ocenianie postawy norweskich lekarzy (czy w tym względzie jakichkolwiek lekarzy), opornych na żądania silniejszej farmakoterapii

i licznych skierowań, brakiem wrażliwości kulturowej, ponieważ to sami pacjenci czasem doprowadzają do medykalizacji i psychiatryzacji swoich problemów egzystencjalnych. Taka postawa pojawiła się w badaniach:

No, czytałem, nie? A jak obustronne, to po prostu rurki się zawężają i masz problem, na przykład, żeby połknąć coś. Nawet... Miałam coś takiego, że w gardle mnie drapie, czy bułki nie umiałem zjeść, czy pączka. I do lekarza. I mówię, że antybiotyk. Bo miałem to samo kiedyś w Polsce i antybiotyk... Przeszło od razu. (K 42)

Jednocześnie pojawiły się stwierdzenia, że Norwedzy bardziej polegają na naturalnych zasobach pokonywania dystresu (poprzez kontakt z naturą, dietę itp.) i większej samokontroli niż czynią to Polacy.

Ludzie [w Norwegii], jak sobie ktoś żyje w zgodzie z naturą, to dożywa takiej pogodnej... tego wieku późniejszego. (M 60)

Norwegowie dbają o to wszystko, o środowisko. Jakby, czują się tego częścią. To jest takie fajne, że Norwegowie jakby czują, że oni są tą częścią natury i trzeba ją szanować. (K 32)

Przy czym wielu badanych podkreśla zmianę swojej postawy, związaną z dłuższym pobytem w Norwegii.

ja to dopiero tak naprawdę zrozumiałem po kilku latach życia w Norwegii, że jest taki właśnie ten... taki ten tryb życia wolniejszy, czas troszkę inaczej płynie, ale ludzie właśnie korzystają z tego, co mają i z tego, że warto żyć, nie? I być właśnie... I żyć w zgodzie z naturą. To jest też fajne, że bardzo dbają o siebie. (M 29)

Złożoność problemu uwidacznia przykład jednej badanej, która miała problem skórny i poszła do lekarza oczekując mocnego, efektywnego i szybko działającego środka, natomiast otrzymała receptę zalecającą okładanie zmienionego chorobowo miejsca skórą od banana przez okres kilku tygodni. Respondentka miała świadomość korzystnego działania tego domowego specyfiku na problemy skórne, co więcej interpretowała zalecenie jako zdrowsze i bardziej wskazane, jednak wydawała się zawiedziona tym faktem, gdyż nie do końca otrzymała to, czego oczekiwała. Skomentowała to mówiąc, że jedynie w Norwegii człowiek może optać „receptowe” i dostać podstemplowany kwit na skórę od banana.

Wydaje się zatem, że postawa migrantów zależy nie tylko od tego, jakie mają osobiste, konkretne doświadczenia, ale też od czasu pobytu w Norwegii w momencie badania. Osoby badane w opisywanej analizie mieszkają w Norwegii 5 lat (3 osoby), a z reguły 10 lat i więcej (10 osób) i same podają, że pewne refleksje i zmiany przychodzą po czasie (vide Tabela nr 1).

O różnicach kulturowych w tym zakresie szeroko wypowiadają się sami badani:

To jest takie fajne, że Norwegowie jakby czują, że oni są tą częścią natury i trzeba ją szanować... Jeśli chodzi o rodzinę, w Polsce z kolei można powiedzieć na plus mamy

w rodzinie. Bo mamy bardziej zażyłe te kontakty, pielęgnujemy je, bardziej ufamy sobie też, w rodzinie, i czujemy, że to jest też część naszego... jakiegoś... stada. A w Norwegii to jest bardziej rozczłonkowane, oni są bardziej takimi indywidualistami... W Norwegii też bardzo inne jest podejście do znajomych, do przyjaciół. Wydaje mi się, że w Norwegii też ludzie nie mają tak dużo przyjaciół. (K 32)

Bynajmniej nasza mentalność z Polski jest inna i tutaj ta opieka medyczna jest inna, więc ciężko się dopasować nam, Polakom, którzy mają takie doświadczenia z Polski do tutaj do tych. (K 37)

5. Szukanie pomocy na poziomie wspólnot lokalnych

Podobnie jak w innych badaniach analiza odpowiedzi rozmówców pod kątem korzystania bądź poszukiwania innych źródeł wsparcia w sytuacji dystresu niż pomoc lekarza ujawniła, że najczęściej (15 badanych) były nimi rodzina i grupy przyjaciół, następnie (9) wspólnoty religijne (dla 5 respondentów były to parafie katolickie, dla 4 – wspólnota świadków Jehowy). Wyniki tych badań, zgodnie zresztą z wcześniejszymi ustaleniami (Gmaj 2018) pokazują, że istotne znaczenie dla polskich migrantów w Norwegii ma system wsparcia związany ze wspólnotami religijnymi. Ograniczeniem omawianego badania jest jednak specyfika doboru grupy, która w większości (16 osób) została zrekrutowana z pomocą lokalnych parafii katolickich oraz kontakty w społeczności świadków Jehowy. Konieczne byłoby sprawdzenie czy podobne prawidłowości pojawiają się w odniesieniu do grupy wyodrębnionej poza wspólnotami religijnymi. Jak stwierdza jeden z badanych świadków Jehowy:

Spółeczność religijna, o, tak. Czyli społeczność, w której jesteśmy. Gdyby to był klub gry w golfa Polaków, no to można powiedzieć, że grupa, w której ja się tam obracam mi pomaga. Chodzi o grupę Polaków zrzeszoną w jakiejś małej społeczności, kole zainteresowania, zborze, czy cele religijne czy jakieś inne, ale rodacy. Język i wspólny cel, który nas łączy. I człowiek w tej grupie szuka wsparcia, tak mi się wydaje. (M 39)

Dyskusja wyników i możliwości dalszych badań

Z przedstawionych w niniejszym artykule analiz wynika, że polscy migranci w Norwegii w większości mają zróżnicowany stosunek do tamtejszego systemu opieki zdrowotnej – dostrzegają jego pozytywne, ale też (częściej) słabe strony. Podobnie jak we wcześniejszych badaniach (Czapka i Sagbakken 2016; Gmaj 2018), skarżą się na złe doświadczenia z norweskimi lekarzami, na mniejsze zaufanie do „obcych” lekarzy czy szerzej norweskiej służby zdrowia pojmowanej systemowo (mała liczba specjalistów i skierowań na badania specjalistyczne, obsługa i funkcjonowanie *legevakt*). Powracają te same motywy z szukaniem tzw. „etnicznych usług” (Gmaj 2018) – w tym

wypadku pomocy ze strony polskich lekarzy czy pielęgniarek zatrudnionych w Norwegii, bądź wyjazd do Polski w celach medycznych. Obie strategie uzasadniane są w podobny sposób: brakiem barier językowych, zaufaniem do kompetencji lekarzy w Polsce czy – w przypadku medycznego *outsourcingu* w Polsce – powodów ekonomicznych. Należy tutaj nadmienić, że polscy migranci często korzystają w Polsce z prywatnej służby zdrowia, mogąc sobie pozwolić na opłacenie takich świadczeń z norweskich pensji. W przyszłych badaniach warto byłoby poruszyć ten wątek – zmiany postrzegania polskiej służby zdrowia na przestrzeni czasu i w zależności od rodzaju usług, z których się korzysta. Doświadczenie publicznej służby zdrowia w Polsce, czy to w materii wielomiesięcznego oczekiwania na wizytę specjalistyczną, czy w kontakcie lekarz-pacjent, który może być ograniczony do kwadransa przeznaczanego na jedną osobę w ramach NFZ, jest niewątpliwie jakościowo odmienne od wizyty prywatnej czy w ramach dodatkowego pakietu ubezpieczeniowego. Planując przyszłe projekty warto również uwzględnić zróżnicowanie kontekstu doświadczeń medycznych w obu krajach: służba zdrowia może mieć różne oblicza i równie zróżnicowane mogą być jej oceny, w zależności czy korzysta się z POZ, lecznictwa ambulatoryjnego, zabiegowego, szpitalnego, sanatoryjnego etc. Możliwe, że w przypadku polonii norweskiej adaptacja do tamtejszego systemu jest zróżnicowana także w zależności od danej usługi. W tym kontekście interesująca wydaje się obserwacja „norweskich paradoksów” Niny Witoszek: „Norwegia ma więcej łóżek szpitalnych na mieszkańca niż jakikolwiek inny kraj, jednak kolejki do nich stale rosną i pacjentów często umieszcza się na korytarzach” (Witoszek, 2017: 22). Ciekawe byłoby sprawdzenie, jak tego rodzaju problemy, ze względu na ich istotność zapewne żywo przez Norwegów dyskutowane, odzwierciedlają się w narracjach polskich migrantów.

Pojawiające się w materiale krytyczne oceny norweskiego systemu opieki zdrowotnej wynikają także z innego miejsca, jakie zajmuje w niej lekarz pierwszego kontaktu w porównaniu do lekarza rodzinnego w Polsce. W opinii badanych respondentów lekarze rodzinni w Polsce są bardziej kompetentni, ale równocześnie „znają swoje miejsce” w systemie. Norwescy lekarze pierwszego kontaktu postrzegani są natomiast przez polskich migrantów jako nie do końca kompetentni, a równocześnie „pozuający na omnipotentnych”. Zdaniem badanych postawa ta przejawia się w sytuacji, gdy norweski lekarz pierwszego kontaktu odmawia skierowania pacjenta do specjalisty, sugerując czekanie na dalszy rozwój sytuacji chorobowej lub wyrażając przekonanie, że stan zdrowia pacjenta tego nie wymaga. To zróżnicowanie może mieć swoje podłoże systemowo-organizacyjne: zakres kompetencji lekarza pierwszego kontaktu wydaje się szerszy w Norwegii niż w Polsce (także pod kątem finansowania, np. kontrakty dla lekarzy rodzinnych na badania specjalistyczne). Wydaje się również, że nie bez znaczenia dla krytycznej oceny przez polskich migrantów norweskiego systemu zdrowia publicznego jest dwukrotnie mniejsze u Polaków w porównaniu do Norwegów zaufanie do instytucji społecznych (Ortiz-Ospina i Roser 2017). W tym kontekście niepokojący jest generalny niski poziom

zaufania do innych wśród Polaków, zwłaszcza jeśli rozważyć możliwość przenoszenia go w inne konteksty kulturowe.

Jednym z newralgicznych aspektów negatywnej oceny norweskich lekarzy i tamtejszego systemu zdrowia publicznego jest „kulturowa przepaść” pomiędzy polskimi migrantami a lekarzami w podejściu do wystawiania skierowań i farmakoterapii. Jak „refren” wraca bowiem w badaniach (por. Czapka i Sagbakken 2016; Gmaj 2018 oraz niniejszy artykuł) oskarżenie wobec norweskich lekarzy, że bagatelizują oni sytuacje, do jakich w Polsce podchodzi się „poważniej” (w rozumieniu: przepisuje silniejsze leki, kieruje do specjalisty), kiedy pacjent skarży się na swoje dolegliwości. Musimy pamiętać przy tym, że Polacy należą do ścisłej europejskiej czołówki w konsumpcji środków przeciwbólowych, przeciwzapalnych oraz antybiotyków. Wśród 30 krajów objętych analizą, Polska znalazła się na 10 miejscu, a Norwegia – 22 pod względem konsumpcji antybiotyków w leczeniu ambulatoryjnym (Olczak-Pieńkowska 2015). Polacy są również rekordzistami w Europie, jeśli chodzi o spożywanie leków przeciwbólowych. Według danych CBOS (2016) 89% naszych rodaków raczy się suplementami diety oraz lekami bez recepty (tzw. OTC – *Over the Counter*). Większość Polaków (52%) deklaruje, że czasami konsultuje się z lekarzem przy pierwszym użyciu takich leków, a jedynie 28% deklaruje, że robi to zawsze. Jest to również częścią współczesnej kultury polskiej – przynajmniej tej medialnej, bowiem wg CBOS (2016) jesteśmy jedynym krajem w Europie, w którym wartość rynku reklamowego produktów farmaceutycznych przewyższa inne branże. Tym bardziej interesujące jest, że w analizowanym materiale badawczym pojawiły się stwierdzenia krytyczne wobec polskich skłonności do przesady w kwestii zażywania farmaceutyków (najczęściej w kontraście do Norwegów).

Wcześniejsze badania na Polakach w Norwegii, a także przebywających na emigracji w innych krajach UE (np. w Wielkiej Brytanii) pokazały, że być może jest to problem specyficzny kulturowo. Pojawił się nawet na jego określenie językowy neologizm: „paracet” i „paracetamolizacja” (por. badania na próbie z Europy Wschodniej: Madden, Harris, Blickem, Harrison, Timpson 2017). Ogólnie Polacy domagają się tabletek tam, gdzie lekarze nie widzą jeszcze takiej potrzeby i domagają się silniejszych lekarstw tam, gdzie dostają słabsze, głównie środki przeciwbólowe. Ich problematyczny stosunek do lekarstw ma już społeczny charakter i stał się częścią ich życia „tu i tam” – w kraju i na emigracji. Co ciekawe w analizowanym materiale badawczym, badani do takiej postawy odnosili się krytycznie. Można snuć domysły, że być może chcieli przedstawić się w korzystnym świetle lub też po kilku latach w Norwegii ich nastawienie uległo zmianie. Trzeba pamiętać, że Norwegia jest określonym środowiskiem kulturowym, co zauważali również badani – część z nich postrzegała Norwegię jako bardziej „naturalną” niż Polskę. Być może miało to wpływ na ich bardziej zróżnicowane postawy wobec farmakoterapii, a także – co jest dobrym tematem do podjęcia w przyszłości, mogło świadczyć o większym stopniu integracji w środowisku kultury przyjmującej. Tutaj sytuacja mogłaby się różnić od migrantów w UK, ponieważ

w kulturze brytyjskiej postulat naturalności nie jest tak silnie obecny jak w Norwegii, gdzie *friluftsliv* (dosł. „życie na wolnym powietrzu”) jest jedną z cenionych wartości kulturowych. Co ciekawe, chociaż badania nad wpływem religijności na zdrowie psychiczne pokazują, że jest ona skutecznym buforem przeciwko nadużywaniu substancji psychoaktywnych (zob. Koenig 2018) można pokusić się o sugestię, że nie widać tego efektu w przypadku „paracetamolizacji” Polaków – także wtedy, kiedy identyfikują się jako osoby wierzące. Zjawisko to, nie było jak dotąd jednak wystarczająco przebadane.

Powstaje więc pytanie o to, jak należy w tym kontekście rozumieć „otrzymanie właściwej pomocy medycznej” skoro polscy migranci, podobnie jak ich rodacy w kraju, okazują „warunkowe zaufanie” lekarzom. Nie przemawia do nich zapewnienie, że „to minie, nie jesteś chory”, które z ust lekarza – przynajmniej w teorii – powinno ich uspokoić. Być może dzieje się wręcz coś przeciwnego – takie zapewnienie odbierają jako brak zrozumienia powagi swego stanu zdrowia ze strony lekarza, którego uważają wtedy za niekompetentnego i niewrażliwego na problemy pacjenta. Wspomniany w artykule casus „skórki od banana” uwidacznia jeszcze jeden czynnik, który winien być brany pod uwagę w badaniu relacji migrantów ze służbą zdrowia, mianowicie problem oczekiwań pacjenta vs wiedza medyczna i zalecenia lekarza. Polski pacjent z wizyty lekarskiej w kraju nierzadko wychodzi niezadowolony, ponieważ nie otrzymał skierowania na badania specjalistyczne lub leku, którego by sobie życzył. Subiektywne wrażenia pacjentów mogą zatem stać w opozycji do zalecanego postępowania lekarskiego, a sytuacje, w których brak było wskazań do podjęcia danych działań, mogą być interpretowane przez polskich migrantów w kategoriach niekompetencji, indolencji, złośliwości czy odmienności kulturowej i w konsekwencji rzutować na ocenę usług medycznych oraz *pars pro toto* służby zdrowia w danym kraju. Przedstawienie wyłączenie narracji pacjentów migrantów nie jest zatem wystarczające do nakreślenia obrazu sytuacji. Dobrym rozwiązaniem byłoby przeprowadzenie badań obejmujących np. studia przypadków, zawierających narracje nie tylko poszczególnych aktorów zaangażowanych w proces, ale też analizę od strony medycznej, stąd do ich przeprowadzenia wymagany byłby zespół posiadający dosyć szerokie kompetencje interdyscyplinarne.

Niezależnie od wspomnianych kwestii należy stwierdzić, że system opieki zdrowotnej adekwatny wobec migrantów musi gwarantować dostępność usług medycznych, ich kulturowe dostosowanie do potrzeb pacjentów (migrantów) na różnych etapach migracji oraz promować odpowiednie zaplecze środowiskowe. Chociaż bariery językowe mają istotne znaczenia dla korzystania i wykorzystania przez migrantów usług medycznych (Czapka, Gerwing, Sagbakken 2019), kluczowe w relacji lekarz-pacjent wydaje się zbudowanie wzajemnego zaufania i zrozumienie dla odmiennych systemów wartości. Przeprowadzone dotąd badania wśród polskich migrantów w Norwegii nie rozstrzygają kwestii czy wyrażali (kulturowo specyficzne dla Polaków) roszczenia w stosunku do lekarzy norweskich, czy manifestowali (zinternalizowaną kulturowo w Polsce) postać dystresu, być może wynikającego z etapu migracji.

Inaczej, czy są „hipochondrykami” czy też, zwłaszcza krótko po przybyciu, nie są odporni na „systemową opresję” ze strony „niekompetentnych” i „zimnych” lekarzy, czy też sami nie wykazują wystarczającej autorefleksji czy refleksji nad kulturą (zarówno przyjmującą, jak i własną). Sugerujemy jednak poszukiwanie bardziej konstruktywnych i kulturowo wrażliwych strategii rozmawiania o problemach i reagowania na nie, ponieważ zdecydowanie mamy do czynienia na linii lekarz (Norweg)- pacjent (Polak) z - może nie głęboką, ale jednak zauważalną – „przepaścią kulturową”. Mosty nad nią musi się jednak budować z obu stron, jeśli mają być funkcjonalne.

Finansowanie

Niniejszy artykuł powstał w ramach projektu “Health habits, attitudes and experiences of the Norwegian health system by polish work migrants: a Norwegian study in the area of EU health and economic migration (2017–2018)” realizowanego przez Innlandet Hospital Trust, Hamar, Norway oraz Akademię Ignatianum w Krakowie.

Bibliografia

- Abebe D.S., Lien L., Elstad J.I. (2017), *Immigrants’ Utilization of Specialist Mental Healthcare According to Age, Country of Origin, and Migration History: A Nation-Wide Register Study in Norway*, “Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, 52 (6), p. 679–687. doi:10.1007/s00127-017-1381-1.
- APA (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- APA (2018). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-V*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Baba M.L., Dahl-Jørgensen C. (2010), *Work Migration from Poland to Norway: A New Institutional Approach*. “iNtergraph: Journal of Dialogic Anthropology” <http://www.intergraph-journal.net/enhanced/vol2issue2/2.html> [data dostępu: 15.11.2019].
- Bollini P., Siem H. (1995), *No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000*, “Social Science and Medicine”, 41 (6), p. 819–828.
- CBOS (2016), *Leki dostępne bez recepty i suplementy diety. Komunikat z badań nr 158/2016*. Warszawa: CBOS, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_158_16.PDF [data dostępu: 15.11.2019].
- Cleveland J., Rousseau C., Guzder J. (2014), *Cultural Consultation for Refugees*. In: L. Kirmayer, C. Rousseau, J. Guzder (red.), *Cultural Consultation Encountering the Other in Mental Health Care*. New York: Springer, p. 245–268.
- Creswell J.W. (2013), *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Czapka E.A., Gerwing J., Sagbakken M. (2019), *Invisible rights: Barriers and facilitators to access and use of interpreter services in health care settings by Polish migrants in Norway*, “Scandinavian Journal of Public Health”, 47 (7), p. 755–764.
- Czapka E.A., Sagbakken M. (2016), *‘Where to Find Those Doctors?’ A Qualitative Study on Barriers and Facilitators in Access to and Utilization of Health Care Services by Polish Migrants in Norway*, “BMC Health Services Research” 16 (1): 460. doi:10.1186/s12913-016-1715-9.

- Czapka E.A. (2010), *The Health of Polish Labour Immigrants in Norway. A Research Review. NAKMI Report. Vol. 3.* Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research (NAKMI).
- Gmaj K. (2016), *Settling in Norway? The case of Polish migrants and their families*, "Myśl Ekonomiczna i Polityczna", 2016, 2 (53), s. 163–191.
- Gmaj K. (2018), „Oswajanie” Norwegii – wzory osiedleńcze polskich migrantów w Norwegii, „Studia migracyjne – przegląd polonijny”, 1 (167), s. 163–188, DOI: 10.4467/254449725 MPP.18.008.8917.
- Hofstede Insights (2020), *Compare countries*, <https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/> [data dostępu: 27.02.2020].
- Huang L., Kochowicz M., Krzaklewska E., Pustulka P. (2015), *TRANSFAM Web-survey on Polish families living in Polish-Norwegian transnationality. Documentation of design, variables and measures*, <http://www.transfam.socjologia.uj.edu.pl/documents/32445283/2f8f4dbc-e854-4c25-ba1f-a8262fb70f89> [data dostępu: 15.11.2019].
- Huang L., Krzaklewska E., Pustulka P. (2016), *Young Polish migrants in Norway: Education, work and settlement choice*, „Tidsskrift For Ungdomsforskning”, 16(1), p. 63–78. <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/1591> [data dostępu: 15.11.2019].
- Jaspal R., Breakwell G.M. (red.) (2014), *Identity Process Theory: Identity, Social Action and Social Change*. Cambridge, U. K.: Cambridge University Press.
- Iglicka K., Gmaj K., Wierzejski A. (2016), *The Poles in Norway – We Wanted Workers but People Arrived*, „Myśl Ekonomiczna i Polityczna”, 1 (52), s. 116–138.
- Iglicka K., Gmaj K., Wierzejski A. (2018), Contextualizing Polish Migration to Norway in the light of theory, statistical data and research findings, in: Słany K., Pustulka P., Guribye E., Ślusarczyk M. (red.), *Transnational Polish families in Norway: Social capital, integration, institutions and care*. Frankfurt am Main: New York: Peter Lang, p. 43–70.
- Kirmayer L.J., Rousseau C., Jarvis E.G., Guzder J. (2014), The cultural context of clinical assessment. In: A. Tasman, J. Kay, J.A. Lieberman (red.), *Psychiatry. 4 edition*. West Sussex: John Wiley and Sons Limited, p. 19–29.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2011), *Migrant w sytuacji choroby*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2 (IX), s. 113–118 doi: 10.4467/20842627OZ.12.023.0560.
- Korzeniewska L., Erdal M.B., Kosakowska-Berezecka N., Żadkowska M. (2019), *Zaufanie ponad granicami. Przegląd literatury badawczej dotyczącej kwestii zaufania społecznego, migracji oraz instytucji pomocy społecznej i ochrony praw dziecka*. Gdańsk: Peace Research Institute Oslo, Uniwersytet Gdański. <https://www.prio.org/utility/DownloadFile.ashx?id=1804&type=publicationfile> [data dostępu: 27.02.2020].
- Madden H., Harris J., Blickem Ch., Harrison R., Timpson H. (2017), *“Always Paracetamol, They Give Them Paracetamol for Everything”: A Qualitative Study Examining Eastern European Migrants’ Experiences of the UK Health Service*, “BMC Health Services Research” 17, 1–10. doi:10.1186/s12913-017-2526-3.
- Marcinów K., Olejniczak D. (2011), *Opinie i oczekiwania pacjentów względem systemu opieki zdrowotnej*, „Medycyna Rodzinna”, 4, s. 99–104.
- Napierała J., Trevena P. (2010), Patterns and determinants of sub-regional migration: a case study of Polish construction workers in Norway. In: R. Black, G. Engbersen, M. Okólski, C. Panțiru (red.), *A Continent Moving West? EU Enlargement and Labour Migration from Central and Eastern Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press, p. 51–72.

- Olczak-Pieńkowska A. (2015), *Monitorowanie zużycia antybiotyków – aktualne dane europejskie*, „Aktualności Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków”, 2, s. 1–9.
- Oritz-Ospina E., Roser M. (2020), *Trust*, <https://ourworldindata.org/trust> [data dostępu: 27.02.2020].
- Pietkiewicz I., Smith J.A. (2012), *Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii*, „Czasopismo Psychologiczne” 18(2), s. 361–369.
- Rousseau C., Frounfelker R.L. (2019), *Mental health needs and services for migrants: An overview for primary care providers*, “Journal of Travel Medicine”, 26(2), <https://doi.org/10.1093/jtm/tay150>.
- Różnowski B., Bryk D. (2008), Stres emigracji zarobkowej i jego konsekwencje dla systemu wartości migrantów, w: M.S. Zięba (red.), *Migracja – wyzwanie XXI wieku*. Lublin: LSB sp. z o.o., Fundacji Rozwoju KUL, s. 127–152.
- Sarría-Santamera A., Hijas-Gómez A.I., Carmona R., Gimeno-Feliú L.A. (2016), *A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations*, “Public Health Reviews”. 37(1) <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-016-0042-3> [data dostępu: 15.11.2019].
- SBB (2019), *Innvandrerne og norskfødte med innvanderforeldre* <https://www.ssb.no/statbank/table/05184> [data dostępu: 15.11.2019].
- Slany K., Ślusarczyk M., Pustułka P., Guribye E. (red.) (2018), *Transnational Polish Families in Norway. Social Capital, Integration, Institutions and Care.*, Warszawa: Peter Lang.
- Smoleń A. (2013), *Problemy zdrowotne polskich emigrantów poakcesyjnych. Implikacje dla systemów opieki zdrowotnej*, “Problemy Zarządzania” 111(41), s. 227–239.
- Sokół-Rudowska M. (2013), *Us among them – a study of the contemporary Polish emigration to Norway*, “Studia Humanistyczne AGH”, 12(1), 9. <https://doi.org/10.7494/human.2013.12.1.9>.
- Straiton M., Reneflot A., Diaz E. (2014), *Immigrants’ Use of Primary Health Care Services for Mental Health Problems*, “BMC Health Services Research” 14 (341): 1–8. doi:10.1186/1472-6963-14-341.
- Subocz D. (2012), *Geert Hofstede – praktyczne zastosowanie wymiarów kultur narodowych*, “Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, 25(1–2), s. 41–52.
- Virupaksha H.G., Kumar A., Nirmala B.P. (2014), *Migration and mental health: An interface*, “Journal of natural science, biology and medicine”, 5(2), p. 233–239. doi: 10.4103/0976-9668.136141.
- Witoszek N. (2017), *Najlepszy kraj na świecie*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Wittig U., Lindert J., Merbach M., Brahler E. (2006), *Mental health of patients from different cultures in Germany*, “European Psychiatry”, 23(8), p. 533–596.