

Å bli tatt på alvor

En kvalitativ tekstanalyse av et nettbasert
diskusjonsforum om innvandreres møter med fastleger

Tetyana Tkachenko



Masteroppgave i sosiologi
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2013

© Tetyana Tkachenko

2013

Å bli tatt på alvor En kvalitativ tekstanalyse av et nettbasert diskusjonsforum om innvandreres møter med fastleger

Tetyana Tkachenko

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Denne oppgaven handler om russisktalende kvinnelige innvandrere i Norge og deres opplevelser i møte med fastleger. Forskning viser at innvandrere i Norge har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen, og det er grunn til å tro at bruken av fastlegeordningen er utfordrende for flere innvandrergrupper. Mange får ikke tilstrekkelig informasjon om helsetjenester, noe som danner dårlig grunnlag for konsultasjoner, misnøye og utilfredsstillhet blant brukere. Denne studien tematiserer utfordringene som kan skyldes blant annet manglende kunnskap om hvordan helsesystemet i Norge fungerer, samt uenigheter mellom pasientgruppen og deres fastleger.

Studien henter sitt materiale fra dom.no, et diskusjonsforum for russiskspråklige innvandrere i Norge, og benytter kvalitativ tekstanalyse med basis i Grounded Theory for å undersøke hvordan helserelevante problemstillinger håndteres av brukerne på forumet. Diskusjonsforum på nett blir ofte brukt til utveksling av erfaringer mellom pasienter, og kan slik gi innblikk i pasientenes opplevelser og deres forståelser av situasjoner. Det teoretiske rammeverket i denne oppgaven tar utgangspunkt i interaksjonistisk perspektiv med hovedvekt på begrepene pasientrolle, disease/illness/sickness samt ulike samhandlingsmodeller mellom leger og pasienter.

Resultatene viser at studiens pasientgruppe særlig er uenige med sine fastleger rundt 1) henvisning til spesialister, 2) ulike oppfatninger av sykdom og 3) ulike oppfatninger rundt medisiner. Slik uenighet kan gjelde mange pasientgrupper, men forsterkes lett når pasientene er innvandrere. Pasientgruppen har forforståelser og forventninger som er delvis basert på erfaringer fra hjemlandet, og når de opplever mangelfull informasjon om det norske helsesystemet blir konsultasjonen med fastlegen ofte skuffende. Kunnskapen som etterlyses handler ofte om praktiske aspekter ved fastlegekonsultasjoner. Den type kunnskap blir sjeldent presentert på offentlige norske hjemmesider for innvandrere. Det er videre grunn til å understreke at pasientgruppen beskriver mange utfordringer og negative erfaringer i sitt møte med det norske helsevesenet, slik det blir beskrevet i dette forumet. Den negative tendensen på forumet kan videre påvirke forforståelsene til nye innvandrere som oppsøker forumet for å finne informasjon. Denne brukergruppen har anledning til å bruke helsetjenesten i hjemlandet, og en negativ forventningsramme kan føre til at flere oppsøker leger i hjemlandet i tillegg til eller i stedet for norsk helsetjeneste.

Konklusjonen er at denne pasientgruppen, og trolig innvandrere generelt, trenger mer konkret informasjon om fastlegeordningen og dens praktiske aspekter, samt hva man kan forvente som pasient i det norske helsevesenet. Slik informasjon bør fortrinnsvis foreligge på innvandrernes morsmål. Dette vil føre til at nye innvandrere får bedre kjennskap til helsesystemet i Norge og føle seg tryggere i møte med fastleger, som igjen kan minke muligheten for kommunikasjonsproblemer.

Forord

Å skrive denne masteroppgaven var en spennende, lærerik, men også utfordrende prosess. Det er mange mennesker som fortjener en stor takk. Uten dere hadde jeg ikke klart det.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Jan Grue for all god hjelp, konstruktiv kritikk og tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Tusen takk for at du alltid har vært tilgjengelig og engasjert og for at du ga meg inspirasjon. Jeg vil også rette en stor takk til Thor Indseth (NAKMI) for veldig nyttige diskusjoner i startfasen av oppgaven og ikke minst for nyttige litteraturtips. Takket være diskusjoner med deg, klarte jeg å velge et spennende og ikke minst praktisk nyttig tema for oppgaven min.

Jeg vil også rette en hjertelig takk til mine ”informanter”. Denne oppgaven hadde ikke blitt til uten deres refleksjoner og diskusjoner.

Tusen takk til alle mine fantastiske venninner (RENTAN-gjengen) som har støttet meg underveis. En spesiell takk fortjener Dagmara Bossy for konstruktive kommentarer, lærerike diskusjoner og ekstra veiledning underveis. En hjertelig takk til Natalia Moen-Larsen for språkvask - jeg setter utrolig stor pris på det.

Til sist og ikke minst vil jeg takke min kjære Aksel som holdt ut med meg når jeg var frustrert og som synes at jeg er flink selv om ”sosiologi er noe alle vet”. Håper at i denne oppgaven finner du noe ”ikke alle vet”.

Oslo 23.06.13

Tetyana Tkachenko

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	1
1.1.	Den moderne pasienten: bakgrunn for valg av tema	1
1.2.	Problemstillinger og oppgavens sosiologisk- og samfunnsmessig relevans	3
1.3.	Oppgavens oppbygning	5
2.	Bakgrunn: innvandrere, helsevesenet og helsereelatert internettbruk	7
2.1.	Likeverdige helsetjenester	7
2.2.	Russisktalende innvandrere i Norge	9
2.3.	Forskning på innvandreres helse	10
2.4.	Helsereelatert internettbruk	12
2.5.	Offentlig informasjon om det norske helsevesenet (for innvandrere).....	14
2.6.	Det russiske helsevesenet	17
3.	Teoretisk rammeverk.....	20
3.1.	Ulike tilnæringer innefor medisinsk sosiologi	21
3.2.	Den moderne pasienten: rolleforståelse.....	22
3.3.	<i>Disease, illness</i> og <i>sickness</i> : begreper for å forstå konflikter og uenigheter	24
3.4.	Modeller for lege-pasient relasjoner.....	25
4.	Refleksjoner rundt metodisk rammeverk	28
4.1.	Forforståelser og forarbeid	28
4.2.	Tekst fra diskusjonsforum som datamateriale: fordeler og ulemper	32
4.3.	Dom.no: en kort innføring	34
4.4.	Hvem er «informantene»?	35
4.5.	Avgrensning av datamaterialet	37
4.6.	Etikk.....	39
4.7.	Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet	40
4.8.	Koding ved hjelp av Grounded Theory	42
5.	Analyse og tolkning av funn	46
5.1.	Valg av diskusjonstråder og tekstbeskrivelse	46
5.2.	Foreløpig kontekstforståelse og samhandlingen på forumet	51
5.2.1	En oversikt over ulike typer diskusjoner på forumet	51
5.2.2	Svar man får på forumet – en generell oversikt	52
5.2.3	Henvisning til offentlige ressurser	54

5.2.4	Uenigheter og konflikter	56
5.2.5	Årsakene til helserelatert internettbruk	57
5.3.	Hovedutfordringene i møte med fastleger	58
5.3.1	Forventninger	60
5.3.2	Mangel på informasjon.....	62
5.3.3	Å bli tatt på alvor og å bli sett	65
5.3.4	Henvisning til spesialister	70
5.3.5	Ulike oppfatninger av sykdom	74
5.3.6	Uenigheter rundt medisinerings	76
5.3.7	Tilgjengelighet	78
5.4.	Løsninger: hvordan takler pasientene utfordringene og tilpasser seg	80
5.4.1	Legebytte	82
5.4.2	Klage	83
5.4.3	Bruk av private helsetjenester og helseforsikring	83
5.4.4	Ulike kommunikasjonsstrategier	84
5.4.5.	Bruk av helsetjenester i hjemlandet	87
6.	Avslutning og implikasjoner	90
	Litteraturliste	95

1. Innledning

I innledningskapittelet vil jeg kort gjøre rede for bakgrunn for valg av tema og forklare studiens sosiologisk- og samfunnsmessig relevans. Kapittelet vil også inneholde en presentasjon av oppgavens oppbygning.

1.1. Den moderne pasienten: bakgrunn for valg av tema

Kunnskapen om sosiale forskjeller i tilgang til helsetjenester, bruk av helsetjenester og behandlingsresultat er mangelfull. Mer forskning og kartlegging på området er derfor nødvendig (St.meld. nr. 20:61)

Ulike forståelser av sykdom, pasientroller og samhandling mellom leger og pasienter har vært mye diskutert innenfor medisinsk sosiologi. I Norge i dag ser vi et bredt spekter av komplekse helserelaterte problemstillinger knyttet til bruk av helsetjenester samt misforståelser og konflikter innenfor helsevesenet. Denne kompleksiteten forsterkes i et flerkulturelt samfunn. Det finnes mange innvandrergupper i det norske samfunnet som har særskilte utfordringer knyttet til deres kulturelle bakgrunn. Disse utfordringene gjør seg også gjeldende i innvandrernes møte med det offentlige helsevesenet.

Fastlegereformen har ifølge Tjora (2008) bidratt til at skillet mellom pasienter og ikke-pasienter har blitt mer diffust siden alle strengt tatt er pasienter så lenge de står på listen til fastlegen. Utviklingen av helserelaterte internettjenester og større fokus på helse i media fører også til at mennesker forholder seg mer aktivt til helsespørsmål (Tjora 2008:12). Dette påvirker samhandlingen mellom lege og pasient, noe som har betydning for den helhetlige oppfatningen av helsetjenesten og hvordan mennesker forholder seg til legens råd.

Forskning viser at innvandrere henvender seg oftere til helseinstitusjoner enn majoritetsbefolkningen, samtidig som de også er mindre fornøyd med de helsetjenestene de mottar. Dette kan forklares med dårlig kommunikasjon mellom helsearbeidere og pasienter med innvandrerbakgrunn som kan være resultat av språkproblemer, samt ulike kulturelle oppfatninger om legenes rolle (Abebe 2010).

Internettbruk påvirker utøvelsen av den medisinske profesjonen og skaper en del utfordringer både for pasienter og helsepersonell. Tidligere var mye av den helserelevante informasjonen på Internett først og fremst knyttet til vitenskapelig informasjon som statistikk og tall, og ikke til personlige erfaringer med helsevesenet. I det siste har ulike internettressurser som har pasientenes erfaringer i fokus blitt mer og mer vanlige (Zielbland og Wyke 2012). I Norge i dag finnes det mange helserelevante internettressurser som omfatter både nettsider utgitt av offentlige instanser, informasjonstjenester på Internett hvor folk kan stille spørsmål til helsepersonell, personlige blogger, diskusjonsfora hvor privatpersoner deler sine erfaringer og diskuterer ulike problemstillinger knyttet til helse.

Ideen om å studere innvandrernes utfordringer i helsevesenet i Norge fikk jeg fra et forskningsprosjekt (THEMIS)¹ som jeg tidligere har jobbet på som forskningsassistent. Dette prosjektet gikk ut på å studere individers migrasjonshistorier, deres motivasjon for å migrere og deres tilpasning i det nye landet, deriblant Norge. Jeg gjennomførte kvalitative semi-strukturerte intervjuer blant ukrainske innvandrere i Norge og blant tidligere innvandrere som hadde returnert fra Norge til Ukraina. Intervjuspørsmålene var ikke direkte knyttet til erfaringer med det norske helsevesenet. Likevel tok mange av informantene opp problemstillinger knyttet til helsevesenet i Norge når de ble spurt om å tilføye noe som de selv mente var viktig for deres migrasjonshistorier. Flere påpekte at de opplevde møtet med helsevesenet i Norge som problematisk, både fordi de ikke fikk den behandlingen de mente at de hadde krav på, men også fordi de opplevde at helsesystemet fungerte på en helt annen måte enn i hjemlandet. Det gjorde det vanskelig å tilpasse seg til det nye systemet.

Når informantene fikk spørsmål knyttet til informasjonssøk om Norge i forbindelse med forberedelser til migrasjon, refererte flere til et russisktalende diskusjonsforum www.dom.no. Forumet ble fremstilt som en viktig kilde til informasjon og svar på spørsmål om tilpasning i Norge. Dom.no er utarbeidet for innvandrere fra tidligere medlemsland i Sovjetunionen som kan snakke russisk og som bor i, eller har tenkt å flytte til, Norge.

Forskning viser at mange nye innvandrere i Norge mangler informasjon om hvordan helsesystemet fungerer, noe som danner et dårlig utgangspunkt for møtet med det norske helsevesenet (Goth 2012). Det er likevel grunn til å tro at innvandrere er aktive og bruker ulike ressurser for å finne nødvendig informasjon om helsevesenet i det nye landet. En av

¹ For mer informasjon om prosjektet se: <http://prio.no/THEMIS> (lesedato 3. juni 2013)

måtene å få svar på sine spørsmål på, er ved å diskutere problemstillinger og utveksle erfaringer på et diskusjonsforum på eget morsmål. Dom.no er et godt eksempel på akkurat det. Etter å ha lest noen av temaene på dette forumet, fant jeg ut at det var svært mange spennende diskusjoner som kunne brukes som kvalitativt datamateriale for å lære mer om den russisktalende innvandrerguppen fra deres eget ståsted. Da helse ble fremstilt som et viktig tema for flertallet av ukrainere jeg har intervjuet i forbindelse med THEMIS, valgte jeg å skrive en masteroppgave som skulle kaste lys på nettopp helserelaterte utfordringer som innvandrere møter i Norge.

1.2. Problemstillinger og oppgavens sosiologisk- og samfunnsmessig relevans

Innenfor rammen av masteroppgaven søker jeg å finne svar på følgende overordnede forskningsspørsmål:

Hvilke utfordringer har russisktalende kvinnelige innvandrere i møte med det norske helsevesenet – først og fremst med fastleger – slik de blir formidlet på det russisktalende diskusjonsforumet dom.no?

Videre har jeg formulert fire underordnede forskningsspørsmål som danner utgangspunkt for analysen av datamaterialet:

1. Hvilke forventninger til norske fastleger blir formidlet i diskusjoner på nettforumet, og hvilken betydning har disse forventningene for de faktiske møtene med fastlegene?
2. Hva er hovedutfordringene/problemene i møte med fastlegen, og hvordan blir disse utfordringene/problemene fremstilt på diskusjonsforumet?
3. Hvilke råd/løsninger om hvordan man takler det norske helsevesenet blir formidlet på diskusjonsforumet?
4. I hvor stor grad henviser diskusjonsdeltagere hverandre til informasjon fra offentlige instanser? På hvilken måte samsvarer informasjonen på nettforumet med, eventuelt skiller seg fra, informasjonen som er tilgjengelig på hjemmesidene til offentlige instanser?

Årsaken til at jeg har valgt å fokusere på kvinnelige innvandrere i mitt overordnede forsknings spørsmål er at de fleste diskusjonsdeltagere på helseforumet dom.no er kvinner. Dette kan forklares med kjønns sammensetningen av den russisktalende innvandrerguppen, men også med kjønns spesifikk internettbruk. I min oppgave har jeg valgt ikke å vektlegge kjønns aspektet, da det først og fremst er de overordnede helseutfordringene som jeg finner interessante. Jeg kommer allikevel til å utdype kjønns sammensetningen ytterligere i metodekapittelet.

Sosiologisk relevans

Pasientenes utfordringer i møte med helsevesenet har en lang tradisjon innenfor medisinsk sosiologi (se for eksempel Parsons 1951; Freidson 1970; Bury 1997). Flere har skrevet om helse relaterte problemstillinger i norsk kontekst i forbindelse med endringene av pasientrollen som følge av både innføring av fastlegeordningen og økt internettbruk (Lian 2007; Tjora 2008; Tjora og Sandaunet 2010).

Den overordnede teoretiske tilnærmingen som jeg vil bruke i oppgaven er inspirert av interaksjonismen. Denne teoriretningen har fokus på rolleforståelsen og meningen som mennesker legger i sosiale samhandlingssituasjoner. Jeg ønsker derfor å ta utgangspunkt i begrepet *pasientrolle* og se hvordan min målgruppe og dens møte med fastleger kan passe inn i denne rollen. Samtidig vil jeg tilpasse begrepet til dagens norske kontekst som kjennetegnes av stor informasjonsflyt og et flerkulturelt samfunn.

I tillegg kommer jeg til å bruke ulike modeller for samhandling mellom lege og pasient for å vise at det å være en pasient med utenlandsk bakgrunn kan by på ekstra utfordringer i en samhandlingssituasjon. Et slikt teoretisk perspektiv har gjort det mulig å oppnå en dypere forståelse av utfordringene som blir diskutert på dom.no. Underveis i oppgaven vil jeg også gjøre rede for forskjellen mellom begrepene *disease*, *illness* og *sickness*. Begrepene er relevante fordi de peker på at uenigheter mellom fastleger og deres pasienter ofte er knyttet til forskjellige oppfatninger av sykdom, noe som også har betydning for pasientenes forventninger.

Denne oppgaven kan kaste lys på flere aspekter som kan ha en betydning for forskjeller i bruk av helsetjenester i Norge. Det å møte et offentlig helsevesen i et fremmed land, og takle utfordringene man støter på der vil påvirke helseatferden, noe som igjen kan forsterke helseforskjeller. En bedre forståelse av disse utfordringene kan være et utgangspunkt for

kunnskap om hvordan situasjonen kan endres slik at helseforskjeller forebygges. Jeg mener ikke med dette å generalisere mine funn, men å peke på noen utfordringer som kan ha betydning for flere innvandrergupper i møte med det norske helsevesenet.

Samfunnsmessig relevans

Jeg ønsker å bidra til en større innsikt i de utfordringene som russisktalende kvinnelige innvandrere støter på i møte med det norske helsevesenet. Det er interessant at forumet dom.no har eksistert i mange år og har jevnlig blitt brukt av mange deltagere. Det tyder på at dette nettsamfunnet utgjør en viktig kilde for informasjon for russisktalende innvandrere i Norge. Forumet gir oss et viktig innblikk i hva som er aktuelle problemstillinger for innvandrere i møte med det norske helsevesenet. Gjennom en kvalitativ analyse av diskusjonene på nettforumet kan man oppnå en dybdeforståelse av deltageres oppfatninger, som igjen muliggjør forståelsen av deres utfordringer med det norske helsevesenet. I tillegg til de aktive diskusjonsdeltagere har forumet mange lesere som ikke er registrerte brukere. Forumet fungerer dermed også som en informasjonskanal uten at det krever aktiv deltagelse. På den måten kan forumet være en viktig informasjonskilde for helt ”nye” innvandrere, da det er språklig tilgjengelig og lett å finne frem til.

Analysen i denne masteroppgaven kan bidra med noen retningslinjer for hvordan helsesektoren kan informere innvandrere om sitt virke på en produktiv måte. Manglende kunnskap om hvordan helsesystemet fungerer kan føre til større utfordringer i kommunikasjonen mellom innvandrerpasienter og deres fastleger. Det finnes allerede en del offentlig helserelatert informasjon som er rettet mot innvandrere. Dermed er det spesielt interessant å se om denne informasjonen er i samsvar med problemstillinger som deltagere trekker frem i dom.no. Ved å gjøre dette vil oppgaven gi pekepinn på hvor nyttig den tilgjengelige informasjonen er og hvilken ytterligere kunnskap som etterlyses.

1.3. Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygget opp som følger: i første og innledende kapittel har jeg gjort rede for bakgrunnen for min studie samt studiens relevans.

I kapittel to vil jeg trekke frem og diskutere betydningen av likeverdige helsetjenester som et politisk satsingsområde i Norge i dag. Jeg vil kort gjøre rede for hva slike helsetjenester innebærer og deres betydning for innvandrere. I tillegg vil jeg se nærmere på innvandreres helse og bruk av helsevesenet i Norge, da dette utgjør et viktig bakteppe for denne studien. Videre skal jeg presentere forskningen knyttet til helsereelatert internettbruk og diskutere denne i lys av nettbasert informasjon som brukes av innvandrere spesielt.

I kapittel tre presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Jeg kommer til å gjøre rede for begrepene *illness*, *disease* og *sicknes* (Twaddle 1994) og problematisere hvordan teorien om pasientrolle/sykerolle (Parsons 1954) kan knyttes til samhandlingsstrategier i møtet mellom lege og pasient (Bury 1997).

I kapittel fire vil fokuset ligge på metodisk rammeverk med utgangspunkt i Grounded Theory. Kapittelet kommer også til å ta for seg refleksjoner rundt metodiske utfordringer knyttet til oppgaven. I tillegg skal jeg gi en kort oversikt over datamaterialet, definere mine ”informanter” og avgrense oppgaven. Til slutt vil jeg drøfte etiske aspekter ved studien.

Det femte kapittelet vil bestå av fire underkapitler som skal presentere oppgavens analyse. Jeg kommer til å innlede kapittelet med en begrunnelse av valget av diskusjonstråder og en tekstbeskrivelse. Videre gjør jeg rede for kontekstforståelsen for samhandling på dom.no. Samtidig vil jeg reflektere over betydningen av konteksten for datamaterialet som er tilgjengelig på forumet. Deretter presenterer jeg sentrale funn med fokus på utfordringene som russisktalende innvandrere møter i samhandlingen med fastlegene og deres problemløsningsstrategier.

Avslutningsvis i kapittel seks skal jeg diskutere mine funn og drøfte deres mulige implikasjoner.

2. Bakgrunn: innvandrere, helsevesenet og helsereelatert internettbruk

I dette kapittelet vil jeg presentere bakgrunns materialet for min oppgave. Jeg skal først gjøre rede for prinsippet om likeverdige helsetjenester i Norge med fokus på innvandrere. Videre kommer jeg til å presentere relevant bakgrunnsinformasjon knyttet til russisktalende innvandrere i Norge samt forskning på innvandreres helse og deres møte med helsevesenet. Derne vil jeg kort presentere kjennetegnene ved helsereelatert internettbruk. I tillegg skal jeg gi en oversikt over informasjonen om helsevesenet i Norge som utgis av offentlige instanser, er rettet mot innvandrere og som en kan finne på internett. Utfordringene innvandrere møter på når de henvender seg til helsevesenet i det nye landet kan være knyttet til at deres forventninger er basert på erfaringer fra hjemlandet. Avslutningsvis i kapittelet vil jeg derfor gi en kort oversikt over helsesystemet i Russland og vektlegge dets forskjeller fra det norske helsevesenet.

2.1. Likeverdige helsetjenester

Reduksjon av sosiale helseforskjeller er et viktig politisk satsingsområde i dagens Norge (St.meld. nr. 20 (2006–2007)). I Stortingsmelding nummer 20 rettes fokus mot manglende data for hvordan helsetjenesten fungerer for grupper med minoritetsbakgrunn. Innenfor utviklingen av folkehelse tiltak er det nødvendig å ta hensyn til det flerkulturelle samfunnet som Norge er i dag. En stor andel av den norske befolkningen har tilhørighet i to kulturer. For ikke-vestlige innvandrere kan det å etablere seg i et nytt land med annen kultur og et fremmed språk, føre med seg uheldige endringer i kostholdet og lavere fysisk aktivitet (St.meld. nr. 20 (2006–2007):61). Videre påpeker samme Stortingsmelding at informasjons- og kommunikasjonsteknologi er et viktig verktøy for å nå ut til befolkningen med informasjon om helsetilbud og valgmuligheter. Denne teknologien kan bidra til å øke tilgjengeligheten for alle grupper i befolkningen, for eksempel gjennom universell utforming av nettsteder (St.meld. nr. 20 (2006–2007):61).

Stortingsmelding nummer 6 (2012–2013), som kom ut i oktober 2012, tar på nytt opp ulikheter i helse og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Meldingen inneholder mer konkrete forslag knyttet til internettbruk i helsereelatert sammenheng. Det påpekes at helse og

omsorgssektoren skal i større grad involvere pasienter og brukere både innenfor forebyggende arbeid og som en del av behandlingsforløpet. Meldingen henviser til en ny nasjonal helseportal som har blitt lansert i 2011: Helsenorge.no. Planen er at portalen skal videreutvikles i 2013 og mer av innholdet skal oversettes til flere språk slik at det legges til rette for å informere innvandrere om relevante helse spørsmål. For å styrke flerkulturell forståelse hos helsepersonell, skal Helsedirektoratet videreutvikle sin informasjonsstrategi slik at den i større grad retter seg mot personer med innvandrerbakgrunn. Stortingsmeldingen trekker også frem nettstedet www.helsedir.no som skal inneholde informasjon om særskilte utfordringer knyttet til innvandrere (St.meld.nr. 6 (2012–2013):67).

Denne utviklingen tyder på at det skal satses mer på bruk av internett, også blant innvandrere, nettopp fordi internett representerer et nyttig verktøy for å nå ut til ulike grupper. I denne forbindelsen er min oppgave særdeles relevant for å oppnå en bedre forståelse av eventuelle problemstillinger som innvandrere møter innenfor det norske helsevesenet, sett fra deres perspektiv. Det at innvandrere bruker internett til å diskutere problemstillinger knyttet til deres personlige erfaringer, impliserer at internett er stadig viktigere arena for kommunikasjon og informasjon.

Legeforeningens statusrapport om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere viser at et likt tilbud ikke alltid sikrer et likeverdig tilbud (Nissen-Meyer 2008). I rapporten presiseres det at språkproblemer og kulturelle ulikheter kan vanskeliggjøre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Kommunikasjon har konsekvenser for sykdomsforståelse, tidsbruk og gjennomføring av konsultasjonene, og for effekten av behandlingen. Disse aspektene er utfordrende for leger og helsepersonell generelt. Rapporten retter fokus på at helsepersonell trenger økt kunnskap om særegne sykdom- og helseutfordringer for ulike befolkningsgrupper. Videre etterlyser Nissen-Meyer (2008) mer kunnskap om ulike sykdom- og helseforståelse og den betydning dette har for pasientens møte med helsetjenesten. Pasientene trenger også økt kunnskap om helsetjenesten i Norge. Det er behov for lett tilgjengelig flerspråklig informasjon. Mange innvandrere opplever høye terskler inn til helsetjenesten. De har lite kjennskap til den, hvordan og hvor man søker hjelp, hva man blir henvist til, hvem som kan henvise og hva det er mulig å få hjelp til (Nissen-Meyer 2008). Diskusjoner på dom.no viser nettopp konkrete eksempler på kunnskapsmangel om helsetjenesten og hvilke konsekvenser den kan ha for bruk av helsetjenesten i Norge. Dette er noe jeg kommer tilbake til i analysedelen av denne oppgaven.

Oslo kommune har et tilbud som heter ”Migrasjonshelse”.² Tilbudet skal gi nyankomne asylsøkere, flyktninger og andre innvandrere en frivillig og gratis helseundersøkelse der både fysisk og psykososial helse kartlegges. Målsetningen med ”Migrasjonshelse” er at de innvandrere som trenger hjelp, skal få det tidlig. Tilbudet gjelder imidlertid kun for de som bor i Oslo kommune. På hjemmesiden til denne tjenesten finnes en A4 side med informasjon på russisk, i tillegg til andre språk, om hva helseundersøkelsen går ut på.

Fagmiljøer er stort sett samstemt i at det finnes flere uløste problemstillinger som gjelder innvandrernes helse og deres samhandling med helsevesenet i Norge. Samtidig er det fortsatt mange ubesvarte spørsmål og vi trenger mer kunnskap om hva som ikke fungerer og hvorfor. Ved å se på utfordringene slik de beskrives av brukere på et nettbasert diskusjonsforum, håper jeg at min oppgave kan gi noen svar på aktuelle spørsmål om innvandrernes møte med det norske helsevesenet. Samtidig vil oppgaven gi en pekepinn på hva som kreves for å gjøre helsevesenet mer tilgjengelig for innvandrere.

2.2. Russisktalende innvandrere i Norge

I denne oppgaven kommer jeg til å analysere skriftlige bidrag fra et russisktalende diskusjonsforum for innvandrere fra land fra tidligere Sovjet Unionen. Forumbrukerne kan ut fra klassifiseringen til SSB kategoriseres som innvandrere fra europeiske land utenom EU/EØS (hovedsakelig Russland, Ukraina og Hviterussland) og innvandrere fra nye EU-land (Latvia, Litauen og Estland) (SSB 2008). I Latvia, Litauen og Estland bor det både etniske russere og en majoritetsbefolkning. Ikke alle latviere, litauere og estere snakker russisk. Derfor er det sannsynlig at deltagere på dom.no kommer fra den russisktalende delen av befolkningen i de nye EU-landene. Ukraina og Hviterussland har en større russisktalende befolkning. Det er imidlertid svært sannsynlig at de fleste forumbrukere er innvandrere fra Russland. Jeg har derfor valgt å henvise til Russland som diskusjonsdeltagernes hjemland. Jeg anser dette som uproblematisk da det er mange likheter mellom helsevesenene i de fleste postsovjetiske land (McKee i Beaglehole m fl. 2009:102).

² For mer informasjon se: <http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/migrasjonshelse/migrasjonshelse/> (lesedato 4. juni 2013)

I dag er det omlag 710 400 personer bosatt i Norge som enten har innvandret selv (593 300 personer) eller er født i Norge med to innvandrerforeldre (117 100 personer). Til sammen utgjør disse gruppene 14 prosent av befolkningen (SSB 2013). Familieinnvandrere utgjør den største gruppen av innvandrere i perioden 1990–2009, i alt 165 000 personer.

Familieinnvandrere er en sammensatt gruppe som kan deles i flere undergrupper avhengig av om de kommer samtidig med andre familiemedlemmer eller gjenforenes med slektninger som allerede er i Norge (SSB 2012).

Per 1. januar 2012 var det 15 802 innvandrere fra Russland i Norge (SSB 2013). Mange russiske kvinner kommer til Norge gjennom familieinnvandring. Stadig flere kommer også på grunn av utdanning. Russland er et av tre land som topper statistikken av utenlandske studenter i Norge. (SSB 2012). Det var dobbelt så mange kvinner blant de russiske innvandrerne i Norge ved inngangen til 2008, en kvinneandel på 66 prosent.

Kjønnsfordelingen er relativt jevn i de aller yngste aldersgruppene. Kvinner er overrepresentert blant innvandrere fra Russland som er 20 år eller eldre. Kjønnsfordelingen blir skjev med økende alder, og blant de eldste aldersgruppene er hele 74 prosent kvinner. Det vil si at det er nær 3 kvinner per mann i aldersgruppen 25-50 år (SSB 2009). Dermed er det ikke overraskende at de fleste forumbrukerne også er kvinner, kjønns sammensetningen på dom.no avspeiler den faktiske sammensetningen blant russiske innvandrere i Norge i dag.

2.3. Forskning på innvandreres helse

Flere norske studier påpeker at innvandrere har dårligere helse enn etniske nordmenn. SSB rapport *Innvandrerens helse 2005/2006* (Blom 2008) viser at innvandrere og deres etterkommere vurderer sin helse som dårligere enn befolkningen generelt. Mens 86 prosent av majoritetsbefolkningen oppfatter sin helse som god, eller meget god, ligger gjennomsnitt blant de ikke-vestlige innvandrergruppene på 67 prosent. Blant majoritetsbefolkningen er det ingen vesentlig forskjell mellom kjønnene i forhold til synet på egen helse. Blant innvandrerbefolkningen derimot, vurderer kvinnene egen helse som dårligere enn mennene. Andelen positive vurderinger synker raskere med innvandrernes og etterkommernes alder. I løpet av ett år hadde innvandrere og etterkommere nesten fem ganger så mange fastlegebesøk sammenlignet med majoritetsbefolkningen (Blom 2008:3).

Forskningen på henvendelser til fastlegen, kan indikere at innvandrere har større medisinsk behov, samtidig som den også kan bety at behandlingen de mottar ikke blir ansett som tilfredsstillende og dermed fører til økt pågang hos fastlegen (Goth 2010). Mange innvandrere foretrekker å bruke legevakten fremfor å henvende seg til fastlegen. Forskning knyttet til bruk av fastlege viser at nylig ankomne innvandrere er mindre informert om organiseringen av helsesektoren, det er uklart for dem hvilken praksis de er del av og hva legevaktens rolle er (Goth 2012). Dette kan være en forklaring på hvorfor mange innvandrere søker hjelp på legevakten.

I rapporten *Public Health Challenges of Immigrants in Norway* rettes fokuset mot metodiske utfordringer i forskningen på innvandrerhelse. Rapporten påpeker at innvandrere ofte blir definert som en homogen gruppe, noe som kan gi skjeve utslag i forskningsresultatene. I tillegg preges forskning av lav responsrate, små utvalg, og kulturelle misforståelser av begrepene ”helse” og ”holdninger” (Abebe 2010). I denne oppgaven vil jeg trekke på erfaringene fra den ovennevnte forskningen. Jeg velger dermed å fokusere på én avgrenset innvandrergruppe og søker å gå i dybden av denne gruppens utfordringer og refleksjoner slik de fremstilles på nettforumet dom.no.

Tidligere norsk forskning på russiske innvandrere handler hovedsakelig om kvinner (Moen-Larsen 2011). Denne forskningen belyser blant annet ekteskapelig diskurs (Se for eksempel Flemmen 2007) og prostitusjonsproblematikken (Se for eksempel Stennvoll 2002; Sverdljuk 2009). I tillegg har Moen-Larsen (2011) studert russiske kvinners identiteskonstruksjoner i en norsk-russisk kontekst. Det finnes så langt ingen studier som tar for seg den russiktalende gruppens helseutfordringer i et flerkulturelt norsk-russisk perspektiv. Min studie er dermed et bidrag til den eksisterende litteraturen om russiskspråklige kvinner i Norge samtidig som den er unik på grunn av sin helsetematiske fokus.

På Mighealth hjemmesiden som er utarbeidet for å samle informasjon om migrantenes og etniske minoriteters helse i Norge, presiseres det at

det trengs mer forskning på områder som etnisk tilhørighet, mottakelsen i det norske samfunnet og hvordan selve akkulturasjonsprosessen påvirker innvandreres helse.

*Likeledes trengs mer forskning når det gjelder tilgang til helsetjenester og kvaliteten på tjenestene.*³

Ved å trekke på informasjon fra et internettforum bidrar min oppgave til å skape en bedre forståelse av innvandrers - mer spesifikk russisktalende kvinners utfordringer i møte med fastleger. Dermed vil oppgaven kunne gi pekepinn for hvilke problemstillinger det norske helsevesenet bør fokusere på i møte med nye innvandrere.

2.4. Helsereelatert internettbruk

Internett spiller en viktig rolle i dagens samfunn og påvirker alle sider av menneskenes liv, inkludert erfaringer knyttet til helse og sykdom. En trendanalyse av helsereelatert internettbruk i Norge i 2000–2010 viste at det er en økende tendens til å bruke nettet til å få tilgang til informasjon om helse og sykdom. Det prognoseres at hele 84 prosent av befolkningen brukte internett i forbindelse med helsespørsmål i 2010 (Wandberg m. fl. 2009).

Et annet forskningsprosjekt, gjennomført i Norge og seks andre europeiske land viser at kvinner bruker internett i større grad enn menn når det gjelder helsespørsmål.

Hovedaktiviteten forbundet med helsereelatert internettbruk er informasjonssøk. I tillegg bruker flere internettet til kommunikasjon oftere enn tidligere. 27 prosent av de spurte deltar i forum og selvhjelpsgrupper på nettet (Andreassen m. fl. 2007). Denne prosenten har mest sannsynlig økt i løpet av de siste årene på grunn av den voksende populariteten til ulike sosiale nettverk. Studien til Andreassen m. fl (2007) viser også at mennesker bruker internett for å bestemme om de vil oppsøke helsepersonell eller for å få en ”second opinion”.

Deltakelse i helsesamfunn på internettet synes å være knyttet til mer nysgjerrige og selvstendige pasienter. Dette utfordrer leger på ulike måter. Internettbruk har betydning for hvordan individer takler møtene med legene og hvordan de forholder seg til helsepersonell og helsesystemer (Santana m.fl. 2011).

Innvandrere bruker internett for å drøfte forskjellige problemstillinger som kan være aktuelle for dem i møte med det nye landet. Helsereelaterte problemstillinger er ingen unntak. En studie av helsereelatert internettbruk blant ulike folkegrupper i Israel, inkludert innvandrere fra

³ Tilgjengelig på <http://mighealth.net/no/index.php/2>. *Migranter og minoriteters helse* (lesedato 5. juni 2013)

tidligere Sovjetunionen, viser at internett er et av de viktigste hjelpemidlene som brukes for å redusere ulikheter i adgang til helseinformasjon. Studien konkluderer med at offentlige instanser må satse på økt bruk av internett for å nå ut til minoritetsbefolkningen. Pasientene som bruker internett antas å ha bedre kommunikasjon med legene gjennom mer fokuserte diskusjoner av helserelaterte problemstillinger (Mesch m.fl. 2012).

Som tidligere nevnt, har en studie av ukrainske innvandrere i Norge funnet at nettstedet dom.no ofte blir benyttet av dem til å oppdateres om Norge, forhold knyttet til migrasjon, praktiske sider ved dagliglivet i det nye landet, inkludert helseinformasjon.⁴ Med utgangspunkt i dette har jeg valgt å fokusere på informasjon fra det ovennevnte diskusjonsforumet. Det kan være en god kilde til kvalitativ datamateriale som både kombinerer helserelatert internettbruk og gir innsyn i problemstillinger som er mest aktuelle for deltagere.

Et nyere eksempel på helserelatert internettbruk er knyttet til lanseringen av hjemmesiden legelisten.no som har som mål å hjelpe med å finne gode fastleger.⁵ Nettsiden ble lansert i mai 2012 og per 26.oktober 2012 ble det skrevet nesten 15 000 pasientvurderinger av fastleger. I Oslo har over 90 prosent av fastlegene blitt vurdert av minst en pasient. Legelisten.no har rundt 2500 besøkende per dag. Dette indikerer at brukere er både opptatt av å dele sine erfaringer på nettet og samtidig hjelpe andre gjennom å dele sine erfaringer. I denne nettsidens blogg står det at siden vekker større interesse og har flere besøk enn helsenorge.no. Jeg finner dette fenomenet svært interessant og kommer tilbake til diskusjonen av Legelisten.no fordi jeg har brukt den som en del av mitt forarbeid.

For migranter som ikke kan språket i det landet de flytter til, vil det være mest naturlig å lete etter informasjon på internett på morsmål. Søkermotoren Yandex.ru er den mest brukte i Russland.⁶ Når man søker på "helsevesenet i Norge" i yandex.ru kommer diskusjonsforumet dom.no som nummer åtte på trefflista.⁷ Samtidig finner man en del artikler om helsesystemet i Norge som gir en generell oversikt over blant annet finansiering, helsereformer, og hjelpen pasientene i Norge har krav på.

⁴http://file.prio.no/Publication_files/Prio/Immigration%20to%20Norway,%20PRIO%20Policy%20Brief%202010.pdf

⁵ Tilgjengelig på: <http://www.legelisten.no/> (lesedato 02.11.12)

⁶ <http://www.fapmc.ru/magnoliaPublic/dms-static/7180131a-52db-4002-9408-e2403280a861.pdf> (lesedato: 03.05.13)

⁷ <http://tinyurl.com/blfj9vl> (lesedato 03.05.13)

Det er selvfølgelig en forskjell på offentlig informasjon utgitt av landets myndigheter og informasjon som legfolk diskuterer og formidler seg imellom på et uformelt diskusjonsforum. Jeg synes derfor at det er ekstra viktig å se nærmere på om det som diskuteres på nettforumet av mange russisktalende innvandrere, står i samsvar med offisiell informasjon på statlige nettsider. Kan det være at innvandrere lurer på eller er opptatt av noe helt annet enn de opplysningene som foreligger tilgjengelig? Mine empiriske funn viser for eksempel at forumdeltagere er opptatt av veldig konkrete og praktiske problemstillinger som henvisninger til spesialister og medisinerer. Finnes det tilfredsstillende informasjon om dette på offentlige hjemmesider? Dette kommer jeg til å utdype i kapittel fem i denne oppgaven.

Det kan finnes ulike årsaker bak bruken av helserelevante internettfora. Tanis (2008) refererer til følgende seks grunner: 1) informasjonssøk, 2) emosjonell støtte, 3) inkludering, dvs. bruk av diskusjonsforumet for å føle seg som en del av en gruppe, 4) praktisk støtte til andre, dvs. å hjelpe dem i konkrete situasjoner, 5) tidsfordrivende aktivitet, 5) brukervennlighet, man bruker nettfora fordi det er enkelt.

Å finne relevant informasjon av god kvalitet blir mer komplisert på grunn av store mengder av informasjon som er tilgjengelig. Informasjonens pålitelighet kan være problematisk fordi den inneholder mange personlige synspunkter og erfaringer (Johnsen m.fl. i Tjora og Sandaunet 2010:53). I den forbindelse er det viktig å understreke at nettforumet som datamaterialet i denne oppgaven er hentet fra består hovedsakelig av beskrivelser av personlige erfaringer. Dette gjør det vanskelig å finne ”objektiv” informasjon. Jeg mener imidlertid at siden mange forumbrukere deltar i diskusjonene på dom.no kan dette tyde på at temaene som tas opp oppleves som viktige og relevante. Mitt formål er ikke å finne objektive sannheter om det norske helsesystemet, men heller gjøre rede for innvandrernes egne fortolkninger og persepsjoner.

2.5. Offentlig informasjon om det norske helsevesenet (for innvandrere)

En av mine underproblemstillinger går ut på å sammenligne tilgjengelige opplysninger utgitt av offentlige instanser, med spørsmål som tas opp på forumet. Motivasjonen bak å rette fokus mot disse informasjonskildene er knyttet til mulige forskjeller og uoverensstemmelser mellom

informasjon som er formidlet gjennom to ulike kanaler. På den ene siden ville informasjonen fra offentlige etater være en mer pålitelig og nøyaktig, på den andre siden finnes det kanskje andre behov hos pasientgruppen enn det som presenteres på offentlige nettsider.

Den offentlige helseportalen som helsedirektoratet er ansvarlig for, har en link for minoritetsspråklige brukere.⁸ Portalen gir ingen informasjon på russisk der. Man finner imidlertid artikler på engelsk, tyrkisk, somali og vietnamesisk som omhandler blant annet pasientenes rettigheter, råd og veiledning knyttet til enkelte sykdommer samt råd som gjelder psykisk helse.

Studien *Tilrettelegging av offentlig informasjon for innvandrere* viser at økt kunnskap om helseforskjeller mellom den etnisk norske befolkningen og innvandrerbefolkningen har ført til mer fokus på tilrettelegging av informasjon og tjenester for ulike brukergrupper (Dahle og Ryssevik 2011). Helsedirektoratet ønsker å formidle informasjon til brukere gjennom trykt materiell tilgjengelig hos lokale tjenesteytere. Direktoratet er også opptatt av å formidle informasjon i brukernes eget miljø deriblant gjennom innvandrersorganisasjoner og i butikker. Dahle og Ryssevik (2011:36) poengterer at offentlige nettsider fungerer i liten grad som kanal mot sluttbrukere, de blir først og fremst brukt av helsepersonell.

Folkehelseinstituttet har i løpet av de siste årene fått økt fokus på publikumsinformasjon og tilrettelegging av informasjon til ulike brukergrupper. De anser sine nettsider som den viktigste kanalen for formidling. Instituttets nettsider finnes i dag på norsk og engelsk. Når det gjelder andre språk, finnes det imidlertid ingen klar prioriteringsstrategi og instituttet gir uttrykk for usikkerhet både med hensyn til språkvalg og tilretteleggingsbehov hos ulike grupper. For eksempel er informasjon om HPV vaksine, tuberkulose og behandling av lus oversatt til arabisk og farsi, men ikke til andre språk. Det er hittil ikke blitt gjennomført systematiske undersøkelser relatert til behovet eller bruken av tilrettelagt helsemateriell. (Dahle og Ryssevik 2011:39). Denne masteroppgaven forsøker å løfte frem behovene til den russisktalende innvandrergruppen. I fremtiden kan man undersøke om disse behovene samsvarer med andre innvandrergrupper.

Samtlige nye innvandrere i Norge må gjennomføre femti timers kurs i samfunnskunnskap hvor de får en del informasjon om hvordan det norske samfunnet fungerer. På hjemmesidene til

⁸ Tilgjengelig på <http://helsenorge.no/Sider/default.aspx> (lesedato 30.05.13)

dette kurset, finnes det også helserelaterte opplysninger på russisk.⁹ Der presiseres det at alle har ansvar for sin egen helse og at livsstil påvirker helsetilstand. Det opplyses også om at i motsetning til mange andre land i verden hvor legene er mer autoritære, er det i Norge vanlig med diskusjoner mellom leger og pasienter. Leseren blir opplyst om at fastleger kan sende sine pasienter til spesialister og at de har taushetsplikt. Man finner også en kort orientering om ambulansen og hvilken informasjon man må oppgi når man ringer til alarmsentralen. I tillegg til dette finnes det informasjon om apotekene, blå resept, tannhelse og barnehelse. Selv om disse opplysningene er absolutt nødvendige er de også veldig generelle. Det besvarer ikke alle spørsmål som kan være aktuelle for innvandrere, noe jeg skal diskutere mer utfyllende i analysedelen av denne oppgaven.

”Ny i Norge” er en hjemmeside som har praktiske opplysninger samlet fra flere offentlige etater.¹⁰ Siden er først og fremst ment for arbeidsinnvandrere, men opplysninger som finnes der er også nyttige for andre innvandrere samt individer som arbeider med innvandrerspørsmål. Denne nettsiden er tilgjengelig på norsk, engelsk, tysk, polsk og litauisk. Siden har en rubrikk kalt ”Helse” som henviser til flere artikler om det norske helsevesenet og pasientenes rettigheter. Rubrikken gir til og med en detaljert forklaring på hva man skal gjøre når man blir syk i Norge og hva man gjør ved akutte tilstander.¹¹

De fleste innvandrere fra Russland og andre østeuropeiske land som ikke er med i EU må ha visum når de kommer til Norge. De må som regel møte opp på ambassaden for å søke om visum. Den norske ambassaden i Moskva gir en del informasjon om det norske helsevesenet. På ambassadens infoside finnes det en kort beskrivelse av det norske helsesystemet på russisk.¹² Denne beskrivelsen er veldig generell og forteller om finansiering, om hvordan helsesystemet fungerer på ulike nivåer og om statlige og private helseinstitusjoner. Det er også gitt en kort beskrivelse av ulike velferdsordninger. Samtidig gir ikke nettsiden verken noen konkret informasjon om pasientenes rettigheter eller praktisk informasjon om hva en må gjøre når sykdom oppstår.

Når det gjelder informasjon om fastlegeordningen i Norge, sender HELFO et brev på norsk til alle nyankomne innvandrere. Dette er et standardbrev som opplyser om fastlegeordningen,

⁹ <http://www.samfunnskunnskap.no/?lang=ru> (lesedato 26.04.13)

¹⁰ <http://www.nyinorge.no/no/Ny-i-Norge/> (lesedato 30.05.13)

¹¹ Denne siden finnes ikke på russisk per dags dato (30.05.13).

¹² http://www.norvegia.ru/About_Norway/policy/1/healthsystem/

om hvilken lege en fikk tildelt og om hvordan man eventuelt kan bytte lege. Det er rimelig å anta at flesteparten nyankomne innvandrere ikke kan lese norsk, og derfor får svært lite ut av dette brevet. Goth (20012) sin studie av innvandreres bruk av fastlegeordningen viser at innvandrere har dårligere forutsetninger for bruk av fastlegeordningen nettopp fordi at de rett og slett ikke får den informasjonen de trenger, noe som kan føre til at fastlegen ikke blir brukt. Hennes forskningsresultater viser også at mangel på informasjon fører til at innvandrere søker etter nødvendige opplysninger i innvandrer miljøer og at informasjonen de får der ofte kan være feil (Eriksen 2012).

De ovennevnte funnene er nyttige å ta med videre i min analyse. Et særlig viktig spørsmål er hvorvidt informasjonen som formidles til innvandrerne faktisk samsvarer med det de selv gir uttrykk for at de trenger. Selv om internettet ikke er den eneste opplysningskilden som russisktalende innvandrere bruker, vil dom.no være en viktig informasjonskanal for mange, spesielt nye, innvandrere. Hvis informasjonen på forumet er ukorrekt, kan dette i verste fall få alvorlige helsemessige konsekvenser for brukerne. Derfor er det viktig å jobbe for at samtlige innvandrergrupper har tilgang til nødvendig informasjon.

2.6. Det russiske helsevesenet

Noe av forklaringen på utfordringene og misforståelsene som innvandrere møter i det norske helsevesenet kan være knyttet til forventninger basert på deres erfaringer fra hjemlandet, noe man tydelig ser i datamaterialet mitt. For å kontekstualisere mitt empiriske materiale vil jeg her gi en kort innføring i det russiske helsesystemet. Som tidligere nevnt er det mange fellestrekk mellom helsevesen i de fleste post-sovjetiske land (McKee i Beaglehole m fl. 2009:102). Derfor vil denne referanserammen være gjeldende for mange russisktalende innvandrere i Norge.

Health system review for Russland viser at siden århundreskiftet har helsetilstanden til befolkningen i Russland blitt bedre, og gjennomsnittlig levealder er nesten tilbake til nivået den var på i 1990. Til tross for slike positive trender, påpeker Verdens helseorganisasjon (WHO) at russernes helse er betydelig verre enn helsetilstanden i Vest-, Sentral-og Øst-Europa og andre land i G8. I tillegg har det russiske helsevesenet fortsatt mange utfordringer innenfor områdene organisasjon, ledelse og finansiering (WHO 2011).

Helseulikhetene øker både i forhold til ressursbruk, budsjettforskjeller mellom regioner og befolkningsgrupper – spesielt mellom rurale og urbane populasjoner. Det russiske helsesystemet er preget av dårlig effektivitet. Andelen av innleggelsesutgifter er fortsatt mye høyere enn i vesteuropeiske land. Primærhelsetjenesten er underutviklet. Verdens helseorganisasjon påpeker også at pasienter i Russland har en begrenset tilgang til informasjon om helsetjenester – forsikring, kvalitet og ulike typer tilbud. Det er også vanskelig for pasienter å vurdere kvaliteten av tjenester, derfor stoler mange på personlige anbefalinger fra venner og kjente (WHO 2011).

I praksis bruker de fleste innbyggerne i Russland poliklinikk som befinner seg i området hvor de bor uten å være klar over at de kan bytte ut en utilfredsstillende lege. Den viktigste begrensningen for russiske pasienter er mangelen på informasjon om deres sykdom eller om potensielle behandlingstilbud. Uten slik informasjon er det vanskelig for pasienter å gjøre informerte valg om deres medisinske behandling. Valget er derfor oftest tatt ved hjelp av råd fra sosiale nettverk (WHO 2011).

Nivået av selvrapporing av sykdom i Russland ligger på 50 til 100 prosent høyere enn gjennomsnittet i Vesteuropiske land (Manning og Tikhonova 2009:8). De fleste russere forstår helse ”negativt” – som fravær av sykdom (81 %) (Manning og Tikhonova 2009:74). Det er store sosiale forskjeller i Russland noe som påvirker adgang til helsetjenester og helseatferd. Manning og Tikhonova (2009) skriver at man kan definere syv ulike pasientgrupper i Russland avhengig av deres preferanser av og muligheter til å bruke helsetjenester. Det finnes for eksempel pasienter som kun bruker statlige klinikker og som ikke har ressurser til å bruke andre tjenester. Det finnes også pasienter som bruker statlige klinikker kun for å få henvisning videre til private institusjoner. Videre finnes også en ”middelklasse” som bruker både offentlige og private helsetjenester alt ettersom hva som er mest hensiktsmessig i ulike situasjoner. Enda en pasientgruppe anvender helsetjenester på arbeidsplassen. Forfatterne definerer også en ”Høyrisiko gruppe”, pasienter som ikke bruker helsetjenester i det hele tatt, eller bruker dem kun i akutte situasjoner. En annen gruppe bruker kun helseinstitusjoner som de har adgang til gjennom helseforsikringen. De har en spesiell lege de går til og kontakter og nettverk som de bruker når de har behov for større inngrep. Siste pasientgruppe jobber selv innenfor helsevesenet og har ”riktige” bekjenskaper som hjelper dem ved behov (Manning og Tikhonova 2009: 181).

Fotaki (2009) har gjort en studie av uformell betaling i helsevesenet som er et felles kjennetegn i alle postsovjjetiske land. Det finnes ulike typer uformell betaling. Fotaki referer til Ga 'al og McKee (2005) sin klassifisering av potensielt ufrivillig betaling, for eksempel når pasientene føler seg tvunget til å betale for å få behandling og frivillig betaling, definert som takknemlighetsuttrykk for en vellykket behandling. Det er ofte vanskelig å skille mellom frivillig og ufrivillig betaling fordi disse ofte omhandler tjenester som i utgangspunktet skal være gratis. Dette fører til negative helsemessige konsekvenser spesielt for den mest utsatte gruppen som ikke har anledning til å betale for behandling (Fotaki 2009:650). Forfatteren konkluderer med at en slik situasjon undergraver alle målene til en helsereform som er rettet mot forbedringen av helsetilstanden til befolkningen.

Kort oppsummert ser vi at det er mange utfordringer innenfor helsesystemet i Russland. Det vil være utover oppgavens formål å kartlegge alle aspektene ved det russiske systemet. Jeg har forsøkt å belyse de aspektene som kan ha betydning for de russiske innvandrernes møte med det norske helsevesenet. Det som kjennetegner Russland spesielt er at det er store sosiale forskjeller, noe som fører til bredere variasjon av muligheter til å bruke helsetjenester. I tillegg til det, er manglende informasjon om rettigheter et utbredt problem. Når uformell betaling er veldig utbredt påvirker dette muligheten for å få behandling. De som har dårlig råd har ofte begrensede muligheter, i verste fall får de ikke hjelp i det hele tatt. Det vil dermed eksistere forskjeller innenfor den russisktalende innvandrerguppen noe som henger sammen med ulik informasjonsbehov og ulike forventninger til det norske systemet. Variasjoner innenfor denne gruppen vil også ha betydning for løsninger som ulike pasienter velger å benytte seg av. Dette er aspekter som det er viktig å ha i bakhodet underveis i analysen.

I Norge har man imidlertid klart definerte retningslinjer for hva man betaler av egenandel og hva slags behandling man har krav på, i tillegg finnes det ikke så store inntektsforskjeller som i Russland. Det norske systemet kan virke litt enklere med mye klarere retningslinjene, samtidig som det kan være utfordrende å gjøre riktige valg når en ikke kjenner til hvordan systemet fungerer. For innvandrerne representerer det norske helsesystemet en helt ny måte å tenke på. Det er derfor ingen selvfølge at alle kan sette seg inn i det nye systemet og umiddelbart forstå hvordan det fungerer. Et nettbasert diskusjonsforum kan være en viktig informasjonskanal for innvandrere, og kan gi oss en bedre forståelse av barrierene de møter på ved bruk av helsetjenester i Norge. Denne oppgaven formidler utfordringene fra pasientenes side.

3. Teoretisk rammeverk

Det teoretiske utgangspunktet for denne oppgaven er et interaksjonstisk perspektiv på pasientrollen. Dette perspektivet suppleres med en Grounded Theory-tilnærming til analyse materialet. Grounded Theory forsøker å forstå meningen bak individenes handlinger ved å stille det grunnleggende spørsmålet: *hva skjer i denne situasjonen* (Bryant og Charmaz 2007:21), mens det interaksjonistiske perspektivet vektlegger deltakernes gjensidig konstruerte rolleforståelser. Diskusjonsforum på internett utgjør en kilde til et rikt og flertydig datamateriale. Et spørsmål som melder seg er hva slags sosialt rom et slikt forum utgjør? Man kan undres om hva slags formål aktørene som bruker nettfora har, og hvorfor interaksjonen utspiller seg på den måten den gjør.

Grounded Theory lar kategorier og teorier springe ut av den meningen aktørene selv legger i det de gjør. Teorien streber således etter å ivareta aktørens egen situasjonsforståelse (Aakvaag 2008:71). Fokuset i denne oppgaven er rettet mot innvandreres opplevelse av det norske helsevesenet og mot deres konstruksjoner av norske helsearbeidere. Selv om det ikke er mulig å gjennomføre en analyse uten noen overordnede analytiske spørsmål, er det viktig at forumdeltakernes egen situasjonsforståelse kommer klart til syne. Grounded Theory vil bli ytterligere presentert i metodekapittelet fordi denne teorien og metoden henger tett sammen. I dette kapittelet vil jeg ta for meg det mer konkrete teoretiske rammeverket som er bygd rundt teorier knyttet til pasientroller og samhandlingsmodeller mellom leger og pasienter, samt begreper *disease/illness/sickness*.

Disse temaene er gjengangere i medisinsk sosiologisk teori, men min beslutning om å bruke dem er et resultat av en analyseprosess basert på Grounded Theory, hvor koding og dataanalyse skjer parallelt med søken etter teoretiske begreper som skal forklare fenomener en studerer. På et tidlig stadium i analysearbeidet ble det klart at utfordringene som forumdeltakerne beskriver, må ses i sammenheng med ulike forståelser av sykdom og roller, noe som videre påvirker samhandlingen mellom legene og pasientene. Analysen av datamaterialet viste at konfliktaspektet ved samhandlingen mellom russisktalende innvandrere og deres fastleger er sosiologisk interessant. Dette konfliktaspektet må igjen ses i sammenheng med sprikende rolleforståelser mellom lege og pasient. Jeg vil komme tilbake til dette senere i diskusjonskapittelet.

Dette kapittelet innledes med en generell oversikt over sosiologiske paradigmer innenfor medisinsk sosiologi med hovedvekt på interaksjonismen (Gerhardt 1989). Videre skal jeg presentere Parsons (1951) begrep *sykerolle* og knytte det til forståelsen av moderne pasienter før jeg går over til en diskusjon av begreper *disease/illness/sickness* (Twaddle 1994). Til slutt skal jeg drøfte samhandlingsmodeller for lege-pasient relasjoner (Bury :1997). Jeg kommer i størst grad til å ha fokus på forhandlings- og konfliktmodellen som er mest relevant for mine funn, noe som vil komme frem i denne oppgaven.

3.1. Ulike tilnæringer innefor medisinsk sosiologi

Ulike sosiologiske paradigmer har vært brukt for å forklare sykerollen og samhandlingen mellom leger og pasienter. Ifølge Gerhardt (1989) kan man skille mellom strukturfunksjonalistiske, interaksjonistiske, fenomenologiske og konfliktteoretiske paradigmer innenfor medisinsk sosiologi. Samtlige anses som viktige bidrag til forståelsen av helserelaterte problemstillinger.

Det klassiske bidraget innenfor medisinsk sosiologi kommer fra Talcott Parsons og hans strukturfunksjonalistiske teori om sykdom og sykerollen. Hans hovedfokus ligger på sosiale systemer hvor sykdom er en uønsket og forstyrrende tilstand (Gerhardt 1989). Parsons sykerolle-begrep er nyttig for å få en forståelse av de komplekse relasjonene som russisktalende kvinnelige pasienter møter innenfor helsevesenet. Samtidig har Parsons blitt mye kritisert fra et interaksjonistisk ståsted. Det er viktig å se nærmere på denne kritikken fordi begge disse teoretiske tilnærmingene blir brukt til å forme en forståelse av datamaterialet i denne oppgaven.

Interaksjonistisk perspektiv innenfor medisinsk sosiologi kom som en kritikk av strukturfunksjonalistiske teorier. Interaksjonismen ser på sykdom fra et mikroperspektiv og er mest opptatt av menneskets forståelse av samhandling, deres motivasjon, forståelse og meningsdannelse (Gerhardt 1989). Dette er en tilnærming som er mest fruktbar å bruke for analysen av mitt datamateriale. I diskusjonene på forumet er deltagerne mest opptatt av nettopp de konkrete situasjonene, noe som gjerne bærer preg av deres forventninger og erfaringer. Analysen vil vise deres situasjonsforståelser, noe som er et viktig utgangspunkt for å forstå de komplekse utfordringene som russisktalende pasienter opplever i møte med fastleger.

Jeg kommer ikke til å gå i dybden av konfliktteoretisk og fenomenologisk paradigme, da disse ikke blir brukt i oppgaven i noen stor grad. De konfliktene jeg har sett at faktisk forekommer mellom leger og pasienter lar seg forklare fra interaksjonistisk perspektiv.

3.2. Den moderne pasienten: rolleforståelse

Moderne perspektiver på pasientrollen har sitt utspring i det klassiske strukturfunksjonalistiske bidraget til Talcott Parsons (1951). Han definerte sykerollen bestående av fire komponenter: 1) sykerollen legitimerer fritagelse fra en rekke forpliktelser, 2) det syke har ikke skyld i egen tilstand og kan ikke bli bedre uten profesjonell hjelp, 3) den syke har et sosialt ansvar å bli bedre og må følge profesjonelle råd som gis, 4) det forventes at den syke vil søke kompetent hjelp fra en lege (Tjora 2008:14). Parsons tilnærming har møtt mye kritikk blant annet fra Elliot Freidson (1970) som argumenterer for at det må skilles mellom *sykerollen* og *pasientrollen* fordi at det først og fremst er lekfolk som definerer sykdom i en sosial kontekst (Tjora 2008:15).

Pasientrollen og sykerollen, som ofte vil være sammenfallende hos Parsons, er i stor grad legestyrt og kan være problematiske å forholde seg til. Når vi tenker på sykerollen i en bredere forstand, må det trekkes frem at denne rollen konstrueres i en sosial kontekst, blant annet på nettet, i ulike diskusjonsfora. Samhandlingen mellom leger og pasienter og ulike rolleforståelser henger tett sammen med sosiale normer og aktørenes forforståelser. For mine informanter er disse forankret i deres erfaringer fra hjemlandet – det vil si fra et annen sosial virkelighet. En slik situasjon kan skape usikkerhet og misforståelser og danne dårlig grunnlag for samhandling med fastlegen, noe som er et viktig poeng som jeg vil ta opp igjen i analysen.

Parsons' sykerolle tar også for seg relasjoner mellom leger og pasienter og viser den sammensatte rollen legene har: de må både være objektive og behandle pasienter profesjonelt samtidig som de må oppnå tillitt fra pasienter, noe som krever individuelle tilnærminger (Gerhardt 1989:28). Parsons' sykerolle har også blitt kritisert for å være universell og gjeldende for alle uavhengig kulturell, etnisk og klassebakgrunn. Det er imidlertid flere studier som viser at pasientene får forskjellig behandling avhengig av deres bakgrunn (Tjora 2008:16). Parsons' tilnærming til *sykerollen* er en idealtypisk, det er en modell som forutsetter at både leger og pasienter kjenner til sin rolle og oppfører seg i henhold til sine rettigheter og plikter (Morgan

2003). Dette er problematisk i forhold til innvandrerpasienter fordi deres bakgrunn, deres forforståelser og forventninger kan skille seg fra det som er *vanlig* i Norge. Det er heller ikke gitt at legen er kjent med pasientenes bakgrunn og den sosiale virkeligheten som pasienten kommer fra, noe som gjør samhandlingen utfordrende. Som jeg kommer til å vise i analysen handler ofte samhandlingen om forsøk på gjensidig tilpasning, noe som av og til resulterer i endring av oppfatninger og tilpasning av rollene.

Annen kritikk av Parsons går ut på idealisering av lege-pasient relasjoner – disse relasjoner er ikke alltid funksjonelle. Det er ofte stor potensiell konflikt mellom leger og pasienter på grunn av ujevn fordeling av makt, kunnskap og status, noe som kan føre til gjensidig mistillit (Tjora 2008:15). Et eksempel fra mitt datamateriale er knyttet til utfordringen med å få henvisning til spesialisten selv om pasienten mener at hun har krav på det. Det er fastlegen som har mer makt og bestemmer om en pasient skal få henvisning eller ikke – dette skaper konflikter og misnøye hos pasienter. I slike situasjoner er det vanskelig å snakke om objektiv behandling av pasienter: det som oppleves som objektivt fra legens side, kan oppleves som urettferdig fra pasientenes side, noe jeg kommer til å tydeliggjøre i analysen av datamaterialet.

Diskusjoner på forumet viser at sykerollen og pasientrollen i dag er mye mer komplisert enn det Parsons beskriver. Det er ofte motstridende definisjoner av sykdom og tilsvarende motstridende rolleforståelser som danner grunnlag for utviklingen av lege-pasient relasjoner. Et nettbasert diskusjonsforum kan være en av faktorene som påvirker både forventninger og rolleforståelser i slike relasjoner. Selve muligheten til å bruke mange ulike informasjonskilder før og etter en legekonsultasjon er tegn på at pasienter er mye mer aktive i dag, noe som utvilsomt påvirker deres forståelse av hvilken rolle de har i lege-pasient relasjonen. Det kan derfor være nyttig å supplere Parsons' begrep med en utvidet forståelse av pasientrollen, hvor den ”syke” også har et aktivt forhold til samhandling med lege. Videre i analysen skal jeg referere til utvidet pasientrolle begrep som har fokus på pasientenes beskrivelser og refleksjoner.

3.3. *Disease, illness og sickness*: begreper for å forstå konflikter og uenigheter

I tillegg til de overnevnte perspektivene vil jeg bruke begrepene *disease/illness/sickness* som bakenforliggende forståelse og til tolkning av konkrete sykdomssituasjoner som danner grunnlag for samhandlingen mellom fastleger og deres pasienter. Ut fra disse begrepene kan vi se på hvordan ”kampen” om å tolke sykdomssituasjonen oppstår mellom norske fastleger og deres russisktalende pasienter.

Skillet mellom tre ulike typer sykdomsforståelser er knyttet til de medisinske, personlige og sosiale aspektene ved sykdommen. Twaddle (1994) definerer *disease* som en medisinsk definert tilstand knyttet til fysiologiske endringer i kroppen som kan måles i henhold til visse kriterier. *Illness* handler, i motsetning til *disease*, om subjektiv og personlig forståelse av helsetilstanden. *Sickness* er knyttet til sosial identitet, sosialt definerte forståelser av sykdom og av sykdomsrelaterte rettigheter og plikter (Hofmann 2011:21). Det er mest hensiktsmessig å se på disse begrepene som gjensidig utfyllende og ikke som hverandres motsatser (Hoffmann: 2011).

Jeg vil benytte meg av disse begrepene for å forklare kompleksiteten i samhandlingen mellom russisktalende pasienter og deres fastleger. Mine empiriske funn tyder på at nettopp opplevelsen av *illness* og *sickness* er noe som ofte kommer i konflikt med *disease* definisjonene til fastlegene. Opplevelsen av *illness* og *sickness* henger også sammen med forståelsen av sykerollen. En potensiell konflikt kan oppstå fordi personlig opplevelse av sykdom (*illness*) og sosialt definert sykdom i hjemlandet (*sickness*) er forskjellig fra den sosialt aksepterte definisjonen av sykdom i Norge.

Diskusjoner på dom.no tar for eksempel for seg spørsmål om hva som kan regnes som ”tilstrekkelig” antall symptomer for å kunne henvende seg til en fastlege og forvente en henvisning til en spesialist. Det kan være at pasientenes oppfatning av *illness* hadde blitt akseptert som *disease* i hjemlandet, men i Norge opplever de at de ikke blir tatt på alvor. Diskusjoner på forumet viser at til og med *disease* kan fortolkes forskjellig i ulike land og det er dermed ikke enkelt for pasientene å forholde seg til ulike systemer. Hvis en utenlandsk pasient får tilbud om å ta prøver eller får en henvisning til en spesialist i hjemlandet, men får ikke den samme behandlingen i Norge gitt identiske symptomer, skaper situasjonen usikkerhet og misnøye. Det kan også være forskjeller innenfor den russisktalende gruppen. Som tidligere

nevnt finnes det syv ulike pasientgrupper i Russland som bruker helsevesenet på forskjellige måter. Gruppen som eksempelvis kun bruker private helseinstitusjoner, eller kun bruker bekjentskaper kan ha store utfordringer med å tilpasse seg til det nye systemet.

3.4. Modeller for lege-pasient relasjoner

Ut fra forforståelser av roller og forventninger til konsultasjoner basert på fortolkning av sykdom, dannes det ulike typer relasjoner mellom leger og pasienter. Bury (1997) diskuterer fire følgende sosiologiske modeller for lege-pasient samhandling: konsensus-, forhandlings-, konflikt- og kontraktmodell. Mine funn lar seg beskrive primært gjennom forhandlingsmodellen og konfliktmodellen.

Forhandlingsmodell har interaksjonistisk utgangspunkt, samtidig som den også inneholder både konflikt og konsensus aspekter. Denne modellen forutsetter aktiv deltagelse fra pasientenes side. Selv om det kan være et konfliktaspekt under konsultasjonen, skal lege og pasient komme til enighet, selv om det ikke er konsensus i deres oppfatninger (Bury 1997:92). Denne modellen retter fokus mot forberedelser som skjer før konsultasjonen. Flere studier viser at pasienter vurderer om de overhodet skal kontakte legen, de velger å snakke med andre (lekfolk) før de tar denne avgjørelsen. I tillegg forbereder pasienter seg på hva de skal si for å redusere maktubalansen mellom seg selv og legen. Under konsultasjonen bruker pasientene ulike forhandlingsteknikker for å oppnå ønsket resultat og konsensus med legen. Allikevel prøver pasientene å unngå direkte kritikk av legen fordi de vet at legen har makt til å bestemme videre behandling (Stimpson og Webb 1975 i Bury 1997:93). Forskning viser også at hvis pasientens oppfatninger tas på alvor og de inkluderes i avgjørelsene legen tar, blir samhandlingen mer konsensuspreget samtidig som pasientene er mer aktive i konsultasjonsprosessen (Bury 1997:93).

Mitt datamateriale viser at samhandlingen mellom russisktalende kvinnelige pasienter og deres fastleger passer delvis innenfor rammene av forhandlingsmodellen slik den er definert av Bury. Dom.no fungerer som et forberedelsesverktøy som brukes til å lære av andres erfaringer og diskutere hvordan det er best å kommunisere med fastleger for å oppnå ønsket resultat. Flere av diskusjonene på forumet viser at denne gruppen er fleksibel. De prøver å forstå hva de må gjøre for at samhandlingen med legene skal fungere godt. Det som kjennetegner russisktalende

innvandrerguppen er at mange opprettholder kontakt med sine leger i hjemlandet, og at vurderingene og argumentene til de russiske legene ofte blir brukt i forhandlingene med de norske fastlegene. Samtidig er både rolleforståelsen og oppfatningen av helsetilstand ofte så forskjellig blant russiske og norske leger, at pasienter som refererer til russiske legere sliter med å oppnå konsensus med norske fastleger. I mange tilfeller er lege-pasient relasjonen dermed preget av konflikt. For å bruke den ovennevnte terminologien fører motstridende diagnoser fra russiske og norske fastleger til at det skapes en uoverensstemmelse mellom *illness* og *disease* i hjemlandet og *disease* i Norge.

Det å være involvert i en dialog og å forhandle med en lege henger tett sammen med hvilken type sykdom pasienten har og hans generelle tilstand. I kritiske situasjoner ønsker pasienten at legen tar avgjørelser på vegne av dem istedenfor å være mer involvert selv. Uansett om pasienten vil være involvert i avgjørelser eller ikke, er det viktig for alle å bli informert om deres tilstand og behandlingsmuligheter (Morgan 2003:60). Mitt datamateriale viser at russisktalende pasienter ofte oppfatter situasjonen som mer alvorlig enn det legene gjør. Dette fører til en overbevisning om at norske leger er mer tilbøyelige til å avvende og se hvordan tilstanden utvikler seg, før de eventuelt reagerer. Denne situasjonsfortolkningen gjør samhandlingen med legen mer konfliktpreget og pasientene forsøker å anvende ulike strategier til å få behandlingen de mener at de har krav på.

Derfor er **konfliktmodell** veldig nyttig for å forstå samhandlingen mellom russisktalende pasienter og deres fastleger. Denne modellen tar utgangspunkt i Freidsons bidrag til medisinsk sosiologi og ble laget som svar på konsensusmodellen til Parsons med hensyn til kritikken som denne modellen fikk. Ifølge Freidson befinner pasienter og leger seg i to ulike sosiale og kulturelle verdener og to ulike virkeligheter: pasienter er opptatt av *illness* mens leger er opptatt av *disease*. Det eksisterer således alltid en konflikt i samhandlingen mellom leger og pasienter (Bury 1997:88). Konfliktmodellen bygger på en motsigende pasientrolle. På den ene siden forventer leger at pasienter er godt informert og vet nøyaktig når de skal henvende seg til legen, noe som kan være problematisk og ikke alltid stemmer overens med legenes oppfatning av henvendelser. På den andre siden skal pasientene følge legenes anbefalinger. Dette skaper konflikter fordi at legene forventer at pasientene er kyndige uten at de nødvendigvis er klare over at slike forventninger kan føre til konflikt. Maktforholdet i lege-pasient relasjoner er alltid asymmetrisk. (Bloor, Horobin 1975 i Bury 1997).

Gjennom diskusjoner på forumet ser vi mange eksempler på konfliktpreget samhandling, noe som resulterer i misnøye og svekket tillitt til leger. Man kan spørre om bedre begrunnelser for legenes valg hadde hjulpet denne gruppen å forså hele situasjonen bedre og lage bedre grunnlag for samhandlingsrelasjoner.

Konsensusmodell tar utgangspunkt i Parsons' sykerolle og strukturorientert teori. Relasjonen mellom lege og pasient er asymmetrisk og legen har mer makt enn pasienten. Allikevel er det konsensus dem imellom da pasienten er klar over sin rolle og vet at han bør følge legenes anbefalinger. Konsensusmodellen har blitt kritisert for at den ikke tar hensyn til kronisk syke, eldre og pasienter med atypiske midlertidige sykdomstilfeller (Bury 1997).

Mitt data materiale viser at selv om det er ønskelig å oppnå konsensus, er det ofte vanskelig fordi at legenes og pasientenes oppfatninger av situasjonen i mange tilfeller er forskjellige. Det er ikke gitt at pasientene aksepterer legenes anbefalinger uten videre, spesielt med tanke på at pasienter i dag er mer aktive, oppdaterte og har klare meninger. Dette gjelder også russisktalende innvandrere, som fremstår som aktive og søkende, men som i tillegg er påvirket av erfaringer fra hjemlandet. Min analyse viser at i situasjoner hvor det er vanskelig å oppnå samhandling eller konsensus, utvikler pasientene ulike strategier som hjelper dem å tilpasse seg til helsesystemet og nærmest å oppnå konsensus. Dette temaet videreføres i analysedelen hvor jeg anvender de ovennevnte modellene – først og fremst forhandlingsmodellen og konfliktmodellen – på min empiri.

En begrensning med forhandlingsmodellen og konsensusmodellen er at de ikke tar hensyn til sosiale endringer som skjer i et samfunn over tid. Som svar på denne kritikken ble **kontraktmodellen** utviklet. Denne modellen forutsetter at legene formidler all nødvendig informasjon til pasienter og at pasientene har et mye større ansvar i de avgjørelsene som tas (Bury 1997:98). Denne modellen er ikke relevant for mitt prosjekt fordi at flesteparten av russisktalende kvinner på dom.no ikke gav uttrykk for at de er tilstrekkelig informert eller deltagende i avgjørelsesprosessen. Dermed vil ikke denne modellen bli diskutert videre i oppgaven, samtidig vil jeg gjøre leseren oppmerksom på at det er nyttig å tenke på informasjonsformidlingsaspektet ved samhandlingen mellom lege og pasient. Det er veldig sannsynlig at jo klarere informasjon man får, desto bedre blir utfallet av konsultasjonen.

I denne oppgavens metodekapittel viser jeg hvordan jeg har anvendt Grounded Theory til å komme frem til de teoretiske begrepene som har blitt diskutert i dette kapitlet.

4. Refleksjoner rundt metodisk rammeverk

Dette kapittelet skal ta for seg de metodiske utfordringene knyttet til bruk av data fra diskusjonsforum som analysegrunnlag. Kapittelet innledes med en beskrivelse av mitt ståsted og forarbeid. Videre skal jeg, med utgangspunkt i tilgjengelig litteratur og forskning, diskutere fordeler og ulemper ved bruken av empiri fra et diskusjonsforum som kvalitativ datamateriale. Jeg skal også gi en kort innføring i diskusjonsforumet dom.no og diskutere de metodiske utfordringene som dukket opp underveis i mitt arbeid. Mer detaljert beskrivelse av konkret datamateriale og relevante diskusjonstråder som brukes underveis i analysen vil bli gitt i kapittel fem. I tillegg vil jeg å bruke metodekapittelet til å definere mine ”informanter” og avgrense mitt studiefelt. Jeg kommer også til å diskutere etiske sider av prosjektet samt argumentere for oppgavens legitimitet. Avslutningsvis skal jeg gjøre rede for bruk av Grounded Theory for min analyse.

4.1. Forforståelser og forarbeid

Bruk av tekst som datamateriale skiller seg fra andre metodiske tilnærminger fordi at forskeren ikke studerer eller interagerer med levende vesener (Widerberg 2001:17). Innenfor tekstanalyse foreligger materialet allerede og lar seg dermed ikke påvirkes av forskeren. Tekster som jeg analyserer ligger ute på internett og er tilgjengelige for alle. En tekst eksisterer ikke i et kulturelt og historisk tomrom og derfor er forskeren – leseren og tolkeren – det viktigste verktøyet for analysen (Widerberg: 2001). Forforståelser og forventninger en har med seg i forskningsprosessen har betydning for tolkningsresultater og det er noe man må være klar over når man jobber med datamaterialet (Widerberg 2001:24). I begynnelsen av mitt prosjekt var mine forforståelser mest fokusert på utfordringene som russisktalende innvandrere opplever i møtet med det norske helsevesenet. Underveis i arbeidet med datamaterialet fant jeg ut at det finnes en variasjon innenfor denne innvandrerguppen og ikke alle opplever møtet med helsevesenet som en utfordring, noe som er viktig å få frem i analysen.

Tolkningen av fenomener utvikles i relasjonen til egne erfaringer. Allikevel kan det skje at forskeren overser det som er forskjellig fra egne erfaringer og blir mindre åpen for nyanser i feltet som studeres (Thagaard 1998:183). Dette aspektet måtte jeg være spesielt oppmerksom

på, fordi jeg hadde valgt å studere individer med samme kulturelle bakgrunn som meg og som kunne ha erfaringer og oppfatninger som ligner på mine. Jeg kommer opprinnelig fra Ukraina, og etter ti års botid i Norge har jeg dannet meg et bilde av det norske helsevesenet. Det må presiseres at jeg hovedsakelig er frisk og har derfor ikke behov for å henvende meg til helsevesenet ofte, likevel er det vanskelig å komme utenom mine personlige erfaringer som utvilsomt påvirker mitt ståsted. Samtidig kan min bakgrunn være en fordel når det gjelder språkkunnskap og forståelse av den sosiale virkeligheten i landene gruppen som studeres kommer fra. Da jeg leste mange av diskusjonene på forumet som del av forarbeidet, reflekterte jeg ofte over at det var mange synspunkter som jeg var enig i. I diskusjoner ble det reist spørsmål som jeg selv av og til lurte på. Samtidig fant jeg interessante diskusjoner om hvordan deltagerne takler forskjellige utfordringer ved helsevesenet som jeg kunne kjenne meg igjen i. Jeg opplevde særlig at det finnes en del felles synspunkter som skilte seg ut og som jeg fortolket som spesielt viktige og relevante, noe jeg også kommer tilbake til i analysen.

Uansett om man har tidligere erfaringer med et konkret felt eller ikke vil generell virkelighetsforståelse påvirke analysearbeidet. Grounded Theory var til stor hjelp da jeg skulle bearbeide datamaterialet på en strukturert og mest mulig objektiv måte. Ved å stille systematiske spørsmål – *om hva som skjer i denne situasjonen sett fra deltagerens perspektiv* – kom jeg frem til konkrete analytiske kategorier som ble sortert i flere trinn. I tillegg valgte jeg underveis å se på forumdeltagernes positive opplevelsene med helsevesenet, som jeg på et tidligere tidspunkt ikke hadde lagt så godt merke til. De positive opplevelsene ga en bredere forståelse av innvandrernes møte med helsevesenet ved å sammenligne to ytterpunkter. Alt dette har tatt form i en bevisstgjørings- og analyseprosess. For å distansere meg bedre fra mine oppfatninger om helsetemaet, gjennomførte jeg også et forarbeid og et mellomarbeid. Widerberg (2001) sier at forprosjekter kan være avgjørende for hvordan temaet og metoden utformes senere. Forprosjekter kan hjelpe oss med å se og å forstå våre egne erfaringer på en ny måte.

Forarbeid

Jeg har bedt to av mine venner om å skrive ned noen stikkord om hva de synes er hovedforskjeller mellom det norske og russiske eller ukrainske helsevesenet. I tillegg ble de spurt om å definere de positive og de negative siderne ved begge systemene. Vennene som har bidratt med sine refleksjoner har bodd i Norge lenger enn i ti år men kommer opprinnelig

fra Russland og Ukraina – de er friske og henvender seg ikke til helsevesenet ofte. De bruker heller ikke diskusjonsforumet dom.no.

Gjennom deres kortfattede sammendrag fikk jeg inspirasjon for videre arbeid. Det var påfallende hvor mye felles det var mellom deres refleksjoner og temaer som ble tatt opp i diskusjonsforumet. Dette anser jeg som et ganske viktig poeng med tanke på bekreftbarhet av datamaterialet.

Følgende oppfatninger ble trukket frem underveis i forprosjektet: det er store forskjeller mellom offentlige og private helseinstitusjoner i Russland og i Ukraina. Behandlingen kommer veldig an på om pasientene har råd til å bruke private institusjoner som ofte er bedre enn offentlige. De som bor i Norge vil sannsynligvis ha råd til å få raskere og bedre behandling i hjemlandet. Generelt pekes det på mye dårligere forhold på sykehusene i Russland og Ukraina, deriblant dårlig hygiene og gammelt utstyr. Legene anses som mer autoritære i Russland og Ukraina. Offentlig helsevesen beskrives som en kilde til korrupsjon i tidligere Sovjet-land. Samtidig pekes det på at det kan være vanskelig å få riktig diagnose i Norge fordi mange leger ikke klarer å tenke ”utenfor boksen”. På den ene siden får man raskere svar og behandling i opprinnelseslandet. På den andre siden er personalet i Norge mye hyggeligere og sykehusene har bedre utstyr. Ikke minst har man frikortordningen og sykehusbehandlingen i Norge er gratis. Disse innspillene ble en pekepinn for mitt videre analysearbeid. Funnene fra forprosjektet ble i tillegg supplert med funnene fra mitt mellomprosjekt.

Mellomprosjekt

Tidlig i analysestadiet ble jeg nysgjerrig på om funnene jeg får fra diskusjonsforumet er noe som kun kjennetegner russisktalende innvandrere eller om det er fellestrekk mellom dem og majoritetsbefolkningen. For å få en innsikt i dette, valgte jeg å gjennomføre en kort analyse av noen innlegg på nettsiden legelisten.no – for å ha det som en referanseramme for sammenligning. Dette nettstedet er åpent for alle noe som betyr at både innvandrere og majoritetsbefolkningen kan skrive innlegg. Allikevel vil majoritetsbefolkningen mest sannsynlig være overrepresentert der fordi at innlegg skrives på norsk.

Jeg valgte å analysere atten innlegg: seks med toppkarakter til legen (fem stjerner), seks med gjennomsnittlig karakter (tre stjerner) og seks med lavest karakter (en stjerne). Samtlige innlegg er på mer enn fem linjer fordi jeg ville fokusere på detaljerte beskrivelser av

erfaringer med fastleger fremfor påstander som «fornøyd/ikke fornøyd». Dette ble gjort for å se bredden i innleggene, samtidig som innlegg med ulik karakter ikke nødvendigvis er motstridende, men viser samme poenger fra ulike sider.

Gjennomgående i de fleste av innleggene er at pasienter verdsetter når leger tar seg god tid og lytter ordentlig, viser interesse og tar problemer på alvor. De fleste som er fornøyde og føler seg trygge på legen sin, trekker frem god kommunikasjon og gjensidig diskusjon. Selv om det er vanskelig å få time hos enkelte leger på grunn av lange ventelister, noe som blir ansett som en ulempe, er dette likevel ikke så viktig som god kommunikasjon. De som er minst fornøyde trekker frem at legen har dårlig tid og at de føler seg til bry. De mener også at legen ikke hører etter og vil gjøre seg ferdig fortest mulig fordi har for mange pasienter og er stresset. De misfornøyde trekker frem at konsultasjonstiden ikke er tilstrekkelig for å ta opp alle problemer de vil snakke om. Samtidig peker de også på problemer knyttet til henvisningen til spesialister. Flere sliter med en følelse av at de ikke blir tatt på alvor. Den samme vurderingen gjelder legene som har en gjennomsnittlig karakter – flere pasienter er misfornøyde med kommunikasjonen og sitter igjen med følelsen av å ikke bli tatt på alvor. På den andre siden kan det at man får time relativt raskt veie opp for den negative opplevelsen av kommunikasjonssvikt.

Disse beskrivelsene pekte på at det var mange fellestrekk mellom innlegg på dom.no og innlegg på legelisten.no. Likhetstrekkene var både mellom pasientenes forventer til fastlegen og kvalitetene ved fastlegene som pasientene var mest fornøyde med. Dette korte mellomarbeidet tyder på at mange pasienter i Norge har, uavhengig av bakgrunn, noen felles oppfatninger om hva som er viktig i møte med fastlegen. Disse oppfatningene baseres på flere utfordringer nemlig *å ha god kommunikasjon og å føle at man blir tatt på alvor*. I tillegg poengteres utfordringer knyttet til *det å få time hos fastlegen og å få henvisning til ulike spesialister*. I tillegg til disse utfordringene som vektlegges av både innvandrere- og majoritetsbefolkning, vil jeg i løpet av min analyse også se på utfordringer som kan tenkes å være spesifikke for den russisktalende innvandrerguppen.

4.2. Tekst fra diskusjonsforum som datamateriale: fordeler og ulemper

Det finnes svært lite kvalitativ forskning knyttet til bruk av nettbaserte diskusjonsfora. Tidligere internettstudier har vist at nettopp diskusjonsfora er mest brukte kilder for kvalitativ datamateriale brukt i internettforskning (Eun-Ok og Wonshik 2012). Det som kjennetegner studier av internettfora er at i tillegg til informasjonen som er tilgjengelig i diskusjonene, vil selve samhandlingen mellom deltagerne være et viktig observasjonsgrunnlag for videre analyse. Derfor vil også samhandlingen mellom deltagerne på forumet dom.no være et viktig analytisk poeng i denne oppgaven og jeg vil drøfte dens betydning for mitt datamateriale. Eun-Ok og Wonshik (2006) har også gjort rede for de praktiske utfordringene knyttet til bruken av online fora i kvalitativ forskning. Han studerte diskusjonsforum for kreftpasienter i USA. Selv om diskusjonsforumet jeg bruker er en annen type forum, vil de metodiske utfordringene også gjelde mitt arbeid.

Et kjennetegn som er typisk for diskusjonsfora er knyttet til deltagerne og informanter. Disse vil utelukkende være mennesker som bruker internett, individer uten nettilgang vil falle utenfor analysen (Eun-Ok og Wonshik 2012). Selv om de fleste i dagens Norge bruker internett, er ikke alle like aktive deltagerne på ulike diskusjonsfora. Studier fra USA har vist at det er mange flere som bruker helserelevante internettressurser for ”lurking” (snoking), uten at de selv deltar i diskusjoner (Ziebland og Wyke 2012:221). Dette vil sannsynligvis også gjelde diskusjonsforumet dom.no. Derfor er det enda viktigere å analysere informasjonen som ligger tilgjengelig nettopp fordi at den blir ansett som en troverdig kilde av enda flere innvandrere enn det som er synlig. I studiet til Eun-Ok og Wonshik (2006) pekes det på at enkelte viktige aspekter ved kvalitativ datamateriale går tapt i internettstudier fordi at man ikke bruker ansikt-til-ansikt kommunikasjon og ikke kan vurdere informantenes emosjonelle tilstand. I mitt tilfelle kan en ekstra utfordring være knyttet til oversettelse fra russisk til norsk. Dette medfører at en del av de språklige nyansene og måten deltagerne uttrykker seg på kan gå tapt. Enkelte sitater gir ikke mening på norsk fordi de krever kjennskap til den andre språklige og kulturelle virkeligheten. Jeg vil forsøke å formidle forumdeltagernes budskap etter beste evne og anser det som uproblematisk å trekke konklusjoner fra oversatte innlegg.

Et annet problem er knyttet til de praktiske siden ved forumdeltagelsen. Noen brukere vil i enkelte tilfeller glemme sitt brukernavn og passord, andre poster samme innlegg flere ganger,

andre igjen klarer ikke å holde seg til diskusjonstemaet, men skriver irrelevante innlegg (Eun-Ok og Wonshik 2006:6). Disse problemstillingene får man ikke gjort noe med så lenge man ikke deltar i forumet og ikke administrerer det. For en som forsker på diskusjonsfora er det viktig å ha en klart definert rolle (Eun-Ok og Wonshik 2012). Jeg valgte å ikke delta i diskusjoner, men kun observere samhandlingene og bruke innlegg for videre analyse. Dette har sine ulemper for eksempel har man ikke mulighet til å be om presisering og ytterligere forklaring av et innlegg som kan være uklart. På den andre siden betyr det at man ikke kommer til å påvirke datamaterialet på noen som helst måte, noe som kan være en fordel. På diskusjonsforumet som jeg studerer vil det også være noen brukere som har sluttet og ikke lenger deltar i diskusjoner. Samtidig er deres innlegg fortsatt tilgjengelige for alle og har en opplysende rolle for alle nye deltagere som leser disse. Det kan hende at disse innleggene ikke lenger er aktuelle, eller at avsenderen har andre oppfatninger og erfaringer i dag, men det er for leseren ikke mulig å vite noe mer om det.

Enda en begrensning er knyttet til at jeg ikke kjenner informantene og deres bakgrunn. Jeg kan kun si at de er kvinnelige innvandrere fra tidligere Sovjet-land, hovedsakelig fra Russland, de snakker russisk og bor i Norge. Samtidig illustrerer deres forumbruk at de har behov for å diskutere sitt møte med det norske helsevesenet og utfordringene knyttet til det. Som jeg problematiserte tidligere, studeres ofte innvandrere under ett selv om det er store forskjeller mellom ulike innvandrergupper. Fordelen med mitt datamateriale er at det omfatter kun en begrenset gruppe og jeg kan prøve å se etter kjennetegn som er beskrivende nettopp for denne gruppen. Samtidig er jeg bevist på at det kan være forskjeller innenfor denne gruppen også.

Jeg kunne også ha valgt andre metodiske tilnærminger for å belyse mine problemstillinger. Kvalitative forskningsintervjuer og fokusgruppeintervjuer er eksempler på to mulige tilnærminger. Jeg har valgt å bruke kun tekstanalyse fordi jeg vil se på fortellingene som allerede foreligger tilgjengelig, og som ikke er svar på forhåndsdefinerte spørsmål som jeg har stilt til deltakerne i diskusjonsforumet. Det faktumet at et slikt forum overhodet eksisterer og at det foreligger mye informasjon og diskusjoner knyttet til helsetemaet, betyr at dette er aktuelt tema som mennesker er villige til å ta opp med andre, noe som er interessant i seg selv. En studie basert på dette materialet kan på en induktiv måte bidra til å belyse noen av de aktuelle utfordringene den russisktalende innvandrerguppen møter på innenfor det norske helsevesenet og møte med fastlegen spesielt. Det finnes andre studier som belyser lignende

problemstillinger ved hjelp av blant annet kvalitative intervjuer og som jeg kan sammenligne mine resultater med for å sikre studiens bekreftbarhet (for eksempel Goth *Immigrants' use of the General Practitioner Scheme* 2012). Samtidig er min studie relativt nyvinnende i en norsk kontekst fordi jeg søker å belyse en vedvarende problemstilling gjennom en ny metodologisk vinkling. Det er dermed viktig å både se om andre studier av samme tema har fått lik resultat, og å gjennomføre en studie som muligens kan bringe forskningen på dette området et skritt videre.

4.3. Dom.no: en kort innføring

Diskusjonsforumet som jeg bruker i denne oppgaven ligger på hjemmesiden www.dom.no. Direkte oversatt betyr navnet hus eller hjem. Hjemmesiden ble laget i 2005 av og for ”russiske nordmenn” og inneholder linker til ulike artikler om Norge, nyheter fra Norge og Russland samt annonser og et diskusjonsforum. Diskusjonene på forumet er organisert etter flere overordnede temaer: alt fra barneoppdragelse, fritid, til UDI, NAV, barnevernet og helsevesenet i Norge. Innen hvert temaområde finnes ulike diskusjonstråder, med stor variasjon i antall kommentarer og tidsperioder diverse problemstillinger diskuteres. Diskusjonsspråket er russisk med unntak av enkelte temaer som også diskuteres på norsk.

Det er registrert totalt 79 412 forumbrukere per 11. mai. 2013. Dette tallet er større enn antall russiske innvandrere i Norge i dag. Forklaringen er som tidligere nevnt at ikke bare innvandrere fra Russland er deltagere på dette forumet. I tillegg til det er ikke alle registrerte brukere aktive brukere. Samtidig som mange som leser foruminnlegg ikke er registrert med brukernavn og passord. Dermed er antallet registrerte brukere kun et veiledende, og ikke et faktisk antall.

I min analyse bruker jeg diskusjonstemaet som heter ”Helsevesenet i Norge”.¹³ Under dette overordnede temaet finnes det i mai 2013 totalt 523 diskusjonstråder. Når det gjelder undertemaer knyttet direkte til spørsmål om fastlegen er det vanskelig å gi nøyaktig antall fordi mange undertemaer som omhandler ulike sykdommer også inneholder diskusjonstråder som omhandler fastleger. Dette er naturlig fordi fastlegen kommer inn i bildet under mange sykdommer og er som regel første ledd i behandlingen. Det finnes rundt tretti undertemaer

¹³Tilgjengelig på <http://www.dom.no/forum/viewforum.php?f=18> (lesedato 9. juni 2013)

som er knyttet direkte til det praktiske i møte med fastlegen dvs. valg av fastlege, bytte, antall pasienter, rettigheter og erfaringer med konkrete leger. Det finnes også mer generelle undertemaer om det norske helsevesenet der fastlegen har en stor plass i diskusjonene. Selv om målet mitt ikke var å se på undertemaer som handler om konkrete sykdommer, viste det seg at oppfatningen av sykdom er et viktig aspekt i samhandlingen mellom pasienter og fastleger, noe jeg tok med meg videre i analysen.

4.4. Hvem er «informantene»?

I denne studien er ”informantene” hovedsakelig kvinnelige innvandrere fra Russland, men også kvinnelige innvandrere fra andre land fra tidligere Sovjetunionen, deriblant Ukraina, Hviterussland, Latvia, Litauen og Estland. Samtlige kan kommunisere på russisk, bor i Norge og er internettbrukere. Brukernavnet til enkelte informanter avslører hvor de kommer fra og hvor i Norge de bor. Denne informasjonen er imidlertid ikke alltid oppgitt. Det er stor variasjon i aktivitetsnivå hos ulike diskusjonsdeltagere. Jeg har valgt å ikke fokusere på dette i analysen, samtidig er det viktig å være klar over at enkelte deltagere skriver flere innlegg og deres stemmer blir dermed mer synlige i diskusjonene. Når man er registrert som bruker, kan man gå på profilen til andre forumdeltagere og finne ut mer om dem. Man kan også kontakte dem gjennom private meldinger.

Ut fra det tilgjengelige datamaterialet, er det ikke mulig for meg å ta hensyn til deltakerens sosioøkonomiske bakgrunn. Dette kan være en ulempe fordi at sosioøkonomisk bakgrunn kan ha betydning for både helsetilstand og helseatferd (Elstad 2005). Ifølge Manning og Tikhonova (2009) har sosioøkonomisk bakgrunn stor betydning for den russisktalende gruppes bruk av helsetjenester i hjemlandet. Bakgrunnen vil også påvirke deres forventninger til helsevesenet i Norge. Man kan tenke seg at mest ressurssterke og språkkyndige innvandrere kan enklere finne nødvendig helserelatert informasjon på ulike offisielle nettsider i Norge. Mens for andre vil nettbaserte diskusjonssider være noen av de viktigste informasjonskilder som kan brukes til å finne ut om det norske helsevesenet, diskutere ulike utfordringer og finne mulige løsninger. Jeg vil derfor heller fokusere på likhetstrekk som går igjen i diskusjonstrådene, og som muligens gjelder på tvers av sosioøkonomiske forskjeller.

Videre i analysen kommer jeg til å trekke frem poeng knyttet til helsesituasjonen i Russland generelt. Samtidig vil jeg stille meg kritisk til spørsmålet om det finnes kjennetegn ved den russisktalende innvandrerguppen som skiller den ut fra resten av befolkningen i deres hjemland. Jeg tenker først og fremst på ”healthy immigrant”-fenomenet som går ut på at emigranter skiller seg fra resten av befolkningen i hjemlandet sitt og har bedre helsemessig utgangspunkt enn majoriteten av befolkningen. Likevel kan deres helsesituasjon forverres på grunn av ulike psykososiale faktorer som er del av migrasjonsprosessen (Domnich m.fl. 2012). Dette er et omstridt fenomen og jeg kan ikke si noe overordnet om den russisktalende gruppen fordi jeg ikke har det riktige datagrunnlaget en kan trekke en slik konklusjon fra. Det er allikevel et viktig poeng å tenke på hvis man skal fortsette å studere innvandrere og deres helsesituasjon mer i dybden.

De fleste som deltar i diskusjoner i forumet på dom.no er lekfolk, men det finnes også bidrag som kommer fra deltagere som oppgir at de har lege eller sykepleieutdanning, eller som har andre yrker innenfor helsevesenet. Det finnes også tråder på forumet der deltagerne diskuterer spørsmål knyttet til godkjenning av utenlandsk medisinsk utdanning for å kunne praktisere i Norge. Dette tyder på at noen deltagere har annerledes forutsetninger å diskutere helserelaterte utfordringer og har bedre kunnskap om helse enn folk flest. I enkelte diskusjoner nevner deltagere at de jobber eller har tidligere jobbet innenfor helsevesenet enten i Norge eller i hjemlandet, og at de dermed kan bidra med mer profesjonell informasjon.

Mens jeg jobbet med datamaterialet, la jeg merke til at de fleste som diskuterer helserelaterte temaer i forumet er kvinner. Det russiske språket har kjønne verb og det er dermed lett å lese seg frem til om det er en kvinne eller en mann som skriver. Som tidligere nevnt kan dette først og fremst forklares med kjønns sammensetningen til russiske innvandrere i Norge. Siden kvinner er overrepresentert i diskusjonene er det naturlig å tenke seg at de fleste som deltar på forumet også er kvinner. I tillegg finnes det forskning som viser at kvinner bruker nettet til å søke etter helseinformasjon oftere enn menn (Mesch m.fl. 2012). Helserelatert russisk forskning viser i tillegg at kvinner oftere henvender seg til leger og at de er mer oppdaterte når det gjelder kunnskap om helse. Menn foretrekker enten å løse helseproblemer selv, eller å la være å foreta seg noe for å forbedre tilstanden (Nazarova 2007:346). Jeg kommer ikke til å utdype kjønnsaspektet ytterligere, fordi min problemstilling ikke fokuserer på kjønns spesifikke *forskjeller* i helserelaterte diskusjoner på internett. Jeg tar høyde for at det kan finnes manns spesifikke eller kvinnes spesifikke problemer, men mine problemstillinger er

knyttet til mer generelle utfordringer. Årsaken til at jeg eksplisitt nevner kvinner i min problemstilling er dermed det faktumet at de fleste som deltar i helsediskusjonene på dom.no er kvinner.

Anonymitet er en viktig side ved diskusjonsfora og dette kan ha flere virkninger på samhandling mellom deltagere. Tanis (2008) viser at *deindividualisering* har ført til at mennesker har det enklere for å avsløre hva de virkelig tenker og hva de føler. I tillegg kan anonymitet være til stor hjelp for individer som ellers ikke ville ha delt sine problemer med andre på grunn av for eksempel skam eller stigmatisering. De kan føle seg tryggere når de snakker med andre virtuelt og bevarer sin anonymitet.

Som tidligere nevnt har jeg valgt kun å forholde meg til informasjon som er offentlig tilgjengelig for alle, dette har sine fordeler og ulemper. Jeg tenkte først og fremst at det er viktig å respektere anonymiteten som diskusjonsforumet gir til sine brukere. Noen vil kanskje dele mer personlig informasjon enn andre, mennesker er ulike og har forskjellige behov som gjelder nettkommunikasjon. Av etiske grunner velger jeg å ikke bruke personlig informasjon selv om jeg i utgangspunktet har tilgang til den.

Det anonymiserte datamaterialet er en god kilde til å finne fellestrekkene mellom informantene på tvers av deres sosiokulturelle bakgrunn og deres personlige og sosiale identiteter. Jeg velger således å nedprioritere den interne variasjonen til fordel for generelle fellestrekk. I mine øyne er dette en god måte å besvare min problemstilling på fordi den både fokuserer på nettforum som datakilde og på fellestrekkene ved forumdeltakernes opplevelser som analysemateriale.

4.5. Avgrensning av datamaterialet

Datamaterialet som finnes på diskusjonsforumet er veldig omfattende. Ut fra hensyn til prosjektets gjennomførbarhet måtte jeg avgrense den tilgjengelige empirien og fokusere på temaer som er direkte knyttet til problemstillingen min.

Jeg kommer ikke til å analysere diskusjonstråder der mennesker som planlegger å flytte til Norge stiller spørsmål vedrørende det norske helsevesenet. Dette fordi jeg er interessert ikke refleksjonene til innvandrere som er allerede bosatt i Norge og kjenner til helsevesenet.

Allikevel er bruken av slike diskusjonstråder et viktig poeng å ha med seg videre. Det at individer søker etter informasjon på forumet allerede før migrasjonen, betyr at forumet fungerer som en slags informasjonskanal om det norske samfunnet mellom gamle og nye innvandrere. Meningene som blir ytret på diskusjonsforumet har betydning for hvilke forventninger nye innvandrere har i møte med det norske samfunnet og derunder med det norske helsevesenet.

Videre vil jeg se bort fra diskusjoner som dreier seg om dybdeforståelse av konkrete sykdommer og behandlingen av disse. I tillegg vil jeg ikke fokusere på innlegg som dreier seg om tannhelse. Verken konkrete sykdommer eller tannhelse er objekter for dette studiet som heller fokuserer på utfordringer i møte med helsevesenet uansett sykdom. For å trekke fokuset vekk fra sykdomsspørsmålet, vil jeg først og fremst analysere innleggene som tar for seg møtene de russisktalende innvandrerne har med fastleger. Fastlegen er den første instansen pasientene må henvende seg til uansett problemstilling. Den norske fastlegeordningen ligner også delvis på ordningene man har i Russland og i andre tidligere sovjetiske land – der man kan henvende seg til allmennpraktiserende leger før man eventuelt får henvisninger til spesialister.

Medisinering er også et viktig punkt som preger forumbrukernes beskrivelser av møtene med det norske helsevesenet. Jeg valgte å la være å analysere diskusjoner rundt konkrete medisiner fordi disse ofte er knyttet til spesifikke sykdommer. Allikevel viser flere diskusjoner at medisinering og legemidler ofte er en kilde til uenighet mellom russisktalende pasienter og deres leger. Slike uenigheter forårsakes av ulike forventninger til medisinbruk i en russisk og en norsk kontekst. Derfor vil jeg i analysen trekke frem noen generelle poeng knyttet til medisinering og som i forumet blir fremstilt som en reel utfordring knyttet til det norske helsevesenet.

En viktig problematisk side ved det norske helsevesenet er knyttet til innvandrernes manglende språkkunnskaper. Språklige utfordringer er uten tvil grunnen til at det i enkelte tilfeller oppstår misforståelser og kommunikasjonsproblemer mellom pasienter og leger. Innvandrere som verken kan norsk eller engelsk vil slite ned å formidle sitt problem og å forstå legens innspill, spesielt hvis de ikke får tilbud om en kvalifisert tolk. Både språklige utfordringer og tolking innenfor helsevesenet er store og viktige temaer som det ikke er plass til i denne oppgaven. Samtidig er dette ikke nye utfordringer og det jobbes aktivt med dem. I

min oppgave søker jeg derimot å belyse noen utfordringer som muligens ikke er like iøynefallende, men som også er svært aktuelle.

4.6. Etikk

Forskning på internett har sine etiske utfordringer. *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* gir informasjon om hvordan man håndterer hensynet til privatpersoner innen samfunnsforskningen. Retningslinjene gjelder også internettforskning og presiserer at det ofte er vanskelig å skille mellom offentlig og privat informasjon. Selv når informasjon som er delt i et åpent forum er av privat karakter, vil en forsker som hovedregel fritt kunne benytte informasjonen til forskningsformål. Men forskeren må være oppmerksom på aktsomhetshensyn.

Det vil være en forskjell på om forskeren bare innhenter informasjon eller aktivt deltar i forumet. Forskeren bør gi seg til kjenne hvis han eller hun aktivt deltar i et forum med adgangsbegrensninger. Men det kan også være grunn til å gi seg til kjenne hvis man innhenter informasjon uten å delta aktivt i forumet (Forskningsetiske retningslinjer).

Jeg har valgt å la være å delta i forumet som studeres i denne oppgaven. Jeg kommer heller ikke til å benytte meg av private opplysninger om deltagerne. Allikevel valgte jeg å kontakte forumadministrator for å informere om bruken av informasjonen fra dom.no. Det aktuelle forumet har egne regler som blant annet sier at man skal henvisе til nettsiden ved bruk av informasjonen som er hentet derfra. Jeg forsøkte først å fylle ut et kontaktskjema på internett der jeg ba om å få bruke informasjon fra diskusjonsforumet i masteroppgaven min. Da jeg ikke fikk noe svar og var usikker på om min henvendelse hadde kommet frem, bestemte jeg meg for å registrere meg som forumbrukerbruker og deretter sendte henvendelsen til administrator via internpost. I henvendelsen skrev jeg at jeg kun hadde registrert meg for å få kontakt med administrator og for å avklare bruken av foruminformasjonen i oppgaven. Jeg henviste til de norske etiske retningslinjene samt til retningslinjene som er oppgitt på dom.no og spurte om jeg kunne bruke diskusjonsforumet "Helsevesenet i Norge" til en masteroppgave i sosiologi. Jeg skrev at jeg har tenkt å gjøre en tekstanalyse av helserelaterte diskusjoner på forumet for å finne ut hvilke aktuelle problemstillinger som diskuteres i sammenheng med det norske helsevesenet. Jeg presiserte at jeg ikke kommer til å bruke personlig informasjon som er oppgitt på forumet.

Jeg henviste også til en annen masteroppgave som hadde brukt den norske hjemmesiden lomlegegen.no i en analyse av helserelaterte spørsmål og svar. Jeg fikk som svar at jeg kunne bruke informasjon fra forumet på måten jeg beskrev og at jeg måtte henvise til hjemmesiden www.dom.no. Etter at jeg fikk svar fra administratoren, har jeg ikke logget meg på forumet, men har lest og brukt den informasjonen som er tilgjengelig for uregistrerte brukere. Slik informasjon er godt egnet til analyser av reelle diskusjoner med innhold som i sitt utgangspunkt ikke er påvirket av forskeren.

I Forskningsetiske retningslinjer presiseres det at informasjon som er formidlet på et nettforum må brukes på en tilbørlig måte og at forskeren alltid må vurdere om det er nødvendig å hente samtykke fra brukerne. Det er også en vurderingssak hvilken informasjon som skal spres videre og hvordan dette kan gjøres med respekt til forumdeltakerne. I denne oppgavens kontekst, må jeg også tenke på hvilke konsekvenser bruken av informasjonen vil ha både for forumdeltagere og for andre som hører til i gruppen ”østeuropeiske russisktalende innvandrere i Norge”. Jeg anser det som et stort ansvar å formidle informasjonen fra et diskusjonsforum uten at forumdeltagere har muligheten til å komme med presiseringer og forklaringer av deres synspunkter.

Det er svært vanskelig, kanskje til og med umulig, å informere alle forumbrukerne om mitt forskningsprosjekt. Enkelte diskusjoner kan for eksempel vare i flere år og de som har startet diskusjonene er ikke nødvendigvis lenger aktive i forumet. Selv om jeg hadde skrevet et innlegg der jeg gjorde det klart at jeg ville bruke forumet til en sosiologisk analyse, ville det være umulig å vite hvor mange som hadde fått med seg dette innlegget. Hva med de deltagere som var aktive tidligere, men har sluttet å delta? Det blir meget komplisert å informere dem.

Å hente samtykke fra deltagere på et internettforum er i seg selv problematisk fordi man ikke vet hvem de er. Derfor valgte jeg å hente samtykke fra forumets administrator.

4.7. Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Felles for både kvalitativ og kvantitativ forskning er at man må ta stilling til og legitimere sine kunnskapskrav. Den kvalitative forskeren må være både saklig og pålitelig i likhet med den kvantitative forskeren (Widerberg 2001:17). Forskeren må derfor dokumentere og diskutere sine valg fortløpende, noe jeg gjør i dette kapittelet, og noe jeg også vil fortsette å gjøre videre i

tolkningen og analysen. I denne oppgavedelen vil jeg dermed reflektere rundt oppgavens legitimitet ved hjelp av begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Thagaard 1998).

Troverdighet innebærer på at forskningen er utført på en tillitsvekkende måte. Samtidig kan ikke studiens troverdighet knyttes til fastlagte kriterier. Forskeren må argumentere for troverdigheten ut fra en posisjon der han selv er et forskningsinstrument (Thagaard 1998:179). Hele metodekapittelet er således min måte å oppnå troverdighet på. Jeg har prøvd å redegjøre for valgene jeg har tatt underveis og reflekterte på en kritisk måte over fordeler og ulemper både ved tilnærmingen og datamaterialet som brukes i denne oppgaven. Videre i analysen skal jeg jobbe som styrker studiens troverdighet: jeg skal blant annet bruke direktesitater fra forumet for å begrunne mine poeng.¹⁴ I tillegg kommer jeg underveis til å diskutere mine funn i lys av fordeler og ulemper knyttet til datamaterialet samt studiens metodiske utfordringer.

Forståelsen av **bekreftbarhet** innenfor kvalitativ forskning er knyttet til tolkningen av resultater. Kravet til bekreftbarhet innebærer at forskeren er både kritisk til egne tolkninger og at forskningsresultater kan bekreftes av andre studier (Thagaard, 1998:181). I dette metodekapittelet har jeg diskutert hvordan min bakgrunn som innvandrer fra tidligere Sovjetunionen eventuelt kan påvirke tolkningen av mine forskningsresultater. Jeg prøvde først og fremst å kartlegge mine egne oppfatninger om temaet slik at jeg kunne i det videre oppnå en kritisk distanse til dem.

Gjennom hele forskningsprosessen har jeg vært bevisst på at mine personlige forforståelser. Jeg har prøvd å jobbe systematisk med datamaterialet i flere analysetrinn ved hjelp av Grounded Theory. Jeg har gjennomført et forprosjekt og et mellomprosjekt som bidro til kritisk distanse til mine egne oppfatninger og ga ideer til videre arbeid med empirien. Samtidig styrker fellestrekkene mellom funnene i forarbeidet og funnene i hovedprosjektet studiens overordnede bekreftbarhet.

Selv når et nivå av kritisk distanse er oppnådd er jeg klar over at min bakgrunn preger mitt analytiske blikk, noe som ikke nødvendigvis er en ulempe. Det å kjenne til den kulturelle virkeligheten og ha felles referanseramme med informantene kan være en fordel med tanke på å trekke frem det spesielle ved denne gruppen. Samtidig har den lange botiden i Norge bidratt til

¹⁴ Samtlige direktesitater er oversatt fra russisk til norsk av meg. Jeg er trygg på at jeg har formidlet sitatenes opprinnelige innhold på en god måte.

at jeg kan distansere meg fra de kulturelle kodene som gjelder i det post-sovjetiske området, og stille meg kritisk til dem. Jeg er således både en kritiker og en formidler av kulturelle særegenheter. For å styrke studiens bekræftbarhet har jeg i tillegg brukt relevant forskning på lignende problemstillinger. Underveis i analysearbeidet har jeg gjennomgående sammenlignet tilgjengelige forskningsresultater med mine funn.

Det er viktig å stille seg spørsmålet om den tolkningen som utvikles innenfor rammen av et prosjekt, også kan være relevant i andre sammenhenger. På denne måten kan en enkel undersøkelse bidra til en mer generell teoretisk forståelse (Thagaard 1998: 184).

Utgangspunktet for en studies **overførbarhet** er at forskeren argumenterer for at tolkningen av data kan være relevant i en større sammenheng (Thagaard, 1998: 185). Jeg tror at mitt prosjekt kan bidra til bedre forståelse av utfordringene som den russisktalende innvandrerguppen møter ved henvendelser til fastleger. Det er ikke nødvendigvis slik at mine funn vil gjelde andre innvandrergupper fordi det kan være store forskjeller i fortolkningen av helseutfordringer ut fra ulik kulturell, etnisk og historisk bakgrunn. I tillegg vil måten ulike innvandrergupper takler slike utfordringer på trolig variere. Samtidig vil min forskning bidra til en dybdeforståelse av utfordringer som en innvandrerguppe opplever. Dette kan være et svar på kritikken som går ut på at alle innvandrere studeres som en homogen gruppe. Videre i analysen skal jeg presisere hvilke resultater kan tenkes å kunne overføres til andre grupper og hva som eventuelt er typisk for den gruppen jeg studerer.

4.8. Koding ved hjelp av Grounded Theory

Som diskutert i teorikapittelet er det sterke bånd mellom interaksjonisme som teoretisk retning og bruken av Grounded Theory som metode. Under vil jeg vise hvordan jeg etablerte analytiske kategorier i datamaterialet mitt og utviklet teoretisk rammeverk og begreper ut fra disse kategoriene. For å kunne studere og analysere tekster, må de plasseres i en sosial kontekst (Charmaz 2006). Gjennom en interaksjonistisk tilnærming prøvde jeg å se på samhandlingen på forumet og knytte den til sosial kontekst som preger den russisktalende gruppen. På den ene siden er forumbrukerne innvandrere med visse erfaringer og forventninger fra hjemlandet, samtidig er de del av en annen sosial kontekst i Norge. Dette påvirker måten foruminnleggene produseres på, og hva slags mening de bærer.

Kodingen innenfor Grounded Theory består av minst to steg: det første er *initial* koding og den andre er *focused* koding (Charmaz 2006:42). Innenfor *initial* koding er forskeren åpen for alle mulige teoretiske forklaringer av data som skal brukes i det neste stadiet. Deretter begynner analysen av datamaterialet og forskeren stiller mange spørsmål til data. På dette stadiet må man være åpen og se hva data kan bringe. Videre innenfor *focused* koding skal en forsker jobbe innenfor en viss analytisk retning og bruke de mest signifikante og/eller mest brukte koder som ble utviklet under initial koding (Charmaz 2006:57).

For å få et helhetlig og strukturert bilde av mine empiriske data samt fange opp rammene for samhandlingen og den sosiale konteksten, valgte jeg å bruke Svennevig m. fl. (1995:131) sin tilnærming til analyse av tekster. Denne tilnærmingen består av fire forskjellige analysestadier som passer godt sammen med fremgangsmåten innenfor Grounded Theory.

Jeg bruker følgende stadier (Svennevig m. fl. 1995) i analysedelen i denne oppgaven:

Tekstbeskrivelse: her vil jeg gi en mer konkret beskrivelse av de forumdiskusjonene som brukes i analysen, samtidig vil jeg argumentere for valget av diskusjoner. **Foreløpig**

kontekstforståelse: her er det viktig å være klar over hvem som skriver, hvem de skriver for og hva som er meningen med de budskapene blir lagt ut på internetforumet. Innenfor foreløpig kontekstforståelse ser jeg nærmere på hvordan samhandlingen på forumet foregår, hvilke type spørsmål som stilles og hva slags svar man får, om det er noen generelle tendenser og hvilken betydning disse har for forumdeltakerne og for videre utvikling av diskusjoner. Disse spørsmålene er en del av min *initial* koding. Videre er **Teksttolking (analyse av funn)** hoveddelen i analysen som går ut på konkrete resultater av *focused* koding, med fokus på utfordringer og løsninger. **Tekstforklaring (diskusjon av mine funn)** som går ut på bruken av sosiologiske teorier og begreper for å forklare funnene fra teksttolkningen. Rent praktisk vil teksttolking og tekstforklaring gå inn i hverandre.

I min forskeprosess begynte *initial* koding av data når jeg leste gjennom mange diskusjonstråder på forumet og observerte interaksjonen mellom diskusjonsdeltagere. Først etter dette bestemte jeg meg for hva slags kategorier jeg skulle bruke i oppgaven. Til å begynne med var «utfordringer» en åpen og generell kategori, som etter hvert begynte å inneholde mer konkrete utfordringer basert på konkrete diskusjoner, eksempelvis «medisinering». Etter å ha lest gjennom datamaterialet flere ganger fant jeg ut at det ikke er bare utfordringer som er diskusjonstema. Positive erfaringer ble også beskrevet, noe jeg anser

som viktig for å vise variasjonen innad i denne gruppen og for å lære om årsakene til at noen er fornøyd med det norske helsevesenet.

På bakgrunn av det ovennevnte lagde jeg mine tre første grove kategorier innenfor min *initial* koding: 1) utfordringer i møte med fastlegen, 2) positive erfaringer og 3) ulike løsninger for hvordan man takler utfordringer. For å få en bedre forståelse av selve interaksjonen på forumet har jeg også kategorisert kommentarer fra personer som startet diskusjonene, konkrete svar på spørsmål som ble stilt og nye spørsmål som dukker opp innenfor diskusjonene. Denne kategoriseringen ga meg en bedre forståelse av diskusjonsutviklingen, typer svar man får på forumet og eventuelle løsninger på helsesektorutfordringer som blir foreslått av brukerne.

Under *initial* koding kombinerte jeg det Charmaz (2006: 51-55) kaller *Line by Line Coding* og *In Vivo Codes*. Jeg brukte NVivo 9 som redskap for systematisk koding av data. Gjennom dette programmet kan man kode datamaterialet både ved hjelp av på forhåndsbestemte kategorier og ”in vivo”. Det vil si man kan lage kategorier underveis i kodingen hvis man merker at det er spesielle poeng i datamaterialet som er viktige og gjentakende, og som man kanskje ikke har lagt merke til tidligere.

Det viste seg underveis i kodingen at mange forumdeltagere sammenligner det norske helsevesenet med hjemlandets helsevesen. Dette ga meg en bedre forståelse av hva deltagerne opplevde som problematisk i Norge og hvorfor de har forventninger som ofte ikke oppfylles. Det viste seg også at sammenligningen med hjemlandet henger sammen med hvordan den russisktalende gruppen håndterer uoverensstemmelsene med fastlegen. En tilleggskode basert på deltagerens selvrefleksjoner ble laget underveis. I tråd med interaksjonistisk tilnærming, var denne kategorien viktig for å kunne gripe den dypere meningen som deltagerne selv legger i forståelsen av utfordringene som de møter. Jeg har også samlet alle henvisninger til ulike hjemmesider og offentlige instanser under en kode for å kunne sammenligne diskusjoner på forumet med tilgjengelig informasjon utgitt av offentlige etater. På dette analysestadiet begynte det å bli klart for meg at utfordringene måtte ses i sammenheng med ulike rolleforståelser, og at ulike oppfatninger av sykdom er kulturell betingede og fører til forskjellige samhandlingsmønstre mellom fastleger og deres pasienter.

Etter *initial* koding jobbet jeg med *focused* koding for å undersøke mine funn i dybden. I *focused* koding prøvde jeg å bruke de mest signifikante funn fra det første kodingsstadiet og kom frem til noen konkrete analyseresultater som er presentert i kapittel fem.

Ifølge Charmaz (2006:46) er kodingen en prosess hvor linken mellom data og teori står sentralt. Jeg hadde ikke på forhånd bestemte teorier før jeg satte i gang analysearbeidet. Dermed var det veldig viktig å la teorien vokse ut fra empirien min, noe som er hele poenget med Grounded Theory. På denne måten brukte jeg min empiri til å finne frem til teoriene som brukes i analysen og som også har blitt gjort rede for i denne oppgavens teorikapittel. Videre skal jeg i analysekapittelet forklare mine funn basert på *focused* koding, og diskutere dem i lys av begreper: pasientrolle, disease, illness og sickness samt samhandlingsmodeller mellom leger og pasienter.

5. Analyse og tolkning av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere analysen av mine funn i lys av teoriene som jeg har redegjort for tidligere i oppgaven. Analysen begynner med en begrunnelse av valg av diskusjonstråder og tekstbeskrivelser. Videre skal jeg se nærmere på foreløpig kontekstforståelse og samhandling på forumet. Jeg skal blant annet gjøre rede for typer diskusjoner som finnes på forumet og innlegg som blir lagt ut. Jeg vil også undersøke diskusjonsinnlegg som inneholder henvisninger til offentlige ressurser. Videre, basert på resultater av focused koding, skal jeg skissere utfordringene som russisktalende kvinnelige innvandrere opplever i møte med fastleger i Norge. Avslutningsvis vil jeg presentere løsninger som deltagere bruker for å takle utfordringene som beskrives i materialet.

5.1. Valg av diskusjonstråder og tekstbeskrivelse

Grunnen til at jeg valgte å se nærmere på temaer som omhandler fastlegen er, som tidligere nevnt, fordi at fastlegen ofte er første ledd i en pasients møte med helsevesenet. Opplevelsene hos fastlegen vil påvirke den generelle erfaring som han eller hun trekker på under fremtidige møter med helsetjenesten. Det kan virke som om det første møtet mellom en fastlege og en pasient og da særlig kommunikasjonen dem imellom – danner et grunnlag for hvordan utenlandske pasienter senere forstår det norske helsevesenet generelt. Dette på tross for at helsesystemet i Norge omfatter mange flere spesialister og behandlingsledd enn fastlegen.

Etter å ha lest mange diskusjonstråder om norsk helsesektor, valgte jeg å begynne analysen med to kortere diskusjonstråder knyttet direkte til russisktalende kvinners møter med fastlegen i Norge: *Konsultasjonstid hos fastlegen* (99 kommentarer) og *Klage på fastlegen* (43 kommentarer). Disse temaene tok opp sentrale poeng som også ble diskutert i andre diskusjonstråder. Diskusjonen ble startet av to ulike personer noe jeg valgte bevisst for å ha en variasjon i diskusjonsinnleggene.¹⁵ Temaet om å klage på fastlegen er belysende for å se på utfordringer russisktalende pasienter møter på gjennom konkrete samhandlingseksempler og for å forstå grunnen til at enkelte pasienten ønsker å klage. Når det gjelder spørsmål om konsultasjonslengde hos fastlegen, er det ganske krevende å finne klare retningslinjer, selv på norsk. Det virker ganske åpenbart at innvandrere som kommer til Norge uten å kjenne det

¹⁵ Med "ulike personer" menes deltagere med ulike kallenavn.

norske helsesystemet opplever det som grunnleggende viktig å finne ut av hva de kan forvente av fastlegen. Informasjon om konsultasjonstid hos fastlegen finnes heller ikke i de russiskspråklige internettkildene som jeg presenterte i kapittel to. Det fremkommer heller ikke fra informasjonen om tildeling av fastlege som innvandrere mottar etter ankomst. Allikevel viser både forarbeid og analysen av forumet på dom.no at konsultasjonstiden kan ha stor betydning for pasienter, spesielt hvis de føler at de ikke får tid til å ta opp alle sine helseproblemer med legen, noe som resulterer i at de sitter igjen med en følelse av at de ikke blir tatt på alvor.

Et spørsmål som ble stilt i tråden om konsultasjonstid, var om det fungerer slik at en konsultasjon med fastlegen skal kun omhandle én problemstilling. Dette er et aspekt som er ukjent for de fleste som ikke kjenner systemet. Rent intuitiv er det vanskelig å forstå at en konsultasjon skal bare gjelde én problemstilling. Hva om to problemstillinger henger sammen og har avgjørende betydning for en helhetlig forståelse av sykdommen? Og hva menes egentlig med ”en time – en problemstilling”? Enkelte legesentre har denne type informasjon på norsk og en forklaring av hva pasienter kan ta opp under en konsultasjonstid, mens tilsvarende informasjon på russisk ikke eksisterer¹⁶

Ulike forventninger eller uvisshet om hva en kan forvente av en konsultasjonstid hos fastlegen kan føre til misnøye og misforståelser. Et nettforum vil være et sted hvor brukere kan finne svar på grunnleggende spørsmål og lære av andres erfaringer. Samtidig vil deltagerne løpe risiko for eventuell feilinformasjon fordi personlige erfaringer ikke nødvendigvis er en pålitelig kilde. Det at flere nye brukere leser om uheldige erfaringer som andre har hatt med fastleger, vil forsterke usikkerheten og danne et dårligere utgangspunkt for de russisktalende innvandrene brukere av fastlege. Tidligere forskning har vist at det er typisk for helserelatert internettinformasjon at de fleste ressurser som regel har samme status uansett hvor pålitelige de er (Ziebland og Wyke 2012:231). Beskrivelser av negative erfaringer kan føre til at ”vanlige” erfaringer ikke blir sett og ikke blir omtalt like ofte som de negative. Det er et kjent problem for internetressurser at informasjonen ikke er et balansert. Samtidig har den betydning for hvordan innvandrere oppfatter det norske helsesystemet og hvordan de handler videre i møte med helsevesenet.

¹⁶ Informasjonen ble sist sjekket 21.mai 2013.

I tillegg til de to ovennevnte diskusjonstrådene har jeg valgt å analysere en mer omfattende tråd *En ode til det norske helsevesenet* som går i dybden på mange relevante problemstillinger. Jeg anser denne tråden som viktig fordi den har fått mye oppmerksomhet. Det har vært aktivitet på tråden siden februar 2008 og den var fortsatt aktiv i mai 2013. Denne diskusjonstråden er en av de få som ikke starter med et spørsmål eller et problem. Det er en tråd hvor en russisktalende kvinne deler en positiv opplevelse hun har hatt med det norske helsevesenet, ikke relatert til den overnevnte fastlegeproblematikken. Innlegget skapte stor debatt og flere omfattende diskusjoner, inkludert diskusjoner av erfaringer med fastlegene. Per 9. august 2012 hadde denne tråden 1182 innlegg fordelt på seksti sider og 34830 visninger.¹⁷

Et viktig aspekt ved denne tråden er at den i utgangspunktet ble startet som noe positivt, gradvis går den over til en diskusjon om utfordringer og problemer. Mange kommentatorer gir uttrykk for at den positive erfaringen heller er unntaket enn regelen. Det er likevel flere deltagere i denne diskusjonen som også støtter trådstarter og forteller om sine positive erfaringer. Dermed tydeliggjøres meningsvariasjonen selv innenfor én innvandrerguppe, noe som viser at ulike individer har forskjellige behov. I tråden finner man flere kommentarer der deltagerne reflekterer over forskjeller mellom det norske helsevesenet og helsevesenet i hjemlandet. Det er et viktig aspekt å se nærmere på for å kunne forstå hvilke måter eventuelle forskjeller kan påvirke hvordan innvandrere oppfatter helsevesenet i Norge og hvilke forventninger de har. Det faktumet at det ikke finnes så mange diskusjonstråder som omhandler positive erfaringer, tyder på at forumet først og fremst fungerer som en arena der deltagerne kan diskutere sine problemer og potensielle løsninger på disse. Jeg anser likevel den positive diskusjonen som høyst relevant for videre analyse fordi den gir en bedre forståelse av hvordan russisktalende kvinnelige innvandrere løser utfordringene som eventuelt oppstår.

Totalt har jeg kodet 370 kommentarer fra de tre ovenfor nevnte diskusjonstrådene. Jeg har valgt innlegg som beskriver konkrete erfaringer på en utfyllende måte med spesifikke eksempler og som inneholder deltageres refleksjoner. Diskusjonen av samhandlingen på forumet gir oss en bedre forståelse av konteksten, og er basert på mange flere innlegg, og andre temaer knyttet til fastlegen – totalt rundt tretti diskusjonstråder. Disse ble ikke kodet,

¹⁷ Selv om tråden fortsatt er aktiv, har jeg kun brukt de første seksti sidene i analysen. Per 9.mai 2013 er det allerede 87 sider og 1783 innlegg, 13 sider mer enn i august året før. Slik vekst er karakteristisk for informasjonsmangfoldet man finner på internett, informasjonen endrer seg, slettes og oppdateres konstant.

men jeg leste dem nøye og skrev kortere sammendrag. På denne måten fikk jeg en bedre forståelse av overordnede problemstillinger og av den gjeldende konteksten. Underveis i dette arbeidet har det vist seg at samhandlingen på forumet har betydning for hvilke diskusjonstråder som forblir brukt lengst og diskutert mest. Dette henger tett sammen med informasjonen som er tilgjengelig på forumet og som leses av eventuelle nye deltagere. Videre skal jeg gi en kort beskrivelse av diskusjonstråder som er grunnlag for min analyse.

Diskusjon 1: Fastlege – konsultasjonslengde (99 kommentarer)

Trådstarter i denne diskusjonen lurte på om det finnes noe lovfestet ”legetime”. Hun forteller at hun har vært hos fastlegen for første gang og nevner at hennes fastlege er en ung norsk kvinne. Legen brukte 7 minutter på konsultasjonen og trådstarter rakk ikke å stille alle spørsmål før legen ga følgende beskjed: *én konsultasjon – ett spørsmål*. Derfor må hun bestille en ny time selv om hun alt har ventet på den første timen i en måned. Trådstater trekker frem et eksempel om mannen sin som hadde vært på konsultasjon hos den samme legen og legen hadde brukt 40 minutter på han. Videre sier hun at hun sitter igjen med følelsen av *å være avfeid med et smil*. Derfor lurer hun nå på om det virkelig er slik at en konsultasjonstime skal tilsvare en problemstilling. Hun har allerede vurdert å bytte fastlege.

Det kommet ulike svar hvor andre diskusjonsdeltagere deler sine erfaringer og gir anbefalinger til hvordan man kan løse denne situasjonen. I løpet av diskusjonen blir det mer og mer klart for trådstarter at hun skal bytte fastlege, noe hun deler med andre forumdeltagere. Enda et poeng som kommer frem i diskusjonen er at trådstarter vil bytte til en ikke-norsk fastlege. Hun ber om tips fra en deltager som er fornøyd med sin fastlege. Når en annen deltaker nevner at hun har klaget på fastlegen sin, vil trådstarter også vite hvordan man gjør det. En av svakhetene med dette datamaterialet er at vi ikke vet noe om hvordan denne situasjonen til slutt løste seg og om trådstarter fant en lege som hun er fornøyd med. Ikke minst viser denne diskusjonen at konsultasjonslengde hos fastlegen er et problem for mange forumsdeltagere. Samtidig peker diskusjonene på at konsultasjonslengde henger sammen med andre relevante faktorer som jeg skal utdype videre i analysen.

Diskusjon 2: Hjelp meg med å skrive en klage på fastlegen (43 kommentarer)

Problemet er at fastlegen min ikke vil henvise meg til en spesialist – hun gir meg bare piller. Jeg er kvalm av disse pillene. Nå klarer jeg ikke å reise meg opp, jeg må til spesialist, men hun gir meg piller igjen. Kan noen hjelpe meg med å klage på henne?

Det første svaret som trådstarter får til innlegget over, går ut på å kontakte kommuneoverlegen. Hun svarer at hun egentlig ikke tror at dette vil hjelpe. Videre kommer flere forslag fra andre deltagere om å bytte fastlege eller henvende seg til private helseforetak, men trådstarter forteller at hun allerede har byttet flere ganger uten at det hjalp. Her ser vi igjen at flere trekker frem sine erfaringer hvorpå det opprinnelige spørsmålet om klagen gradvis forsvinner fra diskusjonen. Selv om opprinnelsesspørsmålet blir borte viser diskusjonen likevel hvilke utfordringer som er aktuelle for deltagerne og hvordan disse håndteres.

Diskusjon 3: En ode til det norske helsevesenet (over 1100 kommentarer)

Trådstarter begynner diskusjonen med å fortelle andre brukere at hun har jobbet innenfor helsevesenet i Ukraina og vet hvordan det bør være til sammenligning med hvordan det ukrainske helsevesenet faktisk er i virkeligheten. Hun skriver at hun har hørt positive tilbakemeldinger om norske leger fra sin mann og at hun har lest hva folk skriver på det aktuelle forumet.

Jeg vil bare fortelle dere om mine erfaringer og dele min glede med dere! Jeg måtte på en undersøkelse på et medisinsk senter, ikke fordi jeg ville det selv, men takket være norsk mentalitet og holdninger. Mine inntrykk er mer enn positive – forholdet til pasienten, inkludert vanlig høflighet, medisinsk etikk og profesjonalitet! Legen, som ikke var min fastlege engang, var så høflig, hjelpsom og hyggelig – det var slik at det var mulig å fortelle ham alt og jeg hadde lyst til å gjøre det. Han var genuint interessert, ikke bare i hvordan jeg føler meg, min medisinske tilstand, men også mine planer for livet. Samtalen var så åpenhjertelig og hyggelig, selv om jeg nektet å snakke engelsk, og forstår ikke alt på norsk. Og evnen til å ta hensyn er et viktig aspekt. Han var hensynsfull i strengeste forstand. Jeg antar at det vil være mange som ikke er enige med meg, men jeg skriver dette for de nye i Norge, for de som ikke har erfaring enda og er redde. Ikke vær redd – her finnes det både viljen og muligheten til å hjelpe oss.

Denne diskusjonen skapte som sagt stor debatt blant deltagerne. Trådstarter forutså dette, men valgte likevel å prøve å snu den negative trenden på forumet. Som nevnt ble denne diskusjonen startet i 2008 og i 2011 har trådstarter faktisk skrevet enda et innlegg der hun poengterer at etter flere år har hennes mening om det norske helsevesenet ikke endret seg og at hun ønsket å avslutte hele denne diskusjonen. Til tross for at hun ønsket å avslutte denne diskusjonen er den stadig aktuelle for andre brukere som fortsetter å spinne dette temaet videre. Hennes positive innlegg, har inspirert andre til å dele sine positive erfaringer. En mulig forklaring på populariteten til denne tråden kan være at selve tittelen vekker interesse hos mange. Derfor er det flere som velger å lese denne diskusjonen og deretter å skrive om

sine erfaringer. Tittelen ”En ode til det norske helsevesenet” kan virke provoserende for pasienter som er misfornøyde og inspirerende for de som er fornøyde.

5.2. Foreløpig kontekstforståelse og samhandlingen på forumet

5.2.1 En oversikt over ulike typer diskusjoner på forumet

Forumet på dom.no har typiske kjennetegn for nettbaserte fora som opprettes for utveksling av informasjon og diskusjon av ulike problemstillinger. Disse eksisterer alltid i en sosial og historisk kontekst som er felles for diskusjonsdeltagerne som forventer gjensidig samhandling og deltagelse (Faraj og Johnson 2011). De fleste helserelaterte diskusjoner på forumet ble startet når en bruker hadde behov for enten konkret informasjon eller råd i forhold til ulike helserelaterte problemstillinger og medisiner. Titler på diskusjonstemaer, som for eksempel *Autisme i Norge* eller *Lav blodprosent*, sier som regel hva et tema kommer til å handle om. Det er en stor variasjon på trådlengder – enkelte er begrenset til noen få konkrete kommentarer, mens andre diskuteres over lengre tid og av flere deltakere.

De to første diskusjonstrådene som jeg analyserer er typiske eksempler på diskusjoner der et problem trekkes frem og trådstarter ber andre deltagere om råd til hvordan hun kan løse dette problemet. Før hun ber om råd og hjelp, beskriver forumbrukeren sitt problem ganske detaljert. Ofte suppleres beskrivelsen med ytterligere opplysninger videre i diskusjonen. Det å få et svar på sitt spørsmål er ikke nødvendigvis nok for å avslutte en diskusjon. Det å dele erfaringer med andre, diskutere flere alternativer for så eventuelt å komme frem til en konklusjon, fortolker jeg som betydningsfullt for deltagere.

Tidligere forskning viser at de som leser om andres negative erfaringer og frustrasjoner vil være mer engstelige i lignende situasjoner. I tillegg kan en forumdeltager bruke andres erfaringer til å lage egne strategier for møtet med helsevesenet. De kan for eksempel overdrive symptomer for å få behandlingen de mener de har krav på (Ziebland og Wyke 2012:235). I min empiri finnes eksempler på dette i diskusjoner om hvordan man kommuniserer med legen og hvordan man skal fremstille sine problemer. Dette kommer jeg tilbake til senere i dette kapittelet.

De fleste av innleggene er veldig personlige og man ser mangfoldet i opplevelsene og fremstillingene av problemene. Det som er enkelt spørsmål for noen, kan oppleves som et problem for andre, noe som igjen viser at mine informanter ikke er en homogen gruppe og det er forskjeller både i forhold til sykdomsforståelse og oppfatninger av utfordringene i møte med helsevesenet. For eksempel forteller noen om sine symptomer og spør om andre har opplevd noe lignende, mens andre er fra begynnelsen av diskusjonen fokusert på at det meste ved deres helsetilstand er problematisk.

Det er imidlertid også noen få temaer som skiller seg fra andre fordi at de innledes med fokus på positive erfaringer og ikke på problemer. Slike diskusjoner er det færrest av. Et eksempel er den tredje diskusjonen som ble beskrevet ovenfor. Den ble startet nettopp som en beskrivelse av en positiv erfaring. Trådstarter ville bidra med noe positivt selv om hun mente at de fleste forumbrukere er ganske negative i sine ytringer. Det som skiller henne fra de fleste brukere på forumet er at hun har arbeidserfaring innenfor helsevesenet i Ukraina.

Sammenlignet med lekfolk vil mennesker som faktisk har jobbet i helsevesenet naturligvis bruke andre kriterier når de evaluerer sine helseerfaringer. Flere deltagere kommenterte hennes innlegg med å påpeke at legene i Norge snakket bra for seg, noe som ikke er ensbetydende med at de var faglig dyktige. Flere mente også at hennes inntrykk ville forandre seg etter hvert. Trådstarter var imidlertid uenig med disse kommentarene og responderte med at hennes medisinske bakgrunn gav henne nok kompetanse til å klare å skille mellom faglig utfyllende svar og ”pene formuleringer” fra legenes side. Det er som oftest forskjell på lekfolks oppfatninger og legenes oppfatninger av både sykdommer og konsultasjonssituasjonen, noe som forklares med begrepene *disease* og *illness*. Da de fleste på det aktuelle forumet ikke er leger, er det mer naturlig å høre på andre likesinnede. Det kan dermed oppstå uenigheter mellom brukere med og uten medisinsk bakgrunn.

5.2.2 Svar man får på forumet – en generell oversikt

De færreste innlegg avsluttes med korte konkrete svar. De fleste diskusjonsdeltakerne trekker frem egne erfaringer enten som eksempel på problemløsning eller for å vise at man har et lignende problem. For mange kan det være betryggende å vite at flere sliter med det samme og at man ikke er alene. De opplever at de er inkludert, en del av en større gruppe og dermed ikke alene med sine problemer. Flere trekker også frem andres erfaringer i tillegg til sine

egne, for eksempel erfaringene til familien eller bekjente. Forskningsresultater til Ziebland og Wyke (2012) viser at vissheten om at andre har lignende problemer fører til at man føler seg ”normal” og mer sikker på hvordan man skal takle helseutfordringer i ulike kontekster. Ut fra andres erfaringer får forumdeltagere en bedre forståelse av sine roller, som for eksempel hva det vil si å være pasient (Ziebland og Wyke 2012:233).

Ofte blir flere spørsmål reist underveis i diskusjonen. I diskusjonen om klagen på fastlegen forteller en deltaker at hun har byttet til en ny fastlege som hun fikk anbefalt i en annen diskusjon på forumet og hun meddeler at hun er kjempefornøyd med byttet. Etter hennes innlegg var det to personer som henvendte seg til henne for å spørre om hvilken lege hun hadde byttet til. Dette viser at diskusjonsforumet fungerer som en informasjonskanal og det er sannsynlig tryggere for brukere å velge den legen som andre er fornøyd med. På dom.no får forumdeltagerne informasjon som ikke er tilgjengelig på opplysningsrettede sider fra offentlige etater. Enkelte erfaringsbaserte foruminnlegg ligner veldig på innlegg som vi finner på legelisten.no, samtidig gir ikke nettsidens format anledning til å diskutere.

Jeg har ingen forutsetning for å si noe om hvordan brukere henvender seg til hverandre gjennom private meldinger for å få hjelp og råd. Man kan lese i flere diskusjoner at deltagerne henvender seg til hverandre og ber om å sjekke private meldinger. Dette tyder på at enkelte diskuterer sine problemer ytterligere, det kan tenkes at de går mer i dybden på problemene uten å dele all informasjon offentlig på forumet.

Diskusjonstemaet om å klage på fastlegen er et eksempel på et tema som har flest erfaringsbaserte svar og som utvikles til en diskusjon av problemer som brukerne opplever med sine egne fastleger. Det aller første svaret som kom til dette innlegget gav også riktig informasjon om hvor man kan klage. Man skulle trodd at trådstarteren fikk svar på spørsmålet sitt og at diskusjonen dermed ville bli avsluttet. Dette ble imidlertid ikke tilfellet. Slik jeg har nevnt tidligere avsluttes et diskusjonstema sjeldent med ett konkret svar. Klage på fastlege-diskusjonen fikk 43 nye kommentarer der deltagerne fortsatte å omtale sine problemer med fastlegen. Trådstarteren fortsatte også å diskutere etter at hun fikk svar på sitt spørsmål. Dette kan tyde på at det sannsynligvis er enklere å finne en løsning på et problem med vekt på andres erfaringer som ligner på ens egne. I tillegg er det kanskje ikke det konkrete svar som er viktig, men selve diskusjonen og interaksjonen – muligheten til å uttale seg og dele egne erfaringer med andre. Det er typisk for diskusjonsfora at deltagelsen og bidragene er ujevnt fordelt – det er ulike motivasjoner som ligger i grunn for deltagelsen (Faraj og Johnson 2011).

Det som kjennetegner de fleste helserelevante diskusjonsfora er at det dannes en type interaksjon som er forskjellig fra ansikt-til- ansikt kommunikasjon og som foregår i henhold til andre regler. Det er ikke alltid ”gi og ta” kommunikasjon som gjelder på internett, enkelte innlegg blir ignorert, andre blir tatt opp til videre diskusjoner (Ziebland og Wyke 2012). Dette påvirker datamaterialet og ytringene som det blir mest av på forumet. Derfor kan vi trekke konklusjon om at så lenge det hovedsakelig er utfordringer og negative erfaringer som diskuteres, blir det vanskelig å opprettholde innlegg som er positive og hovedfokus forblir værende på det problematiske. Til og med i tilfellet det trådstarteren forsøkte å formidle en positiv fortelling i *En ode til det norske helsevesenet*, ble hennes innspill forsøkt omformulert av andre brukere. Ikke minst fortsetter hennes tråd å være aktiv lenge etter at hun har sluttet å kommentere temaet, og hun hadde i prinsippet ikke nok makt til at hennes fortelling fikk kredibilitet. Den pessimistiske trenden vil påvirke nye forumdeltagere, og nye innvandrere, som vil bruke forumet som en kilde til informasjon om helsesektoren i Norge.

5.2.3 Henvisning til offentlige ressurser

En av mine underproblemstillinger omhandler henvisninger til offentlige ressurser og samsvaret mellom problemstillinger som diskuteres på forumet og tilgjengelig informasjon fra offentlige instanser. Selv om det ikke finnes mye informasjon på russisk, kan mange russisktalende innvandrere norsk eller engelsk og har muligheten til å bruke norskspråklige ressurser eller informasjon på engelsk. I de tre diskusjonstrådene som jeg har valgt for analysen er det få henvisninger til offentlig informasjon om helsevesenet. Det aktuelle forumet inneholder generelt veldig få henvisninger til offentlige hjemmesider. Det virker som om forumdiskusjonene stor sett er basert på personlige erfaringer og fortellinger som eksisterer uavhengig av andre nettsider, mens offentlige hjemmesider enten er for uklare eller ikke brukt av andre årsaker. Mitt datamateriale peker i retningen av at internettressurser fra offentlige instanser formidler helt annet informasjon enn dens om diskuteres på forumet på dom.no.

En deltaker skriver at alle må huske hjemmesiden <http://legehandboka.no/> fordi at *det eneste fastleger gjør er å lese i denne boka*. Hun mener at der kan alle selv lese alt de trenger å vite (underforstått – det er ikke nødvendig å kontakte fastlegen i det hele tatt). Slike tendenser er

ikke nødvendigvis gunstige for innvandrerpatienter. Selv om flere klarer å lese legehåndboka, er det ikke gitt at lekfolk får samme forståelse av det som står der sammenlignet med leger.

I tillegg til egne negative opplevelser som blir beskrevet av forumdeltagerne, henviser de også til artikler som har blitt skrevet i norske aviser om feilbehandling av pasienter på norske sykehus. Det henvises både til fortellinger om enkelte pasienter og deres negative opplevelser samt statistikk om feilbehandling ved norske sykehus. Dette gjøres for å styrke brukernes argumentasjon og bekrefte deres beskrivelser av personlige negative opplevelser. For eksempel når en forumdeltager skildrer en dårlig erfaring med en spesifikk helseinstitusjon, og en annen deltaker poster et avisinnslag om den samme institusjonen, styrkes den overordnede troverdigheten til innslagene på forumet.

Allikevel må man ikke glemme at informasjon på internett ikke alltid er en reell gjenspeiling av virkelige opplevelser som majoriteten har. I studien *Død og pine. Om massemedia og helsepolitikk* (1987) finner vi en forklaring på hvorfor konflikter og negative erfaringer dominerer i massemedia. Konflikter fanger leserens oppmerksomhet og oppleves av mange som fascinerende stoff med innslag av drama. Gjennom å rette søkelyset mot problemer og konflikter, sikres også anledningen til en fortsettelse av sakene og til publisering av nytt stoff. I tillegg skaper slike innslag diskusjoner av viktige spørsmål (Eide og Hernes 1987).

I enkelte diskusjonsinnlegg trekker deltagere frem linker som er knyttet til statistikk om levealder og andre tall som henviser til generell helsetilstand i ulike land. I diskusjoner som omhandler konkrete sykdommer, henvises det av og til andre nettsider, både norske, engelske og russiske, som gir informasjon om nettopp disse sykdommene. I tillegg til det finner man henvisninger til nettsidene til helsevesenet i andre land. Noen deltakere stiller spørsmål ved det som oppleves som paradoksal på forumet: på den ene siden er det mange negative erfaringer og mange innvandrere som er misfornøyde med det norske helsevesenet. På den andre siden viser statistikken at generell helsetilstand i Norge er mye bedre og dødeligheten er mye lavere, enn eksempelvis i Russland.

Enda en interessant henvisning kommer fra en deltager som kopierer enkelte innlegg fra andre lands helserelaterte russisktalende diskusjonsfora, og viser til samme negative tendenser og misnøye med helsevesenet i andre europeiske land. Dette kan tyde på at forumet på dom.no er noe typisk som også finnes i andre land og som tydeligvis er viktig for russisktalende innvandrere. Slike fora hjelper å bygge det russiskspråklige fellesskapet i de nye landene, og

er en informasjonskilde og hjelpeportal for nye innvandrere. Det er ikke nødvendigvis slik at en får korrekt informasjon der, allikevel er det viktig for mange å lese om andres erfaringer og å lære hvordan man håndterer misforståelser i en ny kultur.

En del henvisninger går ut på mer konkrete helserelaterte problemstillinger. For eksempel når deltagere diskuterer fødsel og barnehelse, henviser de til sykehushjemmesider der man kan finne informasjon om alle prøver som blir tatt av nyfødte. I tillegg finner man henvisninger til hjemmesidene til ulike private helseforsikringsselskaper i diskusjonstråder om forskjellige måter man tilpasser seg til helsevesenet i Norge. Helseforsikringer blir også henvist til i tilfeller der ulike behandlingsmåter i Norge blir omdiskutert.

Det kan være flere grunner til at det generelt ikke er så mange henvisninger til offentlige norske ressurser på forumet på dom.no. Språkutfordring kan være et problem, spesielt for nykommere. Som visst i oppgavens kapittel to finnes det ikke mange russiskspråklige offentlige hjemmesider der man kan finne informasjon om det norske helsevesenet. Dermed er den begrensede offentlige informasjonen som siteres på forumet ofte på norsk, og således ikke tilgjengelig for alle brukere.

Det virker likevel som om flere deltagere har tilskrekkelig språkkunnskap både i norsk og engelsk og det henvises til flere avisartikler og vitenskapelige artikler på disse språkene. Det er imidlertid uklart hvor mange som faktisk leser artiklene som det henvises til. Det at disse artiklene ofte ikke diskuteres ytterligere, kan være et tegn på at et mindretall av deltagerne tar seg tid til å lese dem, noe som igjen understreker funksjonen til forumet som først og fremst en arena hvor brukerne deler personlige erfaringer og prøver å finne løsninger på personlige problemer.

5.2.4 Uenigheter og konflikter

Ved første øyekast virker det som at mange forumdeltagere er misfornøyde med det norske helsevesenet, og at det legges ut overveldende mange negative kommentarer. Derfor har jeg, som tidligere nevnt, valgt å se nærmere på en diskusjonstråd som startet som noe positivt og hvor trådstarter ville dele sine positive erfaringer. Hun var klar over at mange ville være uenige med henne noe som tyder på at hun også har fått en oppfatning av at mange på forumet er misfornøyde. Denne trådstarteren fikk rett i at flere ville være uenige med henne og hennes

innlegg skapte en debatt som førte til at flere problemstillinger ble diskutert mer i dybden, noe man kan lære mye av. Denne diskusjonen viste også at mange russisktalende innvandrere kan være enige i at det finnes flinke leger i Norge, selv om det kan kreve en viss tilpasning og endring av deres oppfatninger. Min tese er at disse uenighetene skapes av ulike forventninger til helsesektoren – noen trekker for eksempel på erfaringer fra hjemlandet, andre baserer seg på erfaringene til bekjente.

Den aktuelle diskusjonen gir en nyanserende illustrasjon av oppfatninger innvandrere kan ha av det norske helsevesenet. Den positive erfaringen demonstrerer at det ikke eksisterer én ensidig situasjonsoppfatning, selv ikke innenfor den samme innvandrerguppen. Noe som selvfølgelig ikke er paradoksalt, fordi at samtlige innvandrergupper er bygget opp av individer med ulike hverdagsliv og hverdagsopplevelser.

Uenigheter på forumet kan føre til at brukere med meninger som skiller seg fra majoriteten velger la være å delta i diskusjoner eller å skrive sine meninger. Ved flere anledninger påpeker enkelte diskusjonsdeltagere at det å sitte på et nettforum og å klage ikke vil føre til en løsning på problemene. De mener at man må ta ansvaret i egne hender og handle. For noen vil det likevel være naturlig å søke om råd på forumet, før de eventuelt handler, klager på legen eller bytter lege. Interne uenigheter og konflikter påvirker datamaterialet som er tilgjengelig på forumet gjennom at det finnes flest problemorienterte diskusjoner. Det er dermed ekstra viktig å løfte frem de positive stemmene, slik at også de blir hørt. Fokus på både utfordringer og positive erfaringer gir et mer helhetlig bilde av de problemstillingene som blir tatt opp på diskusjonsforumet.

5.2.5 Årsakene til helsereelatert internettbruk

Når man ser på foreløpig kontekstforståelse i lys av årsakene til helsereelatert internettbruk, slik de er beskrevet av Tanis (2008), finner man at flere av disse årsakene gjør seg gjeldende for bruken av nettforumet på dom.no.

Dette forumet fungerer først og fremst som et sted hvor man får hjelp med problemløsning og informasjonssøk. De fleste brukere vil ha informasjon og svar på sine spørsmål i tillegg til å ville ha en arena hvor de kan sine synspunkter bekreftet. Når det gjelder behovet for emosjonell støtte, er det tydelig at deltakerne får støtte fra andre i flere diskusjoner. De får

ønsker om god bedring og lykke til med behandlingen. Allikevel vil emosjonell støtte på forumet sannsynligvis være annerledes fra støtten på fora som er opprettet for diskusjon av konkrete sykdommer. I min analyse har jeg som nevnt først og fremst fokusert på mer generelle utfordringer knyttet til møtet med fastlegen og ikke på konkrete sykdommer. Emosjonell støtte i mitt konkrete datamateriale har vært av en mer praktisk art der deltagerne kommer med anbefalinger om hvordan man skal handle i en konkret situasjon basert på deres egne erfaringer.

Å være en del av gruppen – inkludering – er en av årsakene til forumbruk som nevnes av Tanis (2008). I mitt datamateriale har kvinner med felles oppfatninger en mer dyptgående diskusjon der flere referer til seg selv som ”oss” innvandrere i møte med ”dem” innenfor helsevesenet. Det å kunne hjelpe og støtte andre i konkrete problematiske situasjoner gjennom skriftlige bidrag virker viktig for mange deltagere. Det ser ut til at mange kvinner som deltar i disse diskusjonene er oppriktig interessert i å hjelpe andre – med alt fra anbefalinger av fastleger de selv er fornøyd med til råd knyttet til konkrete helseproblemer. Noen forteller sine historier kun for å vise at hun ble frisk og at det går bra med henne nå.

Brukervennlighet (Tanis 2008) er også nevnt som en grunn til å bruke helserelevante diskusjonsfora. Forumet på dom.no er først og fremst enkelt å bruke på grunn av språket – man får stilt spørsmål og diskutert problemer på eget morsmål, noe som kan være avgjørende for nye innvandrere. I tillegg er anonymitet et viktig aspekt – der er ikke mange brukere som oppgir sitt navn eller andre personlige opplysninger. Dette kan være en av grunnene at diskusjonsdeltagere er komfortable med å gå i dybden av sine problemer og å diskutere problemstillinger som muligens er vanskelig å diskutere i ansikt til ansikt relasjoner.

5.3. Hovedutfordringene i møte med fastleger

Basert på *focused* koding av de tre valgte forumdiskusjonene, har jeg laget en modell som viser hovedutfordringene som russisktalende kvinnelige innvandrere møter på hos fastleger (Figur 1).



Figur 1: Hovedutfordringene for russisktalende kvinnelige innvandrere i møte med fastleger.

Figur 1 viser at den overordnede følelsen av å **bli tatt på alvor og bli sett** er helt grunnlegende og har stor betydning for russisktalende kvinnelige innvandrere. Det kan imidlertid variere fra person til person hva man legger inn i opplevelsen av å bli tatt på alvor og bli sett. Gjennom *focused* koding har jeg kommet frem til konkrete hovedutfordringer som har betydning for en kvinnes tilfredsstillhet med konsultasjonen: 1) henvisning til spesialister, 2) ulike oppfatninger av sykdom og 3) uenigheter rundt medisinerig. I tillegg til dette er 4) tilgjengelighet en tilleggsfaktor som ikke nødvendigvis er direkte knyttet til følelsen av å bli tatt på alvor og å bli sett, men som har en stor betydning spesielt i tilfeller der de tre andre faktorene er tilstede.

Årsaken til at ikke alle pasienter føler at de blir tatt på alvor kan ligge i forventningene til konsultasjonen. Analysen viser at forventninger til den russisktalende innvandrerguppen er knyttet til erfaringer de har med seg fra hjemlandet. Slike erfaringer er med på å generere forventninger som skiller seg fra majoritetsbefolkningens forventninger til fastlegekonsultasjonen. Det må også nevnes at utfordringene som vises i figur 1 henger tett sammen med løsninger som pasienter velger for å håndtere dem med. Senere i kapittelet vil jeg presentere problemløsningsstrategier som jeg fant i analysen, og diskutere disse med relasjon til spesifikke kjennetegn som gjelder den russisktalende innvandrerguppen. Først vil jeg utdype utfordringene som er gjengitt ovenfor og forklare disse i lys av begreperne disease, illness og sickness, pasientrolle og modeller for samhandling mellom leger og pasienter.

5.3.1 Forventninger

Det finnes bra og dårlige leger både i Russland og i Norge. Vi kan ikke forvente behandling etter våre egne regler i et annet land.

Dette sitatet er veldig beskrivende og av stor betydning for mange deltagere. Når de kommer til et nytt land og til et system som de ikke kjenner til, vil deres forventninger være basert på erfaringer som de har med seg fra hjemlandet. Diskusjoner på dom.no viser at i tilfeller der noe er annerledes og ukjent, møter man det med en viss skepsis og sammenligner det med noe som er kjent. Selv om den norske fastlegeordningen kan ligne på ordningen i Russland, virker det som at flere aspekter ved det norske systemet skaper utfordringer for de russisktalende innvandrere. De opplever for eksempel at legene ikke tar dem på alvor fordi det er vanskelig å få stilt alle spørsmål underveis i en konsultasjon.

Forventningene henger sammen med rolleforståelsen i forhold til hva en lege versus en pasient skal gjøre. Jeg har tidligere presisert at min tilnærming belyser én side av samhandlingsrelasjonen – pasientens side. Samtidig er fastlegenes forventninger og rolle viktige aspekter i denne diskusjonen. Selv om dette ikke er et overordnet tema for min oppgave, er det likevel hensiktsmessig å nevne legens rolle i konsultasjonen for å vise at situasjonen er sammensatt og kompleks. Vurderingene om noen er frisk eller syk er basert på helse- og sykdomsoppfatninger som er formet av kulturelle kjennetegn ved det samfunnet de oppstår i. Medisinsk og helsefaglig kunnskap og praksis er således kulturavhengige. Kulturavhengige kriteriene påvirker valg og prioriteringer innenfor helsevesenet (Lian 2007:142). Det kulturelle aspektet vil være spesielt tydelig når norske fastleger samhandler med pasienter fra andre kulturer. Ulike kulturelle referanserammer kan føre til forskjellige forventninger og videre til misnøye og misforståelser.

Tidligere forskningsresultater viser at mange innvandrerpasienter og fastleger har ulike syn på legens rolle under konsultasjonen (Goth 2012:95). I Norge er det vanlig med pasientsentrerte tilnærminger til konsultasjonen. Problemløsningen skjer i felleskap med legen, noe som kan oppleves som problematisk for de innvandrere som ut fra sin opprinnelseskultur er vant til mer autoritære leger. I slike tilfeller forventer pasientene at legene skal ta kontroll over situasjonen og fortelle pasientene hva som er galt. Det virker ikke som om forumdeltakerne er enige i hvem som skal ha siste ordet under konsultasjonen – legen eller pasienten? Enkelte av forumdeltagernes utsagn støtter forskningsresultatene til Goth (2012), det forventes at legen tar ansvar, tar avgjørelser og er villig til å finne ut hva problemet til pasienten er. På den andre

siden er dette ikke alltid like enkelt å gi hovedansvaret til legen når det oppstår uenigheter mellom pasienten og legen i forhold til hva som er riktig behandling og riktig handlingsmåte i en sykdomssituasjon.

Generelt tyder empirien på at forventningene som russisktalende pasientene har med seg til konsultasjonstimene først og fremst er knyttet til det å bli tatt på alvor av legen, og å få hjelp til å finne en løsning på problemer man kommer til legen med. Utfordringen er å forstå hva en pasient legger i det å bli tatt på alvor og å bli sett. Denne følelsen er ikke nødvendigvis noe spesielt som utelukkende kjennetegner innvandrere – det er noe som de alle fleste forventer av sine leger. Forskning på lege-pasient samhandling viser at generelt uttrykker pasienter tilfredsstillhet med konsultasjonen når legene viser en genuin interesse, stiller oppfølgingsspørsmål og prøver å forstå pasientenes oppfatninger. Under slike konsultasjoner blir uenigheter løst på en konstruktiv måte og de fører til færre konflikter (Steinhaus m.fl. 2012).

For innvandrerne kan for eksempel måten en lege stiller et spørsmål på være helt forskjellig fra det de er vant til hjemmefra og dette vil skape utfordringer. Et illustrerende eksempel fra forumet beskriver en deltager som kom til fastlegen med store smerter i ryggen og mente at det trengtes å undersøkes videre. Legen spurte om pasienten har prøvd Paracet og mente at man skulle vente litt og se hvordan det går, før man eventuelt tok et skritt videre til behandling eller undersøkelser. I dette tilfellet kom definisjoner på *disease* og *illness* i konflikt med hverandre og pasienten satt igjen med følelsen av å ikke bli tatt på alvor. Ifølge pasienten var legens rolle i dette tilfellet å gi henvisning videre. En slik situasjon vil tvinge pasienten til å tenke annerledes og å finne alternative måter å løse sitt helseproblem på. En slik samhandling mellom legen og pasienten passer godt i konfliktmodellen til Bury (1997), og det er tydelig at legen har mer makt og at pasienten ikke klarer å oppnå gjensidig samhandling.

Enda et eksempel som handler om ikke oppfylte forventninger:

Er det typisk for Norge at fastlegen ikke kan noe om alternativ medisin? Jeg fikk flere sånne tilbud i Russland og de hjalp meg.

Kvinnen som skriver dette er vant til at russiske leger bruker ulike tilnærminger, inkludert alternative behandlinger, og forventer det samme av norske leger. Flere deltagere opplever at leger i Norge har en annen tilnærming til alternativ behandling, de foretrekker medisiner

og blander ikke det alternative med det medisinske. I dette tilfellet er begrepene *disease* og *illness* godt egnet for å bedre forstå kulturelt betingede forventninger. Selv forståelsen av *disease* som er basert på medisinske kunnskaper kan variere fra land til land, dette tydeliggjøres gjennom behandlingsmuligheter som er tilgjengelige i ulike land og som er allment akseptert og forventet. I dette konkrete eksemplet belyses ulikheter i *disease*-forståelsen gjennom det at alternativ medisin er en akseptert behandlingspraksis i Russland, men kanskje ikke i Norge.

Man kan tenke seg at bedre kommunikasjon og begrunnelse av legens vurdering hadde hjulpet med å unngå misnøye. Det er dermed viktig å være bevisst på at lege og pasient kan ha ulike situasjonsforståelser, som danner svært dårlig utgangspunkt for vellykket kommunikasjon. Når dette er sagt vil jeg i neste del se mer detaljert på den informasjonsmangelen som løftes frem på diskusjonsforumet og knytte den til forventningene som russisktalende pasienter tar med seg inn i møtet med fastlegen.

5.3.2 Mangel på informasjon

Min analyse viser at informasjonsmangel om hvordan helsesystemet i det nye landet fungerer er kun én del av problemet. På den ene siden berører mangelen på informasjon som regel nye innvandrere som ikke har erfaring med fastleger i Norge. Spørsmål om konsultasjonslengden og om klagen på fastlegen, som tas opp i de to første diskusjonene som jeg analyserer, er gode eksempler på hvordan mangel på informasjon påvirker utgangspunktet for konsultasjonen på en negativ måte. Dette fører til usikkerhet og videre misnøye med helsetjenesten. Dette påvirker også pasientens helhetlige oppfatning av å bli tatt på alvor av legen. Man kunne ha unngått slike unødvendige forviklinger, hvis nye innvandre fikk en morsmålspråklig innføring i detaljene rundt en konsultasjon med en fastlege.

På den andre siden peker datamaterialet på at de fleste brukere danner seg en negativ oppfatning av fastlegen veldig fort, gjerne etter den første konsultasjonen, noe som videre fører til at de kan bli mer engstelige og skeptiske til å henvende seg til den samme legen neste gang. Diskusjoner om usikkerheten rundt konsultasjonstid utvikler seg til å omhandle strategier som kan brukes til å oppnå det deltakerne mener å ha krav på, som for eksempel henvisning til spesialister eller riktig medisinerings.

Når det gjelder spørsmål knyttet til konsultasjonslengde, gir diskusjonsdeltakere erfaringsbaserte svar som sier at konsultasjonslengde kan variere fra 5 til 30 minutter. Likevel er ikke konsultasjonslengden i seg selv den eneste avgjørende faktoren for hvordan samhandlingen mellom pasienten og fastlegen foregår. De forumdeltagerne som er fornøyde med behandlingen de får hos fastlegen, fokuserer ikke så mye på konsultasjonstid. Det er derimot de som er misfornøyde som trekker frem konsultasjonstiden som et viktig aspekt. Dette betyr at konsultasjonstid ikke alltid trenger å være problematisk og så lenge personen føler seg godt ivaretatt vil ikke konsultasjonstiden ha en like stor betydning. Allikevel tyder datamaterialet på at det å kunne vite på forhånd hvor lang tid legen skal bruke på konsultasjonen, ville kunne skape mer trygghet og forutsigbarhet for innvandrerpatienten. Samtidig ville sjansen for å bli misforstått minske.

Et annet aspekt som tas opp i diskusjonene på forumet, er, som tidligere nevnt, om en konsultasjon skal handle om *én* problemstilling – dette virker å være problematisk for flere forumbrukere. Hvis man er nødt til å gå fra fastlegen uten at man får stilt alle sine spørsmål, vil dette igjen føre til misnøye og forvirring. Et eksempel er en kommentar på forumet som forteller om en konsultasjon hos en fastlege, der en pasient fortalte at hun sliter med magesmerte og at det kjentes som at den gikk over til ryggen. Legen sa at konsultasjonen ville vare i 15 minutter og at pasienten måtte velge om de skal snakke om magen eller ryggen. Flere forumdeltagere mener at deres leger i hjemlandene har bedre evne til å lytte og tar seg bedre tid til å høre om deres helseproblemer. Det trekkes frem erfaringer som tyder på at forumdeltagerne oppfatter hjemlandets leger som bedre rustet til å få en mer helhetlig forståelse av pasientens tilstand. I motsetning til legene i Norge som har en mer *oppstykket* forståelse av sine pasienter. Forumbrukernes refleksjoner peker på at det finnes en ulik rolleforståelse når det gjelder pasientenes og legenes rolle under en konsultasjon i en norsk og en russisk kontekst. De russisktalende kvinnene gir uttrykk for at de har leger i hjemlandene som bruker lang tid på dem, derfor forventer de det samme fra norske leger. Dette kan henge sammen med kvinnenes bruk av private helseinstitusjoner i deres respektive hjemland hvor økonomien tillater at det er satt av bedre tid til konsultasjoner. Hadde de fått bedre informasjon om hva de kan ta opp under en fastlegetime i Norge, så ville det trolig hjulpet å forstå hvorfor leger handler som de gjør. Allikevel er det ikke nok at de får informasjon. Det er problematisk å sammenligne private helsetjenester i hjemlandet med det offentlige i Norge fordi de opererer med ulike rammebetingelser.

Som tidligere nevnt er det ikke enkelt å finne informasjon om hva en lovfestet konsultasjonstid hos fastlegen er – derfor er diskusjonen av konsultasjonstidens lengde høyst relevant. Goths studie viser at uavhengig av bakgrunn, språkkunnskaper og *health literacy* får de fleste pasienter 20 minutters konsultasjon. Samtidig er det i visse tilfeller lov å forlenge konsultasjonstiden i henhold til Normaltariff for privat allmennpraksis 2010–2011, men dette er ikke mye brukt blant fastleger i Norge (Goth 2012:87). Den samme studien viser også at samhandlingen mellom fastleger og innvandrerpatienter oppfattes på ulike og ofte helt motsatte måter av de involverte partene. Mange innvandrerpatienter uttaler seg kritisk om konsultasjon hos fastlegen og mener at legen ikke tar seg tid til å høre på pasientens problemer, mens legene mener at innvandrere ofte trekker frem andre problemer enn helse under konsultasjonen (Goth 2012:92).

Ut fra diskusjonene som jeg har analysert kommer det ikke frem at deltagerne prøvde å diskutere andre problemer med fastlegen enn helseproblemer. Det er imidlertid ikke lett å vite hva hver enkel forumbruker anser som en relevant helserelatert problemstilling og hva som faktisk tas opp hos legen. Det kan også være variasjoner mellom pasientene. Det kan tenkes at i tillegg til tidsaspektet er konsultasjonens *forløp* også annerledes i Norge enn i forumbrukernes hjemland. Flere uttrykker for eksempel at legene i hjemlandet tar seg tid til en helhetlig undersøkelse av pasientene for å få et bedre bilde av deres generelle helsetilstand. Allikevel peker diskusjonene på at konsultasjonen blir ansett som vellykket i tilfeller hvor pasienten får en oppfatning av at hun er tatt på alvor.

Norsk forskning viser at fastleger ofte oppfatter innvandrere som hjelpeløse i samhandlingen med offentlige helseforetak (Goth:2012). Dette skyldes språkproblemer og forskjellige forventninger. Det er kjent at innvandrere er mer tilbøyelige til å bruke legevakten fremfor fastleger. Samtidig blir ikke fastlegene informert om dette på grunn av ulik praksis på legevakten og hos fastlegen. Studien til Goth (2012) konkluderer med at mange av innvandrernes problemer med bruken av fastlegeordningen skyldes manglende informasjon om fastlegen og om helsesystemet på morsmål. Samtidig har ulike innvandrere ulikt behov for informasjon.

Videre skal jeg skissere flere typer kommunikasjonsrelaterte utfordringer som viser at konsultasjonstidens lengde i seg selv ikke nødvendigvis er et enestående problem, men at den henger tett sammen med andre faktorer. Disse utfordringene kan også ses sammen med mangelen på informasjon om hvordan det norske helsesystemet fungerer. Til sammen har

disse utfordringene en stor betydning for den overordnede følelsen av å bli tatt på alvor og å bli sett.

5.3.3 Å bli tatt på alvor og å bli sett

Å bli tatt på alvor og å bli sett er grunnleggende faktorer som de fleste pasienter vil forvente uansett om de er innvandrere eller ikke. Forumbrukere som beskriver konsultasjonen med fastlegen som en negativ erfaring, trekker først og fremst frem at de ikke fikk svar på sine spørsmål, at legen ikke hadde tid til å høre på dem og virket heller ikke interessert. For de fleste er det et minimumskrav at fastlegen viser at han bryr seg om og tar seg tid til pasienten. Dette støttes av funn fra forarbeidet og fra innlegg på legelisten.no, samt studien til Goth (2012) som jeg har referert til. Det som skiller innvandrerne fra majoritetsbefolkningen er imidlertid hvordan de skal takle situasjonen når de opplever at de ikke blir tatt på alvor. Når pasienter blir misfornøyde, bruker de ulike strategier for å endre situasjonen, noe jeg kommer tilbake til senere i analysen.

De fleste pasienter er mest tilfreds med kompetente leger som ikke er dominerende, men som er vennlige og viser interesse for sine pasienter. Videre er pasienter tilfreds når legen gir informasjon, og har evnen til å lytte til pasienten også i forhold til psykososiale aspekter og ikke bare det rent medisinske (Kringlen og Finset 1999: 95). Det kan være vanskelig å definere hva som er de psykososiale aspekter i enhver kontekst, fordi ulike land kan ha forskjellig tilnærming til pasienter.

Hva betyr å bli tatt på alvor og å bli sett slik for min innvandrergruppe? Her vil jeg trekke frem noen eksempler fra diskusjonene på forumet. For eksempel beskriver en diskusjonsdeltager sin erfaring på følgende måte:

En konsultasjon hos fastlegen er 15–20 minutter, men legen svarte på telefon 5 ganger og klarte aldri å svare ferdig på mine spørsmål...

En annen deltaker forteller at hennes fastlege satt foran PC-en under hele konsultasjonen. For denne personen føltes det som om kommunikasjonen egentlig ikke var tilstedet overhodet, noe som oppleves som både sårende og problematisk:

Dette ble til et mareritt. Jeg ventet en time på å komme inn til legen og legen brukte 5 minutter. Alle de 5 minuttene så hun i PC.

Basert på erfaringer fra egne konsultasjoner, trekker pasientene videre konklusjoner om at legene ikke er interesserte og opptrer på en arrogant måte. Mine funn samsvarer med funnene til Goth (2012). Hun konkluderer med at innvandrerpasienter opplever misnøye med fastlegen basert på en oppfatning om at legen er uprofesjonell eller dårlig utdannet. Goths informanter trekkes spesielt frem negative opplevelser knyttet til legenes bruk av Felleskatalogen under konsultasjonen (Goth 2012:97).

De russisktalende innvandrerkvinnene gir også uttrykk for misnøye med bruken av Felleskatalogen. En forumdeltager som har vært hos to ulike fastleger uttrykker det på følgende måte:

Begge fastlegene brukte det meste av konsultasjonstiden på å sjekke ut ting i legemiddelboka. Hun ene spurte meg hva legemiddelet som hun skal gi meg resept for heter.

Ut fra disse eksemplene ser vi at konsultasjonslengden får større betydning når pasienten opplever at legen ikke tar seg nok tid til å lytte og svare på spørsmål. Dermed føler pasienten seg oversett. Det er påfallende at ingen forumbrukere skriver noe om at det kanskje er nødvendig for legen å sitte foran PC-en under konsultasjonen fordi ulike skjemaer må fylles ut, informasjon må skrives ned og det er i dermed ikke så enkelt å ha mer direkte kontakt med pasientene. Dette handler om tidsbegrensninger og tidspress som fastlegene må forholde seg til.

Det hadde det vært bedre om de ikke smilte, men heller gjorde en god jobb....Her snakker leger mye med deg om alt og ingenting på en hyggelig måte istedenfor å si noe konkret.

Enda et aspekt knyttet til kommunikasjon som diskuteres blant forumdeltagerne er at leger i Norge er på den ene siden ganske hyggelige, mens på den andre siden mener flere at dette ikke nødvendigvis er noe positivt. En del forumdeltagere hadde foretrukket en lege som ikke var hyggelig, men heller faglig kyndig og kunne gi konkrete svar på spørsmål. Brukerne som er misfornøyde med sine konsultasjoner mener at legen har et *standard smil* som ikke har noen betydning. Det påpekes også at legene kan være veldig flinke til å være hyggelige, men når de snakker om ting som ikke anses som relevante, blir pasientene ikke fornøyde.

Analyseresultatene viser at de komplekse relasjonene som oppstår mellom fastleger og deres innvandrerpasienter byr på flere utfordringer. Selv om disse pasientene er villige til å samhandle med legen og diskutere problemstillinger i felleskap, i tråd med Burys (1997)

samhandlingsmodell, er det ofte problematisk å komme til enighet da deres oppfatninger ofte ikke samsvarer med legens. En slik situasjon fører til at samhandlingen utvikler seg til å bli mer konfliktpreget. Det som er spesielt for den russisktalende innvandrerguppen er at mange fortsatt bruker leger i sitt hjemland og deres forventninger til en konsultasjon og videre behandling i Norge er preget av informasjonen de får under konsultasjoner i hjemlandet. I tillegg har en del pasienter telefonkontakt med leger i hjemlandet før de henvender seg til den norske fastlegen. Dette tyder på at denne gruppen anser sin pasientrolle som aktiv, noe som er et kjennetegn ved de fleste moderne pasienter. Det er ikke gitt at legenes råd og anbefalinger blir fulgt – de forholder seg aktivt til informasjon fra ulike kilder, samtidig er det ikke alltid like enkelt å avgjøre hvilken informasjon som er riktig. Det å forholde seg til flere, ofte motstridende, informasjonskilder skaper flere utfordringer.

Enda en oppfatning som kommer tydelig frem i diskusjonene på forumet er at det er mye høyre terskel for å sette i gang ulike undersøkelser i Norge. Ifølge forumdeltagerne står dette i sterk motsetning til hvordan helsesystemet fungerer i Russland. Mange forumdeltagere har fått inntrykk av at i Norge er det mer vanlig å vente og se hvordan sykdommen utvikler seg og om den går over av seg selv, før man eventuelt begynner med tilleggsundersøkelser og ulike prøver.

Basert på flere henvendelser til det norske helsevesenet er jeg bare skuffet. Jeg er skuffet fordi at man ikke får time tidsnok, sykdommen forverres og derfor tar behandlingen lengre tid. (...) jeg har inntrykk av at de begynner behandlingen når en pasient blir VELDIG dårlig...

Slike reaksjoner kan igjen forklares med dårlig forståelse av fastlegeordningen og usikkerheten som er knyttet til mangel på kunnskap om hvordan systemet fungerer. For mange russisktalende innvandrere ligger problemet i at de føler at det går altfor lang tid før fastlegen tar en avgjørelse om videre utredning eller behandling av deres sykdom. Det har trolig å gjøre med at mange er vant til at legene i deres hjemland har en mye lavere terskel for å ta prøver kun for å forsikre seg at alt er bra. Dette vil antagelig spesielt gjelde pasienter som bruker private helseinstitusjoner i hjemlandet og som dermed har mer frihet, og ikke minst bedre råd, til å være med på å bestemme hvilke tilleggsundersøkelser man skal ta. I Norge derimot må man derimot på grunn av kostnader ha en medisinsk forsvarlig grunn til å ta prøver. Det ser ut til at både den medisinske forståelsen av sykdom, *disease*, er annerledes i Russland enn i Norge og at man har ulike tilnærminger til selve legekonsultasjonen. Når russiske pasienter kommer til Norge med sine spesifikke *illness* forståelser og forventninger

til legepraksis basert på erfaringer fra hjemlandet, vil det være problematisk å oppnå en velfungerende forhandlingsmodell for samhandling mellom leger og pasienter.

Det er rimelig å anta at eventuelle språkproblemer kan være en av årsakene til misforståelsene som oppstår. Samtidig er det i mitt empiriske materiale nesten ingen diskusjonsinnlegg som omhandler språkproblemer på eksplisitt måte. Det betyr ikke at språkproblemer ikke er eksisterende, men at det tydeligvis er flere i den russisktalende innvandrerguppen som mener at hovedutfordringene ved helsesystemet er knyttet til andre temaer enn språket og dermed er viktigere å diskutere.

Finnes det positive erfaringer?

Jeg vil her trekke frem noen positive erfaringer som diskuteres på forumet for å vise at det faktisk stort sett er en enighet blant deltagere om hva som oppleves som en vellykket konsultasjon hos fastlegen. De positive erfaringene kan hjelpe oss med å få en bedre forståelse av hva som fungerer bra. Samtidig illustreres de varierende erfaringene som finnes innenfor en innvandrerguppe.

Jeg har min tredje fastlege nå – alle har vært hensynsfulle, forståelsesfulle og tok alle prøver og ga sykemeldinger. Alle tre var norske. Jeg har kun byttet dem på grunn av flytting.

Pasienten i dette eksempelet er fornøyd. Her trekkes det frem både personlige egenskaper ved legene og det praktiske med prøver og sykemeldinger. Så lenge pasienten får tatt ønskede prøver og får sykemeldinger, anses legen som hensynsfull og forståelsesfull og pasienten er fornøyd med konsultasjonen.

Jeg har byttet til en lege som jeg er fornøyd med: hun snakker i hvert fall ikke i telefonen og bruker 10 minutter (på konsultasjonen).

I dette eksempelet er pasienten fornøyd med at legen ikke snakker i telefonen og fremstiller en kort konsultasjonslengde som noe positivt. Dette tilfellet viser at enkelte pasienter foretrekker at konsultasjonen er rask og effektiv, fremfor lang og altomfattende. For andre er det motsatt, noe som kommer frem i følgende kommentar:

Jeg har en polsk fastlege – han bruker så mye tid som trengs, svarer på alle spørsmål. Det har aldri vært problem med prøver, henvisninger, sykemeldinger.

Dette innlegget viser at en positiv opplevelse kan være avhengig av at legen tar seg tid å svare på alle spørsmål i tillegg til å gi forventede henvisninger og ta prøver.

En annen deltaker som skriver at hun liker sin lege påpeker likevel at det er vanskelig å få time hos han, men hun påstår at denne legen ikke jobber for penger og er oppriktig interessert i pasientene sine. Denne kommentaren viser at oppriktig interesse i pasientene veier opp for at det er vanskelig å få time.

I disse positive erfaringene formuleres som motsatser til det som blir trukket frem som negative erfaringer. Positive erfaringer bekrefter poeng som ble trukket frem under diskusjonen av negative erfaringer. For de fleste er det viktig å ha legens fulle oppmerksomhet under konsultasjonen. Disse funnene er også i tråd med flere uttalelser på legelisten.no: så lenge legen lytter, er oppriktig interessert i pasientene og gjør det han kan for å finne løsninger på problemer, er pasientene fornøyde. I tillegg vil en god fastlege henviser til en spesialist når pasienten mener det er behov for det.

Legens bakgrunn

Jeg skal bytte til en ikke norsk fastlege

Det som kjennetegner diskusjonene på forumet som jeg har studert, og som skiller disse fra anmeldelser på legelisten.no, er at flere forumdeltagere trekker frem legens etniske bakgrunn som et viktig poeng. De som er misfornøyde og har bestemt seg for å bytte lege, sier at de skal prøve å bytte til en ikke norsk fastlege. På dette forumet diskuterer deltagerne også de russiske legene i Norge. Det som går igjen i disse diskusjonene er at flere brukere vil heller ha en russisk fastlege eller en lege med en annen nasjonalitet enn norsk. Dette begrunner de med at norske leger har en helt annen tankegang, de klarer ikke å tenke utenfor boksen. Mange opplyser, tilsynelatende uten noen foranledning at de enten har en norsk eller ikke norsk fastlege. Dette virker som et viktig poeng for flere forumbrukere, noe som kan forklares med at pasienter med innvandrerbakgrunn vil prøve å finne leger som tenker mer likt som dem selv.

Dette funnet er i tråd med tidligere forskning som viser at lege-pasient relasjoner er flerdimensjonale og at pasientene vurderer leger både ut fra personlige og etniske kjennetegn. Relasjonene er bedre og pasienter har mer tillit til legene hvis pasientene mener at de har felles oppfatninger og verdier (Street m.fl. 2008). Også norsk forskning bekrefter dette funnet. Goth (2012:94) skriver at fastleger med utenlandsk bakgrunn ser behovene til innvandrerpasienter på en annen måte, de tar mer hensyn til kulturelle forskjeller og ser om det er behov for å hjelpe pasientene på andre måter enn kun relatert til helse.

Når det er sagt, er det viktig å nevne at det også finnes noen diskusjoner som omhandler nettopp russiske leger i Norge som forumbrukerne er misfornøyde med. Til tross for dette er det mange andre brukere som etterspør kontaktinformasjon til russiske fastleger. Det presiseres imidlertid ikke hva som menes med ”russiske leger”. Noen vil ha russisktalende leger, mens andre ønsker etnisk russiske leger. Det finnes også noen russiske leger som har vokst opp og utdannet seg i Norge, mens andre fikk sin russiske utdanning godkjent. Noen vil mest sannsynlig ha russisktalende leger på grunn av språkproblemer, mens andre vil ha russiske leger på grunn av deres arbeidsmetoder og tilnærming til pasienten, som de er vant med fra hjemlandet. I samhandling med en russisk lege i Norge er det større sjanser for at pasientens *illness* oppfatning vil være sammenfallende med legens *disease* oppfatning. For noen russisktalende pasienter er den felles kulturelle bakgrunnen såpass avgjørende at den likestilles med en vellykket konsultasjon.

5.3.4 Henvisning til spesialister

Det er et paradoks: det finnes bra spesialister her, men fastleger er en hindring på veien til spesialister.

Den overordnede følelsen av å bli tatt på alvor og å bli sett er gjerne knyttet til flere underproblemstillinger som jeg skisserte ovenfor. Nedenfor vil jeg gå mer i dybden på de mest diskuterte utfordringene. En av utfordringene er knyttet til en forventning om å få henvisning til en spesialist for å undersøke et bestemt helseproblem videre. Studien til Goth (2012:98) viser at de fleste innvandrerpasienter blir misfornøyde med fastlegen når de ikke får henvisning til spesialist som forventet. Mine funn støtter funnene i denne studien. Pasientenes misnøye henger sammen med deres rolleforståelse – de mener at det er fastlegenes oppgave å sende dem videre til spesialister.

Resultater av norsk forskning viser, som tidligere nevnt, at fastleger er av den oppfatning at innvandrerpasienter har veldig lav *health literacy* og de klarer ikke å bruke tilgjengelig informasjon (Goth 2012:96). Dette vil selvfølgelig variere i ulike innvandrergupper. Ut fra diskusjoner på forumet på dom.no får man inntrykk av at den russisktalende innvandrerguppen er veldig flink til å finne ut nødvendig informasjon om symptomer, medisiner og ulike behandlingsmåter i tillegg til kunnskap og erfaringer som de har med seg fra hjemlandet. De er åpne for diskusjoner med fastlegene, men det betyr ikke nødvendigvis at

konsultasjonen blir vellykket. Utfallet i mange tilfeller blir at fastlegen ikke er enig med pasientenes *illness* forståelse. På bakgrunn av sin medisinske kunnskap og *disease* oppfatning gjør legen andre valg og vurderinger som er i konflikt med pasientenes forventninger. På denne måten kan samhandlingen starte med det som Bury (1997) kaller for en forhandlingsmodell, men utvikle seg gradvis til en konflikt fordi legene til syvende og sist har det siste ordet og pasientene sitter igjen med forventninger som ikke er oppfylt.

Et eksempel på en slik situasjon fra min empiri skildres i en diskusjon hvor trådstarteren beskriver sin situasjon som uholdbar fordi hun mener at hun har krav på en henvisning til en spesialist etter flere henvendelser til fastlegen, mens fastlegen er uenig og vil avvente. Det er flere som er enige med henne og uttrykker sin misnøye fordi at det er vanskelig å få henvisning. Dette er likevel ikke nødvendigvis noe som kun gjelder innvandrere. Henvisning til spesialist kan være et uenighetsområde for mange ulike pasienter. Når det gjelder den russisktalende gruppen er det imidlertid videre strategier for å håndtere situasjonen som kan skille dem fra resten av befolkningen. Forumdiskusjonene gir uttrykk for at flere velger å dra til hjemlandet for å komme seg raskere til en spesialist. I diskusjonene som går i dybden på konkrete sykdommer, gir deltakere råd til hverandre om at det er lurt å dra til hjemlandet forttest mulig og komme seg til en spesialist. De henviser til og med til helseinstitusjoner i hjemlandet som de selv har gode erfaringer med.

Flere deltakere diskuterer hva som kan være årsaken til at det er så vanskelig for noen å få henvisning til spesialist. På den ene siden kan uenigheter angående henvisning som sagt skyldes ulike oppfatninger av sykdom. På den andre siden kan informasjonsmangel være årsaken til at flere ikke forstår hvordan systemet fungerer og når de har krav på henvisning. Det finnes imidlertid diskusjonsdeltakere som faktisk prøver å sette seg inn i regelverket og å forklare til andre hvordan det norske systemet fungerer. En diskusjonsdeltaker skriver følgende:

Hvis jeg forstår det riktig er spørsmålet her om hvem som skal betale for dyre prøver og dyre leger (spesialister). Hvis fastlegen ikke finner nok grunner til å bruke dyre ressurser, er dette kanskje årsaken til at han ikke henviser videre. Fastlegen er som et filter – slik at andre leger ikke brukes uten grunn til det. Fastlegen må ha et grunnlag for henvisning – for eksempel dårlige prøver ellers blir han spurt om hvorfor han uten videre gir henvisninger til alle.

Dette er et ganske konkret og utfyllende svar på hvorfor noen ikke får henvisning. Likevel viser det seg at flere forumdeltakere fortsatt mener at fastlegen ikke er rask nok til å henvise

videre til spesialister, selv om de forstår hvordan systemet fungerer. Flere trekker på sine erfaringer og påpeker at det er mye enklere å komme seg til en spesialist i hjemlandet hvor det ikke alltid er nødvendig med en henvisning. Hvis innvandrere er vant til å henvende seg direkte til spesialistene, vil prosessen ved å gå via fastlegen i Norge trolig være forvirrende. Opplevelsen av *illness* kan også variere mellom ulike pasientgrupper. For min målgruppe innebærer det faktumet at de har symptomer også en rettighet til å få henvisning til en spesialist. Denne forståelsen passer ikke med praksisen de opplever i Norge og dette fører til misnøye og en konfliktpreget samhandling med fastleger.

Det må påpekes at det kan være like vanskelig å komme til en spesialist i Russland hvis man bruker offentlig helsetjeneste og har dårlig råd. Helseforskning fra Russland viser at det er større sannsynlighet for at de med god råd går direkte til private helseinstitusjoner. De kan enten bruke sine personlige nettverk eller gå direkte til spesialister og betale enten offisielt eller svart for å få hjelp (Manning og Tikhonova 2009:199). Det kan tenkes at mange av innvandrere som diskuterer sine utfordringer på forumet har bedre råd til å bruke private helsetjenester i hjemlandet, og dermed opplever dem som mer effektive enn offentlige helsetjenester i Norge,

Som tidligere nevnt, bruker enkelte pasienter legevakten som en raskere måte å komme seg til spesialist på sammenlignet med fastlegen. Dette er veldig uheldig med tanke på unødvendig ressursbruk. Det presiseres også i diskusjonene at situasjonen må være ganske alvorlig for å få behandling på legevakten, ellers risikerer man å bli sendt tilbake til fastlegen. Diskusjonene viser at pasientene prøver på ulike måter å oppnå det de mener de har krav på. Deres rolle som pasient er ikke knyttet til passiv mottagelse av tilgjengelig helsetilbud, men de prøver å påvirke utilfredsstillende situasjoner på ulike måter.

I mange kommentarer trekkes det frem eksempler fra deltagerens nærmiljø og familie. Eksempelene omhandler situasjoner der noen ikke fikk behandlingen tidsnok og ikke ble sendt til spesialist med tragisk utfall. Noen deltakere bekrefter sine poeng med avisinnlegg om feilvurderinger som ble gjort i forhold til pasienter som skulle ha blitt sendt til spesialister mye tidligere. Blant brukere skaper dette mer usikkerhet og frustrasjon over å ikke bli henvist videre, noe som fører til at flere får en raskere oppfatning av at de ikke kan stole på sin fastlege og må derfor finne andre løsninger. Uenigheter rundt spesialisthenvisning handler om flere komplekse problemstillinger som henger tett sammen med forskjellige forståelser av sykdom. Det må påpekes at det ikke er kun henvisningene som pasientene og legene er uenige

om. Det oppstår konfliktsituasjoner når fastlegene velger å gi medisiner eller gir andre råd istedenfor å sende pasientene til spesialister, noe som oppfattes som feil og dårlig behandling av forumsdeltagerne.

Legen bare snakker i 20 minutter om alt og ingenting og mener at hvis blodprøvene er ok så er jeg frisk.

Denne diskusjonsdeltakeren er uenig med fastlegen og mener at hun trenger flere undersøkelser i tillegg til blodprøver og videre oppfølging, noe hun ikke får. Andre deltagere er enige med henne om at mange fastleger gjerne anbefaler bruken av Paracet og ser om det hjelper, før de eventuelt vurderer om en skal få henvisning videre. Derfor har flere diskusjonsdeltagere den oppfatningen at terskelen for å gi henvisning til spesialist er altfor høy, og at fastlegen først heller vil prøve andre alternativer. For mange er det uforståelig at man skal prøve og feile før man eventuelt tar neste skritt og finner ut hva som er problemet gjennom bruk av spesialister.

Ut fra forumdiskusjonene ser det ut til at en del forumdeltagere oppfatter spesialister som mer kvalifiserte enn fastlegene. Derfor ønsker flere å komme seg til en spesialist raskest mulig istedenfor å gå til fastlegen flere ganger. Samtidig er det fastlegen som bestemmer om en pasient vil få en henvisning. Det er vanskelig å avgjøre ut fra diskusjonene om det virkelig forekommer regelbrudd når pasienter ikke får henvisning videre. Som tidligere nevnt, får man kun adgang til den ene siden av saken gjennom datamateriale fra et diskusjonsforum. Jeg kan bare si noe om pasientenes fremstilling av situasjonen, og ikke om motivasjonen til fastlegen som foretar den medisinske vurderinger. Diskusjonene viser at pasientene oppfatter spesialisthenvisningen som problematisk, noe som fører til usikkerhet, misnøye og diskusjoner av andre strategier til å oppnå det de mener at de har krav på.

Spesialistenes tilgjengelighet oppleves også ofte som et problem på lik linje med fastlegenes tilgjengelighet. Når en pasient først får en henvisning til en spesialist, forventer hun å komme dit raskt, noe som ofte ikke blir tilfellet på grunn av lange ventetider hos spesialistene. En forumdeltager spør for eksempel om det er normalt å måtte vente på en time hos en spesialist i 4,5 måneder. Flere andre deltagere er enige i at det ofte tar altfor langt tid. Misnøyen kan igjen henge sammen med manglende forståelse for hvordan systemet fungerer. Det er forskjell på helserelaterte problemstillinger og alvorlighetsgrad har en avgjørende betydning for hvor fort man kommer seg til en spesialist. Dette er noe som trolig ikke er åpenbart for russisktalende innvandrere, spesielt hvis de er vant til å gå direkte til spesialister i

hjemlandene. Ut fra diskusjonene på forumet er det vanskelig å si om deltagerne har fått informasjon fra fastlegen om hvordan henvisninger til spesialister fungerer. Å gi pasientene en enkel forklaring på den videre saksgangen i forhold til en spesialistvurdering kan være en fruktbar måte å unngå misforståelser og misnøye på.

5.3.5 Ulike oppfatninger av sykdom

Uenigheter mellom pasienter og fastleger knyttet til spesialisthenvisninger henger tett sammen med ulike oppfatninger av symptomer og sykdomsforståelse. Som nevnt ovenfor har de fleste pasienter i den russisktalende innvandrerguppen klare oppfatninger og forventninger, de leser og oppdaterer seg om sykdommer og behandlingsmåter. Som tidligere nevnt kommer jeg ikke til å gå inn i diskusjoner av konkrete sykdommer og ulike oppfatninger av disse, jeg vil heller se på de generelle tendensene i forumdiskusjonene og diskusjoner av kjennetegn som gjelder de fleste sykdommer.

(...) det er bedre å dobbeltsjekke og forebygge sykdommer (...)

Diskusjonene som jeg har sett på viser at det eksisterer en oppfatning om at det ikke finnes forebyggende behandling i Norge og at det går altfor lang tid før sykdommen blir oppdaget i motsetning til det man er vant til fra hjemlandet. Flere forumdeltagere sier for eksempel at i Russland sjekker man heller en gang for mye bare for å forsikre seg om at alt er i orden, i motsetning til i Norge der man venter ganske lenge før man iverksetter en adekvat behandling. Mange opplever at det ikke gjøres nok for å fange opp sykdommen på et tidlig stadium. Noen påpeker også at de har et inntrykk av at i Norge kurerer man heller symptomer, men ikke årsaken til selve tilstanden. En slik oppfatning fører til at flere ønsker å få en henvisning til spesialist raskest mulig. En diskusjonsdeltager beskriver det på følgende måte:

(...) helsevesenet er bra for alvorlig syke, men det gjøres ikke noe profylaktisk her og ingenting gjøres for å fange opp sykdommen på et tidligere stadium.

I mange innlegg diskuterer deltagerne hva som i Norge gjøres for å forebygge sykdommer eller for å påvise disse på et tidlig stadium. Spesielt i diskusjonstråden *En ode til det norske helsevesenet* når den generelle diskusjonen går over til mer konkrete sykdommer, finner man flere bekymringsmeldinger fra ulike deltagere som skriver at de er redde og usikre når det

gjelder diagnostisering og tidsperspektiv. Mange opplever at de ikke blir tatt på alvor når det er uenigheter mellom dem og fastlegene om tilstandens alvorsgrad. Dette henger sammen med ulikhetene mellom forståelsen av *illness* hos pasientene og *disease* hos legene.

For en del forumdeltagere er det vanlig å ta en generell helsesjekk en gang i året og flere gjør det når de drar på ferie til hjemlandet sitt. Det er imidlertid uklart for mange om det i Norge går an å bare sjekke helsetilstand uten å ha et konkret problem. For mange oppleves slike helsesjekker som betryggende. I tillegg mener flere at en generell helsesjekk vil kunne påvise at noe er galt på et tidlig stadium før man får typiske symptomer. Derfor er det en fordel at en får tatt tak i problemet før det har gått for lang tid. For russisktalende innvandrere som er vant til slike helsesjekker i hjemlandet, påvirker dette deres forventninger til helsetjenesten i det nye landet. Når de ikke vet om det går an å ta en helsesjekk på samme måte i Norge, skapes det usikkerhet og forvirring.

Det finnes imidlertid en del diskusjoner på forumet om at man går for ofte til legen i Russland, og noen mener at man ikke bør gå dit hvis man ikke har noen plager. Det er naturlig nok ikke enighet rundt slike spørsmål, likevel peker diskusjonene på at informasjon om forebyggende behandling hadde hjulpet mange innvandrere med å få en bedre forståelse av hvordan helsesystemet fungerer og hvilke muligheter man har i Norge.

Flere deltagere er imidlertid enige i at man kan få bedre hjelp i Norge enn i hjemlandet hvis man er alvorlig syk. En deltaker uttrykker det på følgende måte:

(...)de tar deg ikke på alvor frem til tistanden blir alvorlig nok og "interessant" for dem.

Det ser likevel ut til at det er store misforståelser mellom fastleger og russisktalende pasienter om når en sykdom er alvorlig nok til å begynne en behandling. Årsaken kan igjen være ulike forståelser av sykdom basert på den rådende oppfatningen innenfor min gruppe om at man heller bør sjekke helsen en gang for mye, enn å oppdage en alvorlig sykdom for sent. Nedenfor reflekterer en forumdeltager over hva som kan være årsaken til forskjellige oppfatninger mellom fastleger og pasienter:

Problemet her er at det er dårlig utdanning, legene er ikke interesserte, de kan gjøre som de vil – de har fagforeninger. Pasienter her har ingen valg de er avhengige av legene. Greit hvis enkelte er mer pågående og da får de også mer, mens de fleste (nordmenn) tenker at legen er flink. Jeg går ikke til norske leger.

Flere diskusjonsdeltagere sier at hele det norske helsesystemet fungerer dårlig. Dette forklares først og fremst med at legene er godt lønnet og flere mener at sterke fagforeninger gjør at legene føler seg trygge og derfor ikke trenger å ta ansvar. Ifølge forumbrukerne, vet fastlegene at deres feilvurderinger ikke vil ha noen konsekvenser. Derfor flere brukere at det heller ikke hjelper å klage fordi dette ikke vil ha noen konsekvenser for legene. Den rådende oppfatningen på forumet er at legerollen er ganske trygg og at legene har mye makt. Denne maktubalansen forsterker konfliktsituasjoner.

Mange pasienter skriver at de rett og slett ikke stoler på fastlegen sin. Når det første møtet med fastlegen er konfliktfylt, fører dette til uenigheter i forholdt til videre behandling eller henvisning og situasjonen oppleves som komplisert. Mange vil da føle at det er vanskelig å finne en løsning. De fleste russisktalende innvandrerpasienter forstår at fastlegen er et viktig ledd i behandlingen og hvis samhandlingen ikke fungerer, blir situasjonen ansett som håpløs og misnøyen vedvarer. Derfor utvikler flere forumdeltagere ulike strategier for hvordan de takler slike utfordringer. Avslutningsvis i dette kapittelet vil jeg utdype disse strategiene.

5.3.6 Uenigheter rundt medisiner

Som nevnt innledningsvis er ikke formålet med denne oppgaven å fokusere på diskusjonene som omhandler konkrete aspekter ved medisiner. Jeg vil likevel trekke frem noen generelle poeng som må ses i sammenheng med de andre utfordringene som er beskrevet ovenfor. Påfallende mange diskusjonsdeltagere trekker frem bruken av Paracet i Norge. Mange forumbrukere uttrykker forvirring over hvorfor fastlegene deres ofte anbefaler kun Paracet. En av deltagerne ber for eksempel om tips om en fastlege som ikke kun skriver ut Paracet.

Noe av problemet rundt medisiner kan være at innvandrere fra Russland har andre holdninger i forhold til bruken av ulike medisiner sammenlignet med nordmenn. For det første har ikke Russland like strenge regler forbundet med salg av medisiner sammenlignet med Norge og EU. Importen av legemidler til Russland økte kraftig de siste ti årene og et stort utvalg av både russiske og utenlandske legemidler er tilgjengelig på russiske apoteker, ofte uten resept. Russisk forskning på medisiner viser at selvbehandling og selvmedisinerer fremfor henvendelser til lege er veldig utbredt blant mennesker som er i jobb. Legene i Russland oppfatter dette som ganske problematisk fordi de i ettertid ofte må behandle dårlige

resultater av selvmedisinering. Det er utbredt at mennesker søker råd hos farmasøyter når de har plager og kjøper det de får anbefalt på apotekene.(Nazarova 2007: 354).

...jeg hater Paracet...

Flere diskusjoner går ut på at Paracet ikke hjelper mot alle typer smerter og deltagerne diskuterer hvilke andre alternativer man har i tillegg til, eller istedenfor, Paracet. Disse diskusjonene tyder på at mange er vant til andre typer smertestillende, hvorpå bruksmønsteret av medisiner vil være annerledes i Norge sammenlignet med Russland. Dette kan være noe av forklaringen på hvorfor mange opplever det som problematisk når de gang på gang blir anbefalt å bruke nettopp Paracet. Mange diskusjonsinnlegg kan tolkes dit at anbefalingen om å ta Paracet svekker tilliten til legen og pasientene blir oppgitte. Det er igjen ikke mulig for oss å se denne situasjonen fra legens side, likevel er det mye som tyder på at selve Paraceten og bruken av smertestillende generelt blir et hovedproblem i kommunikasjonen mellom lege og pasient. Dette henger igjen sammen med ulike forventninger – flere hadde heller foretrukket å bli sendt til en spesialist enn å bli sendt hjem med en beskjed om å ta Paracet. Samtidig vil en anbefaling om å ta Paracet indikere at legen ikke anser tilstanden til pasienten alvorlig nok til å bli sendt til en spesialist.

(...)ikke vær overrasket. Her er Paracet et vidundermiddel mot alle sykdommer...

En annen deltaker forteller at det virket som om hennes fastlege kjedet seg på jobb fordi han bare anbefalte Paracet og skrev ut sykemeldinger. Når hun sa ifra til legen at hun ikke orket mer Paracet, fikk hun en anbefaling om å ta Ibux. Noen av deltagerne forklarer denne ”Paracet-situasjonen” med at legene heller fraskriver seg ansvar og satser på at det går bedre etter hvert. Dette kan fungere i enkelte tilfeller, samtidig kan ventetiden med Paracet også forverre situasjonen, noe mange uttrykker at de er redde for. En deltaker skriver at hun kjenner til flere tilfeller der pasientene ble sendt hjem med en beskjed om å ta Paracet, hvor det i etterkant har vist seg at de hadde symptomer på alvorlige sykdommer. En annen deltaker spør også:

Hvordan skal jeg reagere på deres smil når de kun anbefaler Paracet?

Denne situasjonen viser at mange føler at de ikke blir tatt på alvor når legen anbefaler å bruke Paracet. Man kan også spørre seg om det er informasjonsmangel hos flere av forumbrukerne som fører til misforståelser knyttet til bruken av Paracet og medisinering generelt. Flere

diskusjoner som går i dybden på medisinbruk kan tolkes som at det ofte er uenigheter forbundet med medisinerings mellom pasienter og deres fastleger.

Resultatet av at pasientene ikke får andre legemidler enn Paracet er at de prøver å skaffe seg legemidler i hjemlandet og medisinerer seg slik de selv mener er riktig. En deltager skriver for eksempel at heldigvis hadde hun medisiner hjemmefra og fikk tatt det hun trengte. Enda en deltager forteller at noen på forumet hjalp henne med medisiner etter at hun fortalte om sine problemer. Dette kan imidlertid være problematisk da selvmedisinering kan være helseskadelig. Samtidig er dette et fenomen som vanskelig lar seg kontrollere. Når en innvandrerpatient blir oppgitt over å ikke få anbefalt andre medisiner enn Paracet, blir fristelsen til å kjøpe legemidler i hjemlandet mye større. Det må sies at ikke alle selvmedisinerer, samtidig kjennetegnes den russisktalende innvandrergruppen av at flere benytter seg av muligheten til å få konsultasjon i hjemlandet, noe av hensikten med det er å få en resept på legemidler som de mener er riktige. Dette kan ses som et eksempel på at en russisktalende pasient som jevnlig blir anbefalt Paracet og dermed mister tilliten til sin norske fastlege – overprøver legen og velger helsetilbudet i hjemlandet.

5.3.7 Tilgjengelighet

Tilgjengelighet er en tilleggsfaktor som har betydning for følelsen av å bli tatt på alvor og bli sett og må ses i sammenheng med de tre hovedutfordringene som er nevnt ovenfor, uenighet rundt spesialisthenvisning, sykdomsdefinisjon og medisinerings Med tilgjengelighet menes muligheten til å få legetime uten lang ventetid. En forumdeltager forteller om å ha ventet på fastlegetime i flere måneder og at hun i tillegg ikke fikk tatt opp alle sine spørsmål når hun først var hos lege. Dette kan uten tvil være frustrerende.

Det diskuteres at det er mye enklere å få time hos en lege i Russland, samtidig som det også kan være store variasjoner der, avhengig av de økonomiske mulighetene til pasienten. Som jeg diskuterte i kapittel to, er det ulike pasienttyper i Russland og det er større variasjoner og muligheter til å bruke helsevesenet der. Flere forumdeltagere forteller at i hjemlandet går de til leger som de kjenner og som de nesten har et venneforhold til, noe som gjør at det er enklere å få time når de har behov for det, og at legen gjerne bruker lenger tid enn normalt på konsultasjonen. Dette er imidlertid ikke vanlig praksis i Norge. I tillegg bruker flere

forumdeltagere private helsetjenester i Russland hvor man, i følge deltakerne selv, kan få bedre behandling uten lang ventetid.

Her sammenligner dere ikke-sammenlignbare ting: offentlig helsetjeneste i Norge med privat i Russland.

En forumdeltager poengterer at argumentasjonen på forumet ofte kan være utilstrekkelig når deltagere sammenligner visse aspekter som i utgangspunktet vanskelig lar seg sammenligne. Diskusjoner tyder også på at flere er klare over at i Norge er det er mulig å få time mye raskere ved å henvende seg til private helseforetak. Allikevel oppleves dette av mange som problematisk på grunn av kostnader. Dette er mindre problematisk i Russland der en time i en privat helseinstitusjon som regel er billigere enn en time hos en privat lege i Norge. I tillegg finnes det større valgmuligheter blant private helsetjenester i Russland.

Man kan spørre seg hva som er ”normal” ventetid på en konsultasjon hos fastlegen, noe flere forumdeltagere også stiller spørsmål ved. Tidligere forskning viser at det er tendens til lavere tilfredshet med fastlegen hvis ventetiden på en konsultasjon overstiger to uker (Goth 2012:85). Dette gjelder ikke kun innvandrere, men også de fleste pasienter i Norge (Godager og Iversen 2010).

På forumet diskuteres også muligheten til å benytte seg av akutt-timer, men mange opplever at dette heller ikke alltid er like enkelt. Det å få en time hos fastlegen henger tett sammen med hvordan en pasient presenterer sitt problem når hun ringer for å bestille en time. Derfor vil de som ikke behersker det norske språket veldig godt ha en dårligere utgangspunkt for å få time. I tillegg kan det være ulike oppfatninger mellom det som oppleves som akutt av de russisktalende pasientene og det som regnes som akutt av fastlegene. Også her forhindrer forskjellene mellom fortolkningen av *illness* og *disease* en velfungerende samhandling i forkant av konsultasjonen. Disse forforståelsene har praktisk betydning for om samhandlingen vil finne sted overhode. Forskningsresultatene til Goth (2012) viser at det finnes ulike oppfatninger hos leger og innvandrerpasienter når det gjelder å få en akutt-time. Leger mener at det ikke er problematisk å få akutt-time den samme dagen man henvender seg til legekantoret. Innvandrerpasienter derimot opplever det som vanskelig fordi de av og til henvises til legevakten isteden. Det hender også at de ikke kommer gjennom på telefonen til legekantoret på grunn av stor pågang (Goth 2012:84). Dette tyder på at noe ved kommunikasjonen på bestillingstidspunktet fungerer dårlig. Diskusjonene på forumet viser

også at flere brukere foretrekker fastleger som jobber på større legekontorer der man har tilgang til andre leger i tilfellet ens fastlege ikke har kapasitet.

Det å ikke få time hos fastlegen fører kanskje til at flere vil benytte seg av legevakten. Dette er i samsvar med forskningsfunnene om innvandrernes bruk av fastlegeordningen, som viser at innvandrere fra eksempelvis Russland med botid på under åtte år i Norge har høyere antall besøk på legevakten sammenlignet med den norske befolkningen (Goth 2012:80). Utsagn fra en forumdeltager tydeliggjør et viktig poeng i forbindelse med legevaktbruk: flere velger legevakten istedenfor fastlegen fordi de mener at de får raskere og bedre behandling der enn hos fastlegen. I tillegg mener deltageren at det er større mulighet til å få henvisning til en spesialist gjennom legevakten.

Den raskeste måten å komme til en spesialist på er gjennom legevakten. Man må selvfølgelig overdrive, ellers blir du sendt tilbake til fastlegen. Fastleger jobber slik her – de gjør ikke noe, men det er systemet som legger opp til det. Jeg har byttet flere med det hjelp ikke. Nå går jeg til fastlegen kun med hoste. Ellers har jeg en bra lege: legevakten.

Hvis russisktalende innvandrere hadde hatt en bedre forståelse av hva de kan forvente hos fastlegen, hadde dette hjulpet mange å bruke helsesystemet riktig og trolig ført til mindre belastning av akutthelsetjenester. Når man ikke får konkret informasjon om hvordan systemet fungerer, kan det skape forvirring, spesielt blant nyankomne innvandrere, i forhold til bruken av fastlegen versus legevakt fordi forståelsen av akutte tilstander kan også være kulturbetinget. Samtidig kan dårlige erfaringer med en fastlege føre til at pasientene bevisst foretrekker legevakten i håp om å få bedre behandling der. Erfaringer som blir beskrevet på forumet kan bidra til at nye forumlesere får et inntrykk av at det er bedre å bruke legevakten istedenfor fastlegen.

5.4. Løsninger: hvordan takler pasientene utfordringene og tilpasser seg

I figur 2 har jeg skissert ulike strategier som russisktalende kvinnelige pasienter velger å bruke når samhandlingen med fastleger ikke fungerer på en tilfredsstillende måte. Det som ofte kjennetegner moderne pasienter er at de er kunnskapsrike og handler aktivt for å prøve å finne ulike løsninger som hjelper dem å takle situasjoner de er ikke fornøyde med (Tjora

2008). De bruker blant annet internettfora og annen tilgjengelig informasjon for å være bedre rystet til møtene med fastlegene. Russisktalende pasienter som jeg har studert er ingen unntak. Det som skiller denne gruppen pasienter fra majoritetsbefolkningen er måten de takler utfordringene og tilpasser seg til det norske systemet. I tillegg til ”vanlige” løsninger som legebytte, klage eller bruk av private helsetjenester og helseforsikring, har de som nevnt også muligheten til å bruke helsetjenestene hjemlandet. Å kunne dra tilbake til kjente omgivelser og kjente leger for å få behandling som de er vant til, fremstilles som en viktig løsningsmulighet av mange forumdeltagere. De bruker også ulike kommunikasjonsstrategier med norske leger for å oppnå ønsket utfall av konsultasjonen. Problemløsninger som er mer spesifikke for den russisktalende innvandrerguppen er markert med rødt i Figur 2.



Figur 2: Ulike løsninger: hvordan takler pasientene utfordringene som oppstår i møte med fastleger.

Til tross for at det kan oppstå flere utfordringer i møte med fastlegen, fremstår det som viktig for de fleste deltagere å kunne diskutere hvordan de kan tilpasse seg til det nye systemet og hva de kan gjøre for at samhandlingen med legen skal bli bedre, noe som kan føre til at de faktisk blir fornøyde. Det virker som om det kan ta litt lenger tid for noen å sette seg inn i helsesystemet i Norge, men når de først gjør det, blir flere fornøyde. Informasjon om andres erfaringer kan være behjelpelig med å lære systemet fortere.

Bytt lege, liker du ham ikke, bytt en gang til. Gå til privat lege, spør bekjente kanskje noen kjenner en bra lege. Du kan dra til lege som er i en annen by og du får refundert reiseutgifter. Til syvende og sist kan du kontakte leger her på forumet, bruk private meldinger.

Slik svarer en forumdeltager på et innlegg fra en kvinne som verken er fornøyd med legen sin eller vet hva hun skal gjøre. Innlegget sammenfatter flere mest gjentatte problemløsningsstrategier, noen av hvilke skal utdypes nedenfor.

5.4.1 Legebytte

Å bytte fastlege er en løsning som mange forumdeltagere har brukt og noen har klart å finne en fastlege som de er fornøyde med. Dette er imidlertid ikke en løsning som kun brukes av den russisktalende innvandrergruppen. Det er også vanlig blant majoritetsbefolkningen å bytte fastlege. Det viktige spørsmålet som gjelder min målgruppe er hvordan denne gruppen velger leger de vil bytte til og hvordan de får kjennskap til de praktiske detaljene ved legebyttet. Som jeg påpekte tidligere, vektlegges legenes etniske bakgrunn i forumdiskusjonene om fastleger. Hvis flere nye innvandrere har dette forumet som informasjonskilde, kan det føre til at flere blir skeptiske til etnisk norske leger og vil foretrekke leger av utenlandsk bakgrunn. På diskusjonsforumet finner man anbefalinger av ulike leger som andre deltakere er fornøyde med, samtidig som det foreligger flere forespørsler der ulike deltagere ber om å få anbefalt en russisk lege. Dette impliserer at enkelte brukere føler seg tryggere med en lege som er anbefalt på forumet og som de vet at andre er fornøyde med. Dette betyr at forumet kan ha en lignende funksjon som legelisten.no – nye russisktalende innvandrere får en mulighet til å lese diskusjoner hvor andre skriver om sine erfaringer med ulike leger, samtidig som de har muligheten til å spørre om råd og får tips om flinke fastleger.

Flere påpeker imidlertid at det kan være problematisk å bytte fastlege fordi at de mest populære legene ofte ikke har noen ledige plasser, eller at det ikke finnes et stort utvalg av leger på mindre steder. En deltager som er fornøyd med sin fastlege forteller at hun er villig til å reise til en annen kommune der denne legen hører til fordi at dette handler om hennes og hennes barns helse. Det oppleves som positivt at det faktisk finnes en mulighet til å bytte fastlege – ingen blir tvunget til å gå til en lege som de er misfornøyde med. Mange er klare over denne muligheten, og flere forteller at de har måttet bytte fastlege flere ganger til de fant en lege de er fornøyde med. Det finnes imidlertid noen som aldri finner en fastlege de er fornøyde med, og dette resulterer i en langt hyppigere bruk av helsetjenester i hjemlandet.

5.4.2 Klage

Jeg er fornøyd med all hjelpen jeg fikk her. Dere må ikke glemme en ting – hvis dere ikke er fornøyde, kan dere klage og få hjelp og kompensasjon.

Flere forumdeltagere er klare over muligheten de har til å klage på legen. I en av diskusjonstrådene som ble omtalt over, starter diskusjonen nettopp med et spørsmål om hvordan man klager på fastlegen. I denne diskusjonen finnes imidlertid ingen informasjon om personen som ønsket å klage faktisk har gått videre med klagen og om hvordan det eventuelt gikk. Det er heller ingen andre deltagere i denne diskusjonen som beskriver noen konkrete eksempler på en klage og dets utfall. Diskusjon som startet med spørsmålet om klagen utviklet seg til en mer generell diskusjon av erfaringer hos fastlegen. Ut fra andre diskusjonene virker det som om deltagerne flest ikke har noen tro på at en klage kan forandre den situasjonen de er i. De fleste velger nok å bytte fastlege fremfor å klage, eller finne andre måter å få den behandlingen som de mener at de har krav på. Flere mener også at det er bedre å klage direkte til fastlegen under konsultasjonen, og forhandle seg til det de mener er riktig behandling. Sistnevnte strategi kan være et tegn på at det finnes en tro hos pasientene på at det er mulig å oppnå en bedre dialog med fastlegen hvis man klager direkte til ham og begrunner sin klage.

5.4.3 Bruk av private helsetjenester og helseforsikring

Alle klager på at det er vanskelig å komme til spesialist - det er sant. Men løsningen her kan være "en helt vanlig russisk løsning" – å betale. Dra til privatklinik og istedenfor to måneders ventetid får du time innen en uke.

Som nevnt er henvisning til en spesialist og lang ventetid noe som oppleves som den største utfordringen ved helsetjenestene for mange russisktalende innvandrere. Flere forumdeltagere nevner at de går til private leger i Norge for å slippe køer og for å få ting gjort fortere. Meninger om kvaliteten av private helseforetak varierer. Noen mener at de får mye bedre behandling hos en privat lege og at de også får sine forventninger oppfylt, mens andre skriver at det egentlig er de samme legene som jobber begge steder og det er ingen forskjell. En deltager skriver for eksempel at i Norge kan man gå til en privat lege og sende inn en klage på fastlegen i etterkant, hvis man finner ut at man ikke fikk det man hadde krav på gjennom offentlig helsetjeneste.

Jeg har det slik: jeg har en bra fastlege som gir henvisninger og tar blodprøver. Jeg går også til en privat klinikk ikke langt fra jobben min. Der får jeg time i løpet av 1–2 timer. For ikke så lenge siden hadde jeg noe plager – fikk tatt prøver og fikk resultatet etter 3 dager.

Flere deltagere sier at det å bruke private leger er noe de er fornøyde med. Likevel diskuteres det at ikke alle har råd til å betale for privat legebruk. Å ha råd til å betale seg ut av køen er kun den ene siden av saken. Den andre siden er at flere mener at det ikke skal være nødvendig å betale for helsetjenester. Så lenge en jobber og betaler skatt i Norge, har man krav på denne hjelpen uten å betale full pris hos private helseforetak. For mange vil dette dermed være et prinsippsspørsmål: hvorfor må man betale når det er helsetjenestene i Norge skal være gratis, og noe alle har krav på? Slike diskusjoner skapte en del uenighet mellom ulike deltagere da det virket som at noen ikke har problemer med å betale for tjenester i hjemlandet, samtidig som de mente at man ikke skal måtte gjøre det i Norge.

Enda en løsning som diskuteres blant flere forumdeltagere er privat helseforsikring. Når en deltager fortalte at hun har behandlingsforsikring og at hun da kan være sikker på at hun får behandling innen kort tid, stilte mange andre brukere tilleggsspørsmål til henne og lurte på hvordan forsikring fungerer i Norge. Flere diskusjonsdeltakere opplyser hverandre om hvilke typer forsikring det er mulig å kjøpe og hvilke fordeler man har.

Disse refleksjoner tyder på at russisktalende pasienter er klare over flere muligheter å få raskere hjelp i Norge, men de vurderer dette alltid opp mot muligheter som finnes i hjemlandet.

5.4.4 Ulike kommunikasjonsstrategier

Som jeg har diskutert tidligere fungerer ofte ikke kommunikasjonen med fastlegen på grunn av uenigheter om videre behandling og på grunn av at mange pasienter har forventninger som ikke er i tråd med fastlegenes oppfatninger. Dette fører til at flere føler seg ikke sett og ikke tatt på alvor. I diskusjonene kommer flere deltagere med råd om hvordan man skal kommunisere med leger og de prøver sammen å finne løsninger på dette problemet.

Dere må bare vite hvordan man kommunisere med dem. Bedre å overdrive for å bli hørt. Du må kreve at prøvene blir tatt og tilleggsundersøkelser blir gjort – det virker som regel.

På den ene siden finnes det flere deltagere som mener at det er best å overdrive sine symptomer slik at legene tar dem på alvor. På den andre siden diskuterer andre at dette vil føre til en ond sirkel – legene blir vant til at pasientene overdriver og kommer ikke til ta dem på alvor. Forskning på moderne pasienter og deres internettbruk viser at pasienter som bruker informasjon fra diskusjonsfora har en tendens til å manipulere konsultasjonene ved å overdrive symptomene for å oppnå ønsket behandling hos legen (Ziebland og Wyke 2012:235). Mennesker kan også bli mer bekymringsfulle når de identifiserer seg med andres erfaringer som de leser om på nettet (Ziebland og Wyke: 2012:231). Disse funnene støtter delvis mine funn. Flere forumdeltagere begynner sine innlegg med å informere at de har lest forumdiskusjonene og er veldig bekymret basert på andres fortellinger og erfaringer. De begynner å drøfte hva de skal gjøre hvis en lege ikke oppfyller deres krav.

Problemløsningsstrategien tar dermed form allerede før forumbrukerne har kommet til legen og virkelig opplevd en misforståelse. På denne måten prøver de å være forberedt på eventuelle problemstillinger i forkant av konsultasjonen. Konsekvensen er trolig også at de russisktalende pasientene forventer å møte på problemer når de kommer på en konsultasjon.

Når slike holdninger blir formidlet på et forum som mange bruker som informasjonskilde, kan dette føre til at flere nye innvandrere tar det for gitt at man skal overdrive symptomer og dra til legevakten istedenfor til fastlegen, noe som er svært uheldig for helsesystemet.

Det diskuteres ofte hvordan man skal snakke med leger for å oppnå det man har krav på. Noen mener at man ikke skal spørre om å få henvisning, men at man heller må si ”*jeg skal ha henvisning fordi...*”. Et eksempel på en slik uttalelse er:

Min fastlege har aldri nektet meg henvisning til en spesialist. Men jeg har aldri spurt ham heller. Jeg sier alltid at jeg kom for å få en henvisning så fort som mulig. Når han spør hvorfor, sier jeg at min russiske lege mente at jeg skulle gjøre det.

For noen vil dette kanskje være en passende løsning, spesielt for dem som behersker det norske språket godt og som er en type menneske som faktisk klarer å stå på sine krav. På den andre siden vil det ikke være like lett for nyankomne innvandrere å stå på sine krav, både på grunn av eventuelle språkproblemer og på grunn av at de er ny i Norge. Det finnes en del usikkerheter knyttet til bruken av et helt nytt helsesystem. På denne måten skapes et ”kulturell skille” mellom de nyankomne og de ressurssterke og etablerte innvandrere i Norge. Desto mer man forstår det norske helsesystemet og kan språket – desto større er sannsynligheten for å få sine forventninger oppfylt.

Et viktig aspekt i sitatet over er knyttet til bruken av russiske leger i tillegg til norske. Som sagt skiller bruken av leger i hjemlandet den russisktalende innvandrerguppen fra majoritetsbefolkningen. Noen deltagere bruker råd fra russiske leger og diskuterer disse med sine norske fastleger. Andre holder bruken av norske og russiske leger separat. Det kan være en utfordring i kommunikasjonen med fastleger hvis pasientene allerede har diskutert samme problemstilling med sine russiske leger og har klare oppfatninger om hva norske leger skal gjøre.

Enda en deltaker forteller hvordan hun oppnår god kommunikasjon med fastlegen sin:

Legen bruker ikke mye tid på meg (15–20 min), men jeg er godt forberedt når jeg kommer dit. Jeg har lært å beskrive mitt problem raskt og tydelig og foreslå hvordan man kan løse det. Vi finner da felles løsning med legen.

Dette sitatet kan være et godt eksempel på forhandlingsmodell for lege-pasient kommunikasjon slik det fremstilt hos Bury (1997). Tydelig kommunikasjon og pasientens evne til å beskrive situasjonen på en rask, konsis og tydelig måte gjør at legen forstår problemstillingen og det er et godt utgangspunkt for en vellykket konsultasjon. Diskusjonene viser imidlertid at dette ikke er like enkelt i praksis. Flere diskusjoner peker på at hvis den første konsultasjonen er oppfattet som mislykket, blir forutsetningene for neste konsultasjon også mye dårligere. Flere mister da troen på at fastlegen vil hjelpe dem selv om de klarer å være kortfattede og tydelige, noe som er veldig uheldig for pasientene.

Kommunikasjon med fastlegen er imidlertid mer komplisert og innebærer flere aspekter enn kun evnen til å beskrive situasjonen tydelig eller kreve det man mener er riktig behandling. Når legene bruker PC, leser i medisinske bøker og samtidig svarer på telefonhenvendelser i løpet av konsultasjonen – oppfattes det ofte av pasientene som mangelfull kommunikasjon. Hvis de i tillegg opplever situasjonen som stressende, er det kanskje ikke like enkelt å være tydelig, særlig hvis pasientene føler at de blir avbrutt hele tiden. Dette forsterker trolig pasientenes opplevelse av at legen ikke er interessert i dem – at de verken er sett eller hørt. Dette er i tråd med forskningsresultatene til Goth og Berg (2011) som viser at en del innvandrere anser sine fastleger som ikke profesjonelle og dårlig utdannede på grunn av deres bruk av Felleskatalogen under konsultasjonen. Det å slå opp i bøker hindrer flyten i samtalen og kontakten mellom legen og pasienten brytes. Når russisktalende pasienter opplever at de ikke oppnår kontakt med norske fastleger, velger de å dra til hjemlandet for en konsultasjon med en lege de kjenner fra før og som de er fornøyde med.

5.4.5. Bruk av helsetjenester i hjemlandet

Ovenfor har jeg diskutert at utfordringene som russisktalende innvandrere opplever i møte med fastleger er knyttet både til forventninger som ikke blir oppfylt og informasjonsmangel om hvordan systemet fungerer. Dette fører til at flere velger å fortsette å bruke leger i hjemlandet i tillegg til, eller istedenfor bruken av helsevesenet i Norge. Den russisktalende gruppen har således et valg mellom ulike helsesystemer, noe som ikke majoritetsbefolkningen har, og som heller ikke alle innvandrergrupper nødvendigvis har. Det er stort sett uproblematisk for innvandrere fra Russland (men unntak ev enkelte etniske minoriteter) og andre land fra tidligere Sovjetunionen å dra tilbake til hjemlandet og henvende seg til helseinstitusjoner der. Det finnes imidlertid andre innvandrergrupper som ikke har mulighet å dra til hjemlandet på grunn av krig eller andre uroligheter, noe som påvirker deres måte å håndtere utfordringene ved det norske helsesystemet på.

Forumdeltagerne på dom.no reflekterer over at helsesystemet i Norge fungerer på en helt annen måte og at man ikke kan forvente å få samme behandling som i deres hjemland. De fleste er enige i at man enten må tilpasse seg til det norske systemet, eller man må finne alternative løsningsstrategier som er passer de ulike konkrete utfordringene man møter på.

Jeg forstår hvorfor det er så mye kritikk: fordi helsevesenet her er ikke som hos oss. Det at noe er forskjellig gjør at mennesker blir negative.

Forumdeltakeren skriver at i møte med noe ukjent – i dette tilfellet med et nytt helsevesen – er det ikke så uvanlig at mennesker blir skeptiske. Når de russisktalende innvandrerne er skeptiske i utgangspunktet og i tillegg leser diskusjoner der mange sier at de er misfornøyde, skapes negative holdninger som påvirker innvandrerens møte med helsevesenet.

Analysen viser at mange russisktalende innvandrere går jevnlig til legen når de er på ferie i hjemlandet. Flere sier at de blir så oppgitt over det norske systemet at de ikke kan vente til de drar hjem for å få ordentlig behandling. Men dette er ikke like enkelt for alle – det er vanskelig å dra hjem når man vil hvis man er i jobb eller har andre forpliktelser i Norge. Derfor blir enkelte veldig oppgitte over å ikke kunne få god behandlingen verken her eller hjemme. Å vente for lenge med å få behandling fordi man ikke stoler på norske leger, og ikke har mulighet til å dra til hjemlandet, kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser.

Noen forumbrukere drar til legen i hjemlandet både for konsultasjon, behandling og medisiner. Flere påpeker at legene hjemme klarer å tenke utenfor boksen og er mye flinkere

til å se helheten i motsetning til legene i Norge. Mange er imidlertid enige i at teknologi og utstyr er mye bedre i Norge, samtidig som norske leger ikke er flinke til å bruke den avanserte teknologien. Disse erfaringer er varierende innenfor den russisktalende gruppen. Deltagere trekker frem eksempler fra Russland hvor pasienter i mange tilfeller ikke får behandling fordi de mangler penger, noe som støtter argumentasjon om at det er mye større økonomiske og sosiale forskjeller i Russland og dermed større variasjon i bruken av helsetjenester. Flere påpeker også at de kan få bedre behandlingen i Russland fordi norsk lønn gir bedre råd til å betale mer for helsetjenestene.

Noen bruker leger i hjemlandet til å foreta jevnlige helsesjekker for å forsikre seg om at alt er i orden. Dette er i tråd med den tidligere diskuterte oppfatningen om at det ikke finnes forebyggende behandling i Norge, i motsetning til hva forumbrukerne har erfaring med fra hjemlandene. Dette påvirker strategiene som de bruker i forhold til det norske helsevesenet. Mange innvandrere i denne gruppen har faktisk flere valg og de har råd til å gå til privat lege i hjemlandet sitt, noe som gir dem trygghet. Å bruke helsetjenesten i hjemlandet er en løsning de har funnet for å kunne tilpasse seg bedre i Norge. Man kan tolke det som at russisktalende innvandrere får indirekte hjelp når de kan forbedre kvaliteten på sine helsebesøk i hjemlandet ved hjelp av norsk lønn.

Noen forumdeltakere bruker leger i hjemlandet for å få en diagnose før de får behandling i Norge, fordi de mener at det er bedre utstyr og teknologi her. En diskusjonsdeltager oppsummerer dette på følgende måte:

Det er helt meningsløst å diskutere: det er fordeler og ulemper i begge systemer. Jeg tar det mer ro – verken kritiserer eller roser systemene, men jeg tar det beste fra begge. Diagnostisering og prøver i Russland – og så hit med ferdig diagnose for å få gratis operasjon.

Dette innlegget skapte interesse. Flere stilte spørsmål til diskusjonsdeltageren om hvorvidt en diagnose fra hjemlandet blir akseptert i Norge og om hvordan man går frem med en ferdig diagnose. Dette tyder på at flere vurderer en slik strategi. Det å ta det beste fra begge systemer virker som en passende løsning for mange forumbrukere. Samtidig problematiseres de store forskjellene mellom diagnoser som stilles i hjemlandet og i Norge, samt ulike tilnærminger til sykdommer. Noen brukere påstår for eksempel at legene i Russland er kun interesserte i å finne sykdommer da dette er lønnsomt for dem, mens norske leger kanskje gir en mer objektiv vurdering.

Eller er det typisk russisk alltid å finne mange sykdommer og så begynne en kamp med legene her? Jeg tror ikke det, men det er normalt å finne ut mest mulig om det som plager deg. Det gjør ikke norske leger – de setter seg ikke inn i saken.

Flere deltakere mener likevel at de er mer bevisste på sin helsetilstand og at det er viktig med helsesjekk, noe som ifølge dem ikke er helt vanlig i Norge.

Samtidig mener mange at diagnosen man kan få i Russland og den behandlingsformen som blir foreskrevet er kanskje ikke vanlige i Norge på grunn av forskjellige tilnærminger til behandlingsforløp og sykdom. Dette henger sammen med at informasjonen som er korrekt i et land, kan være unøyaktig i et annet land. Tilnærminger kan være annerledes og navn på medisiner kan være ulike (Johnsen m.fl. i Tjora 2010:56). Dette kan skape problemer både for både norske leger og deres innvandrerpasienter.

Det å ha valget av å bruke helsetjenester i to land har sine fordeler og ulemper. På den ene siden kan valget ”å dra til hjemlandet” være betryggende for innvandrerpasienter, spesielt hvis de ikke føler seg godt nok ivaretatt i Norge. På den andre siden kan man spørre seg om hvilke konsekvenser dette kan ha for eventuell videre behandling og oppfølging i Norge? Det at mange russisktalende innvandrere får en oppfatning av at det ikke brukes noen andre legemidler enn Paracet i Norge, kan føre til at flere kanskje vil bruke muligheten til å kjøpe ulike medisiner i hjemlandet. Som jeg allerede har vært innom, blir temaet ”legemidler i Norge” definert som et av de tre mest nyttige og viktige temaene på forumet. Dette tyder på at mange spørsmål i forhold til bruken av legemidler i Norge forblir ubesvart for de russisktalende innvandrerne.

Hvis en pasient får behandling og medisiner i utlandet, blir dette da i etterkant nevnt under konsultasjonen med fastlegen i Norge, spesielt når pasienten har et dårlig forhold til legen sin? Det er ikke enkelt å vite om alle pasienter er like åpne om bruk av helsetjenester i hjemlandet, men dette kan ha en stor betydning for videre behandling og medisiner i Norge. Det kan være komplisert og problematisk hvis innvandrerpasienter benytter seg av to ulike helsesystemer med deres respektive forståelser av sykdom og behandlingsforløp. I verste fall kan mistillit føre til at pasienten ikke oppgir viktige medisiner og muligens får forskrevet noe fra den norske legen som ikke går sammen med medisinene vedkommende allerede tar. Dette kan få alvorlige helsemessige konsekvenser. Jeg skal ikke gå i dybden av en legemiddeldiskusjon her, samtidig er det hensiktsmessig å påpeke at medisiner er noe som kanskje er viktig å ta hensyn til når man jobber med russisktalende innvandrerpasienter.

6. Avslutning og implikasjoner

I denne oppgaven har jeg forsøkt å vise hovedutfordringene som russisktalende kvinnelige innvandrere møter når de henvender seg til fastleger i Norge, slikt de er fremstilt på et russisktalende helsediskusjonsforum på internett. Jeg har brukt interaksjonistisk tilnærming, det vil si at fokuset har vært på pasientenes egne fremstillinger av situasjonene, deres opplevelser, beskrivelser og forståelser. Jeg har brukt Grounded Theory som metodisk tilnærming til analysen av utvalgte diskusjonstråder og kommet frem til noen generelle utfordringer og problemløsningsstrategier som kjennetegner den russisktalende gruppen. Gjennom analysen har jeg også kommet frem til nyttige eksisterende sosiologiske teorier og begreper som kan belyse utfordringene.

Funn i denne oppgaven støttes av tidligere norsk forskning, noe jeg gjennomgående har forsøkt vise i analysekapittelet. Det er viktig å presisere at denne gruppen ikke er homogen og at det finnes en variasjonsbredde på rapporterte opplevelser og erfaringer i møte med helsevesenet. Dette henger sammen med større variasjoner i bruk av helsetjenester i hjemlandet og ulikheter i forventninger russiske innvandrere har til det norske helsevesenet. Jeg har allikevel forsøkt å sammenfatte de mest diskuterte utfordringene som denne pasientgruppen beskriver i forumet, og vise hvordan denne gruppen kan skille seg ut fra majoritetsbefolkningen. Videre skal jeg kort oppsummere mine funn og foreslå noen mulige implikasjoner av disse.

Det som kjennetegner russisktalende kvinnelige innvandrere i deres møte med fastleger er at deres forventninger, som er delvis basert på tidligere erfaringer fra hjemlandet, ofte ikke samsvarer med hvordan helsesystemet i Norge fungerer. Disse forventningene påvirker samhandlingen med fastlegene for eksempel i forhold til spesialisthenvisninger eller medisiner. Innbyggernes bruk av helsevesenet i Russland varierer i langt større grad enn i Norge. De store variasjoner i sosioøkonomisk status påvirker muligheten til å bruke det russiske helsevesenet. Selv om det er mer likhet i Norge og det finnes klare retningslinjer for bruk av helsetjenester, fører mangelen på kunnskap blant russisktalende innvandrere ofte til at deres forventninger ikke blir oppfylt. Dette aspektet vil trolig gjelde de fleste voksne innvandrere som har erfaringer med helsevesenet fra andre land. Derfor er det ekstra viktig å undersøke behovene som ulike grupper har, spesielt med tanke på forventninger og forsøke å

tilpasse helseinformasjonen til ulike gruppernes behov. Dette kan muligens fungere preventivt for noen misforståelser som eventuelt kan oppstå.

Jeg har skrevet at det finnes lite praktisk informasjon om bruken av helsevesenet på russisk, for nye innvandrere. Informasjonen som derimot finnes er av en veldig generell karakter som umulig kan dekke innvandrernes konkrete behov. Innvandrere får ved ankomst begrenset skriftlig informasjon om fastlegeordningen på norsk, noe som er uheldig med tanke på at mange ikke behersker språket på dette tidspunktet. I slike tilfeller er det naturlig at flere vil prøve å bruke andre informasjonskilder til å finne svar på sine helsespørsmål, gjerne på morsmålet. I diskusjonene seg imellom på internettforumet på dom.no, etterlyser de russisktalende kvinnene praktisk informasjon om hva de kan forvente av en konsultasjon hos fastlegen. Har de for eksempel krav på henvisning til en spesialist og ikke minst hvilke kriterier som gjør seg gjeldende i avgjørelser som tas av fastleger?

Diskusjoner viser at denne gruppen forholder seg aktivt til ulike typer informasjon som finnes, både på internett og i andre kilder. Dette er i tråd med forskning om moderne pasienter, som ofte er kunnskapsrike og prøver å forhandle med leger og som ikke kun passivt aksepterer legenes råd. Det som kjennetegner de russisktalende pasientene er at de bruker erfaringer fra konsultasjoner i hjemlandet som argumenter i forhandlinger med norske fastleger. Dette kan være problematisk da til og med disease oppfatninger, det vil si oppfatningen av en medisinsk definert tilstand, kan varierer mellom ulike land. I tillegg forsterkes utfordringene når forumbrukerne internaliserer de overveiende negative virkelighetsbeskrivelsene som de finner på forumet. Dermed har mange et negativt bilde av det norske helsevesenet allerede før de i det hele tatt kommet seg til legen.

Mitt datamateriale viser at det eksisterer et klart behov for mer utfyllende informasjon som kan gis til innvandrere ved adkomst, helst på deres morsmål, med konkrete retningslinjer for konsultasjonens forløp hos fastlegen. Et slikt informasjonsskriv kunne for eksempel ha inneholdt informasjon om fastlegens rolle og ikke minst rollen som pasient, konsultasjonens lengde, eventuell ventetid, hva som foregår under konsultasjonen og hva pasienten kan forvente i forhold til medisiner, henvisninger, prøver osv. Det hadde også vært nyttig å påpeke viktigheten av å være godt forberedt til konsultasjonen og å kunne legge frem problemstillinger på en kort og konsist måte. Det kunne også være en fordel å opplyse innvandrere om at legene har visse kriterier og retningslinjer som de må forholde seg til, noe som igjen er knyttet til legenes rolle i Norge. Både mitt datamateriale og andre studier viser at

innvandrerpasienter reagerer negativt på legenes bruk av PC under konsultasjonen. Det kan tenkes at en kort forklaring på hva legen gjør på PC kunne ha vært nyttig for innvandrere slik at de ikke oppfatter legen som uinteressert. Et underkommunisert moment er også det faktumet at alle innvandrere har rett til å ha en tolk under legekonsultasjonen. Dette kan være avgjørende for de som ikke behersker det norske språket, og er noe de bør informeres om.

I denne oppgaven har jeg skissert tre hovedutfordringer som den russisktalende gruppen opplever i møte med fastleger i Norge. Disse springer ut fra den overordnede opplevelsen av å bli tatt på alvor og sett. Uenigheter dreier seg hovedsakelig om henvisninger til spesialister, ulike oppfatninger av sykdom og uenigheter rundt medisiner. Det er imidlertid ikke kun innvandrere som opplever disse utfordringene. Det som imidlertid kjennetegner de russisktalende innvandrerne er hvordan de håndterer utfordringene gjennom å bruke leger i hjemlandet. Jeg har diskutert at det ofte er forskjeller mellom det som i sosiologien betegnes som illness og disease som ligger til grunn for uenigheter mellom fastleger og russisktalende pasienter.

Flere opplever at uenigheter rundt henvisning til spesialister fører til stor misnøye og at det ofte er uklart hvorfor fastleger velger andre alternativer enn henvisning. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at det ville vært nyttig også å informere innvandrere om spesialisthelsetjenesten, hvilke vurderinger som foretas og hva man har krav på. Det viser seg at flere velger å bruke helsevesenet i hjemlandet hvis de ikke får henvisning til spesialister i Norge. På den ene siden beskriver forumdeltagerne denne muligheten som en fordel de har i forhold til majoritetsbefolkning. På den andre siden kan man spørre seg om hvilke helsemessige konsekvenser slike løsninger potensielt kan få. Dette gjelder spesielt russisktalende innvandrere som bruker helsetjenester både i hjemlandet og i Norge. Det er uklart om fastlegene får fullstendig informasjon om behandlingen pasientene eventuelt har fått i utlandet. Det er rimelig å anta at hvis samhandlingen med fastlegen er preget av uenigheter og er konfliktfylt er det mindre sannsynlig at pasientene er åpne om andre behandlinger de mottar.

Videre er også uenigheter rundt medisiner ofte et konfliktområde mellom russisktalende kvinnelige pasienter og deres fastleger. Bruken av legemidler i Norge er svært forskjellig fra i Russland, noe som kan gi en mulig forklaring på disse uenighetene. Hvis pasientene velger å reise til hjemlandet og kjøpe medisiner der, og deretter fortsetter på behandling i Norge med andre medisiner, kan dette ha alvorlige helsemessige konsekvenser såfremt legen ikke får

kjennskap til hva som ble gjort i utlandet, og hvilke medisiner pasientene tar. Når samhandlingen mellom pasienten og fastlegen er preget av konflikt og mistillit, økes sjansen for at pasienten vil holde legebruken i hjemlandet hemmelig.

Både uenigheter rundt medisiner og henvisning til spesialister henger tett sammen med ulike lands oppfatninger av sykdom – både blant lekfolk og leger. Dette er uheldig fordi mange russisktalende innvandrere sitter igjen med følelsen av at de ikke blir tatt på alvor. Spesielt hvis samme type problemstilling tidligere ble behandlet på en annen måte i hjemlandet. Det er vanskelig å gjøre noe med kulturforskjeller mellom ulike sykdomsoppfatninger. Samtidig kan det tenkes at en forklaring på valgene som fastlegen tar underveis i konsultasjonen kunne ha vært hjelpelig.

Jeg har også diskutert ulike strategier som russisktalende innvandrere bruker for å oppnå behandlingen de mener at de har krav på. Mine funn er i tråd med tidligere forskning som viser at innvandrere er mer tilbøyelige til å bruke legevakten istedenfor fastlege. Det empiriske materialet viser at forumbrukerne har en idé om at behandlingen de får på legevakten er bedre og mer effektiv enn den de får hos fastlegen. Enkelte mener også at man kommer seg til en spesialist mye raskere gjennom legevakten. Feilbruk av legevakten kan være uheldig og unødvendig ressursoverforbruk. På den andre siden er det forståelig at pasientene prøver å oppnå det de mener de har krav på gjennom ulike strategier. Dette er også et tegn på informasjonsmangel. Hadde fastlegen for eksempel gitt bedre informasjon om hvorfor pasientene ikke alltid får spesialisthenvisning, hadde de kanskje ikke gått veien via legevakten i håp om å nå dette målet.

En gjennomgående rød tråd i analysen av mitt empiriske materiale har vært mangelen på klar og tydelig informasjon og velfungerende kommunikasjon mellom russisktalende innvandrerpatienter og fastleger i Norge. Det finnes ulike pasienter i Norge med ulike forventninger og ulike kunnskapsbehov. I en slik kontekst er det åpenbart at det vil oppstå utfordringene og samhandlingen vil preges av konflikter. Kommunikasjonen mellom lege og pasient bør ideelt sett baseres på gjensidig respekt og forståelse for at begge parter kommer fra ulike helsesystemer, noe som former deres oppfatninger. For innvandrerpatienter handler dette om en læringsprosess, for legene er trolig forståelse og tålmodighet noen av de sentrale momentene. I denne oppgaven har jeg kun fokusert på pasientenes side, mens kommunikasjon alltid forutsetter minst to parter. Det kan tenkes at fastlegene har annerledes oppfatninger av situasjonene som har blitt beskrevet. Dette kan være et tema for en annen studie. Mitt formål

har vært å belyse hvordan russisktalende innvandrere i Norge oppfatter møtene med fastlegene – noe som ikke har blitt dekket av tidligere forskning.

Det er vanskelig å forandre ulike oppfatninger av sykdom eller forhold til medisinerer. Det kan tenkes at informasjonen som blir formidlet til nye innvandrere og brukere av det norske helsevesenet er lettere å påvirke. Denne informasjonen bør ideelt sett være tilpasset ulike innvandrergruppenes behov. Informasjon kan trolig formidles på ulike måter, for eksempel gjennom brev i posten slik det gjøres i dag. Samtidig kan man også tenke på andre måter å nå innvandrere på. Jeg har argumentert for at helseinformasjonen som er utgitt av offentlige etater ofte er oppstykket og av mer generell karakter enn det som innvandrere faktisk uttrykker et behov for. Man kan forsøke å utnytte informasjonsmuligheten som ulike internettfora gir og legge ut informasjon der. Dette kan bidra til at mer pålitelig informasjon blir spredt blant innvandrerbefolkningen, som også kan utbalansere skildringene av personlige og ofte negative erfaringer.

Med denne masteroppgaven har jeg forsøkt å bidra til en dypere forståelse av behovene til den russisktalende innvandrergruppen i møte med det norske helsevesenet. Med fokus på innvandrerhelse er oppgaven således en av mange bidrag til større innsikt i det norske flerkulturelle samfunnets kompleksitet.

Litteraturliste

Aakvaag, Colbjørnsen Gunnar (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag

Abebe, D.S. (2010) *Public health challenges of immigrants in Norway: A research review*. Oslo: NAKMI - Norwegian Center for Minority Health Research (NAKMI report, 2/2010)

Andreassen, Hege; Bujnowska-Fedak, Maria; Chronaki, Catherine; Dumitru, Roxana; Pudule, Iveta; Santana, Silvina; Voss, Henning; Wynn, Rolf (2007) "European citizens' use of E-health services: A study of seven countries"; *BMC Public Health*. 2007; 7: 53.

Blom, Svein (2008), *Innvandrerens helse 2005/2006*; SSB publikasjon, Rapporter 2008/35
URL: http://www.ssb.no/emner/00/02/rapp_200835/rapp_200835.pdf (lesedato: 25.03.12).

Bryant, Antony; Charmaz Kathy (2008) *The Sage Handbook of Grounded Theory*, SAGE Publications

Bury, Michael (1997), *Health and illness in a changing society*, London : Routledge 230 s

Charmaz, Kathy (2006) *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. London Sage Publications

Dahle, Malin; Ryssevik, Jostein (2011) *Tilrettelegging av offentlig informasjon for innvandrere en studie av policy og praksis i tre sektorer*; Rapport 6 / 2011 ideas2evidence

Domnich Alexander; Panatto Donatella; Gasparini Roberto; Amiciza Daniela (2012) "The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today?" *Italian Journal of Public Health*, Vol. 9, Nr. 3.

Eide Martin, Hernes Gudmund (1987) *Død og pine! Om massemedia og helsepolitikk*. Fafo-rapport 073.

Elstad, Jon Ivar (2005) *Sosioøkonomiske ulikheter i helse teorier og forklaringer*; 07/2005
Utgitt av Sosial- og helsedirektoratet;

Eriksen, Jan *Svikter innvandrers helsen* URL:

<http://www.forskning.no/artikler/2012/august/331773> (11.11.12)

Eun-Ok Im, Wonshik Chee (2006) "An Online Forum As a Qualitative Research Method: Practical Issues"; *Nurs Res.* 2006; 55(4): 267–273; URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491331/?tool=pubmed> (lesedato 15.01.13)

Eun-Ok Im, Wonshik Chee (2012) "Practical Guidelines for Qualitative Research Using Online Forums"; *Computers, Informatics, Nursing* Vol. 30, No. 11, 604–611

Faraj Samer, Johnson Steven: "Network Exchange Patterns in Online Communities" *Organization Science* 22(6), pp. 1464–1480, ©2011 INFORMS 1469

Federal Agency for Press and Mass Communication (2010) "Internet v Rossii: Sostoyanie, Tendencii i Perspektivi Razvitiya". URL: <http://www.fapmc.ru/magnoliaPublic/dms-static/7180131a-52db-4002-9408-e2403280a861.pdf>. (lesedato: 03.05.13)

Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (2006) URL: <http://tinyurl.com/4x4rtou> (lesedato 03.06.13)

Fotaki, Marianna (2009) "Informal Payments: A side effect of transition or a mechanism for sustaining the illusion of "free" health care? The experience of four regions in the Russian Federation", *Jnl Sos. Pol.*, 38, 4 649-670 Cambridge University Press.

Gerhardt, Uta (1989) *Ideas about illness: An intellectual and political history of medical sociology*, Macmillan Education Ltd.

Goth, Ursula-Georgine Småland. (2010) "Informasjon om fastlegeordningen til flerkulturelle befolkningsgrupper – en utfordring for helsevesenet". *Utposten*, 39(5), 20-23

Goth, Ursula-Georgine Småland (2012) *Immigrants' use of the General Practitioner Scheme : a mixed method study analyzing access of primary health care service facilities in acute but not life-threatening medical situations* [Oslo] : Faculty of Medicine, University of Oslo Avhandling (ph.d.) - Universitetet i Oslo

Goth, Ursula G.; Berg, John E. (2011) "Migrant Participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants" *European Journal of Gen.Practice*, 2011;17:28-33

Godager, G., Iversen T: "Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001 - 2008 - Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet", *HERO Working Paper* 2010: 1

Henriksen, Kristin; Østby, Lars og Ellingsen, Dag (red.) ”Innvandring og innvandrere 2010”, *SSB Publikasjon 2010*. URL: http://www.ssb.no/emner/02/sa_innvand/sa119/kap2.pdf (lesedato 12.07.12)

Hofmann, Bjørn (2011) *On the concepts of disease, illness and sickness*, i Halvor Nordby; Rolf Rønning & Gunnar Tellnes (ed.), *Social aspects of illness, disease and sickness absence*. Unipub forlag. Kapittel 2. s 19 - 45

Kringlen, Einar, Finset Arnstein (1999) *Den kliniske samtalen : kommunikasjon og pasientbehandling*. Universitetsforlaget Oslo

Lian, Olaug S. (2007) *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. 2. utgave. Høyskoleforlaget 2007

Manning, Nick, Tikhonova Nataliya (Red.) (2009) *Health and health care in the new Russia* Farham : Ashgate

McKee, Martin *Public Health in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union*; i Beaglehole, Robert; Bonita, Ruth (red) (2009) *Global Public Health: A New Era*; Oxford University Press. Kap. 5: (s. 101-122)

Mesch G, Mano R, Tsamir J. (2012) “Minority status and health information search: a test of the social diversification hypothesis” *Social Science and Medicine* 75 (2012) 854-858)

MIGHEALTHNET - Et informasjonsnettverk om helse og helsetjenester for migranter og minoriteter i Europa URL: <http://mighealth.net/no/index.php/Hovedside> (lesedato 25.03.12)

Moen-Larsen Natalia (2011) ”Hjemme blant fremmede og fremmede hjemme: russiske kvinners identitetskonstruksjoner i en flerkulturell kontekst”, *Nordisk Østforum*, vol. 25, nr. 4

Morgan, Myfanwy (2003) *The Doctor –Patient Relationship* chapter 4 in *Sociology as applied to medicine* / edited by Graham Scambler Edinburgh ; New York : Saunders, 2003.

Nazarova Inna (2007) *Zdorovje zanjatogo naselenija*, Moska, MAKC Press

Nissen-Meyer Mathias(2008) ”Likeverdige helesetjenester til alle”, *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128:1206 Nr. 10 – 15. mai 2008; URL: <http://tidsskriftet.no/article/1692593> (lesedato 06.08.12)

Russian Federation. Health system review (WCO), Vol. 13 No. 7 2011; URL:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/157092/HiT-Russia_EN_web-with-links.pdf (lesedato 03.08.12)

Santana S, Lausen B, Bujnowska-Fedak M, Chronaki CE, Prokosch HU, Wynn R (2011)
“Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey”. *BMC Fam Pract.* 2011; 12: 20

SSB: *Ny innvandrerguppering* (2008) URL:
<http://www.ssb.no/vis/vis/omssb/1gangspubl/art-2008-10-14-01.html> (lesedato 12.07.12)

SSB Rapport 2009/36 *Innvandrere i norske kommuner Demografi, levekår og deltakelse i arbeidsstyrken* Pettersen Silje Vatne (red). URL:
http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200936/rapp_200936.pdf (lesedato 22.06.13)

SSB: *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2013* URL:
<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2013-04-25?fane=tabell&sort=nummer&tabell=109859> (lesedato 22.06.13)

SSB: *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2012* URL:
<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn> (lesedato 22.06.13)

Steinhaus Sissel, Gulbrandsen Pål, Werner Anne: “Recognition can leave room for disagreement in the doctor–patient consultation” *Patient Education and Counseling* Volume 86, Issue 3 , Pages 316-321, March 2012

St.meld. nr. 20 (2006-2007) *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*
<http://www.regjeringen.no/pages/1936477/PDFS/STM200620070020000DDDPDFS.pdf>
(lesedato 06.08.12)

St. meld. Nr 6 (2012- 2013) *En helhetlig integreringspolitikk Mangfold og fellesskap*
<http://www.regjeringen.no/pages/38098840/PDFS/STM201220130006000DDDPDFS.pdf>
(01.11.12)

Street Richard L., O’Malley, Kimberly J. , Cooper, Lisa A., Haidet, Paul , (2008)
“Understanding Concordance in Patient-Physician Relationships: Personal and Ethnic Dimensions of Shared Identity”. *Ann Fam Med.* 2008 May; 6(3): 198–205

Svennevig Jan, Sandvik Margareth og Vagle Wenche (1995): *Tilnærminger til tekst. Modeller for språklig tekstanalyse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag/LNU

Tanis Martin (2008) "Health-related on-line forums: what's the big attraction?", *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 13:7, 698-714

Thagaard, Tove (1998) *Systematikk og innlevelse*. Bergen-Sandviken : Fagbokforl.

Tjora, Aksel (red.) (2008) *Den Moderne patienten*, Lund:Studentlitteratur

Tjora, Aksel , Sandaunet Anne-Grete (red.) (2010) *Digitale pasienter*, Oslo : Gyldendal akademisk

Wangberg Silje, Andreassen,Heg, Kummervold, Per, Wynn Rolf, Sørensen Tove (2009) "Use of the internet for health purposes: trends in Norway 2000–2010", *Scand J Caring Sci*; 2009; 23; 691–696

Widerberg, Karin (2001) *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Oslo : Universitetsforl.

Ziebland, Sue; Wyke, Sally (2012) "Health and Illness in a Connected World: how might sharing experiences on the Internet affect people's health?" *The Milbank Quarterly* Vol. 90, No, 2, 2012 (s. 219-249)

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord i oppgaven: 35 909