

# Läkare från "tredje land". Om professionen, kontakter och gränsdragningar

Lisa Salmonsson

Fil.dr., Sociologiska Institutionen, Stockholms Universitet, Stockholm.  
E-post: lisa.salmonsson@sociology.su.se.

Artikeln fokuserar på läkare från s.k. tredjeland och på deras upplevelser av att etablera sig som läkare i Sverige. Analysen bygger på 12 djupintervjuer med läkare som arbetar i Sverige och som utbildats i länder som i den svenska statistiken kallas tredje land d.v.s. länder utanför EU/EES-området. Trots att det medicinska fältet är transnationellt, i den mån att läkarkompetens från andra länder erkänns i andra länder, så verkar det finnas lokala symboliska gränsdragningar som påverkar denna grupp läkares upplevelser av arbetslivet. Resultaten indikerar att det är i interaktionerna med kollegor som gränsdragningar artikuleras, förhandlas och utmanas.

The article focuses on physicians from so called Third country and on their own experiences of establishing as physicians in Sweden. The analysis is based on 12 in-depth interviews with physicians who are working in Sweden and who did their medical training in so called Third country, in other words in countries outside the EU/EEA region. Even though the Swedish medical field is transnational in the sense that medical degrees from other countries are recognized by the Swedish state, there seem to be local symbolic boundary work that affects this group of physician's work-life experiences. The result indicates that it is in interactions with colleagues that boundary work is articulated, negotiated and challenged.

## Inledning

Läkare har ett transkulturellt yrke men trots det är sjukvården kulturellt präglad av den lokala kontext där den bedrivs (Wolanik Boström & Öhlander, 2011). Den svenska läkarkåren speglar idag bättre samhället när det kommer till andelen läkare med bakgrund i länder utanför EU/EES gränser, men

fortfarande är det en lång och komplicerad process att återetablera sig som läkare i Sverige om man har utbildat sig i s.k. tredjeland (Riksrevisionen, 2011). Samtidigt är bristen på specialister i svensk hälso-och sjukvård ett aktuellt ämne (t.ex. Läkartidningen, 2015). Trots att personal med utländsk

utbildning ökar är det endast 30 % av dem som rekryteras från andra länder som stannar kvar i Sverige (Läkartidningen, 2014). Detta är bakgrunden till denna artikel som handlar om en grupp läkare vars erfarenheter fått mindre uppmärksamhet i den professionella debatten, de läkare som i Socialstyrelsens kategorisering benämns som ”tredjelandsläkare”.

Enligt en rapport från Riksrevisionen (LT nr 18/2011) tar det tre år för en specialist och sex år för en icke-specialist, som utbildat sig utanför EU, att skaffa svensk legitimation. Ett skäl som tas upp i Läkartidningen är att denna grupp är nedprioriterad hos arbetsförmedlingen (Läkartidningen, 2014), men samtidigt lyfts det ofta att Sverige måste bli bättre på att ta till vara tredjelands-läkares kompetenser (Dagens Samhälle, 2013).

I denna artikel presenteras några teman som tredjelandsläkare själva lyft i intervjuerna. Det gäller arbetsmarknads-relaterade svårigheter som de upplevt men även olika mekanismer som de anser var viktiga för dem för att få jobb och behålla det. Även om inte alla 12 läkares berättelser finns med i denna artikel så är de teman som tas upp viktiga i samtliga intervjuer. Deras upplevelser tyder, på att även andra typer av bakomliggande mekanismer än de som ofta kommer upp i den offentliga debatten är viktiga.

### Tredjelandsläkares upplevelser av att få ett jobb i Sverige

Vilka är då dessa så kallade tredje-

lands-läkare? Tredjelandsläkare är Socialstyrelsens benämning på den grupp läkare som kommer till Sverige med utbildning från länder utanför EU/EES-området. Denna grupp skiljer sig från läkare med utbildning inom EU/EES-områdets gränser eftersom de inte inkluderas i det s.k. läkardirektivet (93/16/EEG), som gör det möjligt för en läkare med läkarlegitimation från EU/EES-land, att arbeta inom hela EU. Trots att även denna grupp måste söka svensk legitimation via Socialstyrelsen, är denna process mycket snabbare än för den läkare som kommer med legitimation utfärdad av ett land utanför EU/EEAs gränser.

För att analysera läkarnas upplevelser av att arbeta i Sverige är utgångspunkten det som Gieryn (1983) menar är centralt i alla professioner d.v.s. gränsarbete (boundary work). Han menar att skapandet av professioner baserades på viljan att kontrollera makten över en viss typ av kunskap och yrkesutövande. Gränsarbete som teoretiskt begrepp har främst används för att förstå gränser mellan professioner och andra yrken eller mellan olika professioner. Här används det snarare för att försöka förstå de intervjuade läkarnas upplevelser av gränsarbete inom professionen. Gieryns traditionella synsätt att förstå gränsarbete kombineras här med social psykologiska sätt att se på detta vilket inkluderar hur gränsarbete upplevs och hanteras (Riesch 2010, Salmonsson 2014).

Till skillnad från läkare med utbildning från andra EU-länder (se t.ex. Wolanik Boström & Öhlander, 2011)

är den grupp vars upplevelser analyseras här, en grupp som upplever att det är svårt att komma in på arbetsmarknaden i Sverige. De är läkare som kommit till Sverige från länder utanför EU/EES och som ofta har flytt från sina ursprungsländer där de utbildat sig. En av mina respondenter, Goran, säger att:

*”det är som vanligt i Sverige. Det tar lite tid du måste vänta. Du är ju inte inbjuden eller välkommen här, du måste bevisa vem du är, var du är ifrån och varför du kommer”.*

Goran kom till Sverige via Ryssland från Turkmenistan på 90-talet. Han läste till läkare i Sankt Petersburg men fick inte uppehållstillstånd i Ryssland utan åkte vidare till Sverige. Här sökte han och fick asyl och sedan började han sin resa mot svensk läkarlegitimation som skulle visa sig vara allt annat än rak. Det tog 12 år innan han fick sin specialistlegitimation i oftalmologi i Sverige. Även om han är den som det tagit längst tid för så finns det många fler av de läkare jag intervjuat som beskriver liknande svårigheter. De beskriver att svårigheterna minskar när man fått svensk läkarlegitimation men att de inte är över. Nästa svårighet kommer när man får ett arbete och att få behålla det. Då är problemet att dessa läkare saknar sociala nätverk. Goran beskriver detta på följande vis:

*”Ja det är ingen som ville ha bekymmer. Någon måste skriva något efter sex månader och ingen vill. Idag det är kanske lite annorlunda. Men i Sverige går man genom bekanta....och jag...”*

Hans upplevelser av Sverige är att han är ett bekymmer, någon som tar upp för mycket tid och trots att han medger att detta kanske ser annorlunda ut idag så återkommer han till att man ändå oftast får arbete genom bekanta. Han saknar bekanta och ses inte som bekant och därför hamnar han efter.

En annan man, Amin kom även han på 90-talet till Sverige från Iran för att söka asyl. Han är idag ortoped och jobbar som det men han har haft svårt att komma vidare i karriären. Amin berättar vad en av hans handledare hade sagt till honom:

*”Du är överkvalificerad för att få specialistkompetens i Sverige. Våra specialister, de som blir specialister efter 5 år kan inte hälften av vad du kan. Men processen är sån att du måste ha tålamod och låta det ta sin tid.”*

Amin exemplifierar här hur orättvist han tycker att processerna är och hur beroende han som läkare från tredjeland är av andras bedömningar av honom. Han pratar senare om att denna ”informella” validering av hans kunskaper försätter även när han söker jobb. Amin fortsätter:

*”Att verksamhetschefen på den kliniken personligen gillade den personen är viktigt. Oftast är det behovet som avgör men det finns också detta med att man trivs med någon”.*

Det personliga spelar mycket stor roll för samtliga av mina respondenter både som en del av valideringen av deras kunskaper men också senare när

de blir aktuella för ett arbete.

Hamid som är allmänspecialist från Iran tror det handlar om att Sverige inte aktivt rekryterar. Han säger:

*"Vi har inget program. Det är bara en slump att de kommer hit och de försöker komma in i systemet."*

Det Hassan menar är väl att de flesta som kommer till Sverige från länder utanför EU/EES är flyktingar och därför finns det inget riktigt system för hur man ska hantera detta.

Heba är specialistläkare i anesthesiologi från Syrien. Hon har fått reda på att hon måste göra om nästan hela sin specialistutbildning och säger:

*"Jag ska göra en "förkortad" ST men den blir inte så mycket förkortad. Kan-ske 6 månader kortare än de andra."*

Hon jämför också den svenska valideringsprocessen med andra EU-länders och tror det handlar om att:

*"De har skriftliga prover det har vi (i Sverige) inte, eller de är inte obligatoriska än så man har inga standarder att bedöma kompetenser med här".*

Men även Heba menar att de informella processerna också spelar stor roll för att etablera sig. Hon säger:

*"Jag känner folk som försökte komma in i systemet och kom in på provtjänstgöring. Jag vet inte om de hade attityd eller om det är kemi mellan handledare och klinikchef och den här personen som påverkat. Men det är bara individuell bedömning och de är en person som bedömer*

*så kommer du inte överens med personen så är det kört."*

Detta tema var återkommande i samtliga intervjuer och många kände sig också övervakade. Heba sammanfattar denna känsla så här:

*"Man måste vara extra försiktig som läkare som kommer utanför EU. Folk är mer misstänksamma om vi kan det här. Om det kommer någon från Tyskland då får de jobba direkt, de bara läser lite rutiner och sen jobbar direkt. Jag känner mig alltid under övervakning."*

Det finns således en ambivalens i tredjelandsläkares berättelser om mottagandet i Sverige som handlar om kontroll och frihet. Å ena sidan känner de sig övervakade och samtidigt då denna övervakning inte är transparent utan handlar om att vara omtyckt eller inte så saknar de rutiner som de kan förhålla sig till. Flera berättar att det saknas rutiner för integrering och kopplar detta till att många som kommit börjat som asylsökande. Den informella delen av valideringen av deras kunskaper kan ses som symbolisk gränsdragning och uppfattas som en övervakning och inte som kvalitets-säkring. Mahid kom som ensamkommande flyktingbarn till Sverige från Somalia och har växt upp i Sverige och läst till läkare i Ryssland och han beskriver dessa symboliska gränsdragningar på följande sätt:

*"Det räcker inte (att vara läkare). Det måste finnas något annat som kan förena oss, som vi kan bli ett team runt. Det är inte medicinsket det är något annat. En*

*gång kom en doktor från Eritrea (till vårdcentralen) och det bara klickade. Vi var båda läkare och vi var båda flyktingar. Vi hade samma bakgrund så vi hade sambörighet på en gång.”*

Den informella kulturen verkar vara ett hinder för tredjelandsläkare och är kopplad till en samhörighetskänsla och att inte känna sig misstänkliggjord. När t.ex. Mahid beskriver situationen då det kom en läkare med Eritreansk bakgrund till den vårdcentralen i en norrlandskommun där han arbetade, är detta ett sätt att beskriva en situation där han kunde känna den där samhörighetskänslan som han annars saknar och önskar han hade till de mer etablerade läkarna. Han beskriver varför han valde att kontakta en viss läkare i Sverige för att ordna provtjänstgöring:

*”Han hade jobbat i Afrika. Så valde jag honom som varit i Afrika framför dem som inte varit där. Det fanns någonting. Sambörighet. Jag tänkte: Här fanns det Uganda, Mocambique, här har vi något. Han som kommer förstå mig”.*

Mahid och de andra intervjuade tredjelandsläkarna hittar trots svårigheter egna sätt att ta sig vidare i karriären som de upplever som, å ena sidan byråkratiskt och stelt, men som å andra sidan de anser kontrolleras av informella kontakter och allianser som de har svårt att tillskansa sig. Masoud kommer från kurdiska delen av Syrien och har studerat i Rumänien innan Rumänien var en del av EU. När vi pratar om hur man ska ta sig in i systemet så säger han att man behö-

ver en person som man kan följa och Masoud säger:

*”Det är jätteviktigt men det skulle finnas en struktur för detta. När man väl har kommit in i systemet så är det lugnt men det behövs för att komma in första gången. Det är bara det.”*

## Diskussion

Samtliga 12 läkare delar erfarenheten av att återetablera sig i Sverige är byråkratiskt och informellt. Studien visar att det är svårt att förstå vad som krävs och att informella kontakter verkar vara viktiga även är.

Läkarna i studien upplevde att det krävdes något mer än en läkarlegitimation för att de skulle bli accepterade som medlemmar i den svenska läkarprofessionen. De beskrev även att läkarkollegor snarare var några som hade kontroll och makt över dem än att de var jämlikar. Studien tyder på att det finns en hel del att göra för läkarprofessionen själva när det kommer till att få dessa läkare att snabbare bli en del av den professionella gruppen.

Genom att inkludera det social psykologiska perspektivet på gränsarbete blev det tydligt att gränsarbete även sker mellan grupper inom professionen (Salmonsson, 2014) där de informella kontakterna blir ett sätt att hitta en väg in.

Det räcker därför inte att snabba på den formella legitimerings-processen då min studie av detta från ett tredjelandsläkar-perspektiv tyder på att det även finns mycket att jobba på inom professionen och från fackligt håll så

att detta gränsarbete mellan etablerade och nykomlingar kan övervinnas.

Konkret handlar det om att minska byråkratin kring validering av tredjelandsläkares kompetenser på en övergripande nivå men också medvetendegöra professioner om detta social psykologiska gränsarbete som pågår i läkarnas vardag. I och med kriget i Syrien söker allt fler skydd i Sverige och många av dem är välutbildade. För att de snabbt ska kunna komma i arbete måste våra administrativa system bli bättre på att validera denna grupps formella kunskaper.

Den professionella grupp som de senare ska tillhöra måste också öppna upp för att se över sina egna rutiner vad gäller inkludering så att den kunskap och erfarenhet som denna grupp kommer med också tas tillvara på arbetsplatsen.

Lövtrup, M. 2014: Framgångsrikt projekt för tredjelandsläkare hotas. Läkartidningen. Hämtad 2015-10-01 från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/10/Framgangsrikt-projekt-for-tredjelandslakare-hotas/>

Lövtrup, M. 2014: Även de utlandsutbildade blir fler. Läkartidningen. Hämtad 2015-10-01 från <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/06/Aven-de-utlandsutbildade-blir-fler/>

Lövtrup, M. 2015: Färre nya allmänläkare 2014. Läkartidningen. Hämtad från 2015-10-01 <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/09/Tillskottet-av-nya-allmanlakare-mattas-av/>

Riesch, H. 2010: Theorizing Boundary Work as Representation and Identity. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 40(4), 452–473. <http://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2010.00441.x>

Salmonsson, L. 2014: The "Other" Doctor: Boundary work within the Swedish medical profession (Diss.). Uppsala University, Uppsala. <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A713164&dswid=-9832>

## Referenser

Ekenger, K. 2014: Vi måste sluta slösa med mänskliga resurser. Dagens samhälle. Hämtad 2015-10-01 från <http://www.dagenssamhalle.se/debatt/vi-maste-sluta-sloesa-med-maenskliga-resurser-11718>

Gerdtham, U., & Lyttkens, C. H. 2013: Vad kostar ojämlikhet i hälsa? Läkartidningen. Hämtad 2015-10-01 från <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2013/11/Vad-kostar-ojamlikhet-i-halsa-Och-varfor-vill-vi-veta-det/>

Gieryn, T. F. 1983: Boundary-Work and the Demarcation of Science from Non-Science: Strains and Interests in Professional Ideologies of Scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781–795. <http://doi.org/10.2307/2095325>

## Historik smt

Socialmedicinsk tidskrift startades år 1924 av kvinnoläkaren Waldemar Gårdlund som ett helt privat projekt. Gårdlund ägde själv tidskriften och den finansierades bl.a. av reklamintäkter. Gårdlund var själv privatpraktiker och till sin hjälp som redaktör hade han en annan uppbyren praktiker från huvudstaden, Carl Bernhard Lagerlöf.

År 1928 övertogs Socialmedicinsk tidskrift av Sveriges läkarförbund i vars ägo tidskriften stannade fram till 1943 då nybildade Social-Medicinsk Tidskrifts Aktiebolag inträdde som ägare. Bakom aktiebolaget stod Sveriges läkarförbund tillsammans med ett antal delföreningar. År 1966 bildades Stiftelsen Socialmedicinsk tidskrift som tog över tidskriften. Professorer inom socialmedicin och medicinsk rehabilitering ingick i styrelsen, från 1970 också representanter från Föreningen Sveriges socialchefer.

Den anmälan som inleder det första numret i februari 1924 säger att tidskriften "vill göra ett försök att bilda en litterär föreningspunkt för alla dessa olika socialt intresserade, som i ett eller annat avseende ha någon kontakt med sjuk- och hälsovård". Tidskriften beskrivs två år efter start på följande sätt i det då just utgivna 38 supplementbandet av Nordisk familjebok:

"Socialmedicinsk tidskrift, organ för sjuk- och hälsovård, afser att meddela upplysning i social medicin både åt läkarkåren och åt allmänheten och behandlar allehanda sociala frågor, för hvilkas lösning medicinsk sakkunskap är af nöden, t.ex. sjukförsäkring, sjukhusbyggnader – deras tidsenliga anordnande till rimliga pris – de civila läkarnas ställning, Röda-kors-angelägenheter mm."

Under de första åren utkom också ett särskilt "meddelandeblad" som bilaga till tidskriftens häften, "endast avsett för dem av tidskriftens prenumeranter, som äro läkare". Här fanns ett mer vetenskapligt innehåll med fokus på den praktiserande läkarens verksamhet. Det första bladets första artikel har följaktligen rubriken "Vilka kliniska laborationer äro aktuella för den praktiserande läkaren?"

Under de första åren av Socialmedicinsk tidskrifts verksamhet återkom man gång på gång till de privatpraktiserande läkarna och deras villkor, särskilt praktikerna i Stockholm. Kritiken av sjukhusbyggande och av Karolinska institutet i synnerhet och dess rektor bottnade i att allt detta gynnade utvecklingen av en "kommunalisering" av läkaryrket, dvs. läkare anställda i det allmännas tjänst. För många kan det te sig underligt att tidskriften 1928 övertogs av läkarförbundet, men med tanke på tidskriftens hållning i praktikerfrågan och det förhållande att tidskriftens grundare också var initiativtagare till Sveriges praktiserande läkares förening är kanske inte detta så underligt. Socialmedicinsk tidskrift var i sin begynnelse inte densamma som den senare skulle komma att bli.