

Polska läkare i Sverige. Om läkarroll, status och kulturella processer

Katarzyna Wolanik Boström¹ Magnus Öhlander²

¹Fil dr, Institutionen för kultur- och medievetskap, Umeå universitet, 901 87 Umeå. E-post: katarzyna@kultmed.umu.se ²Docent, Institutionen för genus, kultur och historia, Södertörns Högskola, 141 89 Huddinge. E-post: magnus.ohlander@sh.se.

Artikeln fokuserar polskfödda läkare och analyserar statusförändringar och kulturella variationer i samband med migration till Sverige. Texten bygger på två arbetslivshistoriska intervjuer med polska läkare verksamma i Sverige. Det medicinska fältet kan begreppsliggöras som transnationellt, där kunskaper och kompetenser erkänns på en nationsöverskridande nivå, men det finns även nationella sub-fält med specifika normer och traditioner. I berättelserna kontrasteras nationella skillnader. Den svenska vården framställs som mer organiserad och mindre flexibel än den polska. I Sverige premieras emotionell kontroll och ett nedtonande av kvinnlighet respektive manlighet. Samtidigt visar intervjuerna att hög status kopplat till yrket inte enkelt låter sig översättas från ett polskt till ett svenskt sammanhang. Kulturell annorlundahet påverkar såväl yrkesmässig status som handlingsutrymmet på arbetsplatsen.

The article presents an analysis of Polish-born doctors' experiences of status changes and cultural variations in connection to migration to Sweden. The point of departure consists of two work-life interviews with Polish doctors working in Sweden. The medical field can be understood as mainly transnational, where knowledge and competences are acknowledged on a nation-exceeding level, but there are also national sub-fields with specific norms and traditions. The Swedish health-care is presented as more rigidly organized and less flexible than the Polish one. In Sweden, emotional control is highly valued and the expressions of femininity and masculinity are toned down. The interviews highlight the well-educated migrants' process of both adaptation and resistance to what they perceive as Swedish norms and hierarchies. The status connected to profession cannot be easily translated from Polish to Swedish context and both status and the manoeuvre space in the work-place are influenced by cultural differences.

Inledning

Läkare har ett relativt transnationellt yrke. De har kunnande, sociala nätverk och kulturella gemensamheter som är nationsöverskridande och inte nödvändigtvis till fullo överensstämmer med det nationsspecifika. Sjukvården som sådan är däremot mer nationsspecifik; den reproducerar såväl mer allmängiltiga som enskilda samhällens dominerande kulturella mönster. Detta ger olika länders vård både gemensamma och nationsspecifika kulturella kännetecken (se t.ex. van der Geel & Finkler 2004, Hörnfeldt 2009, Lundin 1997, Öhlander 2005). Dessutom utvecklar enskilda vårdenheter eller kliniker yrkesmässiga subkulturer. Läkaryrkets transnationalitet i kombination med dess förankring i nationella och lokala variationer gör läkare till en intressant kategori för kulturforskare att undersöka i analyser av yrkeskultur, kulturella processer och status.

En aspekt av läkaryrkets transnationalism är möjligheten att arbeta varsomhelst i världen. Historiskt har det alltid funnits rumslig mobilitet bland läkare. Läkare arbetar tillfälligt i andra länder och/eller väljer att migrera för att arbeta. I Sverige har cirka 25 procent av läkarna utländsk utbildning och polacker är en av de mer talrika grupperna. Immigrerade läkares erfarenheter visar på kulturella inslag i vården, såsom normer, ideal, värdehierarkier och makt (jfr Berbyuk 2008). I den pågående intervjustudien *Polska och svenska läkare inom den svenska vården* intresserar vi oss för migrationsprocesser bland högutbildade och mer specifikt läkares reflektioner kring yrkesroll, kulturella

skillnader och status. I den här artikeln kommer vi att diskutera detta utifrån två fall, baserade på arbetslivshistoriska intervjuer med två kvinnliga specialistläkare anställda vid svenska sjukhus, Magdalena och Eliza.

För att tolka läkarnas upplevelser av kulturella skillnader och förändringar i status i samband med migrationen använder vi Pierre Bourdieus (1990) begrepp fält, kapital och disposition. Kapital förstås enkelt uttryckt som de symboliska tillgångar (ekonomiska, sociala, kulturella) som erkänns inom ett visst socialt fält (här det medicinska fältet) och som är möjligt för individen att använda, ackumulera och konvertera. Skillnader i kapitalinnehav och kapitalsammansättning skapar distinktion mellan positioner inom fältet. Kulturellt kapital rymmer inkorporerade beteenden och normer, varför informanternas berättelser om kulturella variationer blir relevanta att väga in i en analys av statusförändringar i samband med migration. För att möjliggöra en analys av den intersektionella relationen mellan olika kulturella beståndsdelar och statusförändringar i arbetet som läkare i Sverige föreslår vi att Bourdieus (1990) fältbegrepp utvecklas genom att det kombineras med termen transnationalism (se Faist 2000). De polskfödda läkarna befinner sig i det *transnationella* medicinska fältet där kunskaper och kompetenser erkänns på en nationsöverskridande nivå. Men det finns även *nationella medicinska subfält* som inte är helt överlappande eller kompatibla vare sig med varandra eller med det transnationella. Dessa nationella sub-fält utvecklar egna värdehie-

rarkier, statusmarkörer och normer för läkarrollen.

I det följande kommer vi först att kort beskriva motiven för migration. Därefter återger vi översiktligt vad intervjupersonerna berättar om statusförändringar samt kulturella variationer. Slutligen återvänder vi till vårt förslag att yrkesmässiga statusförändringar i samband med migration kan förstås som att även om det transnationella yrkesmässiga kapitalet erkänns i olika länder, så erkänns inte alltid de nationsbundna, kulturella dispositionerna för klass och genus. Därmed förändras det nations/klass/könsspecifika kulturella kapitalet på ett komplext sätt, när det flyttas mellan nationella medicinska sub-fält.

Sverige som läkarparadis

Polska läkare är eftertraktade. Det specialiserade rekryteringsföretaget Medena håller omfattande internatkurser för att utbilda polska läkare i svenska och arbetsreglerna i Sverige. I polska medier, såsom den medicinska tidningen *Sluzha Zdrowia* (7 mars 2005) beskrivs den svenska sjukvården som ideal, med bättre materiella förutsättningar och arbetstider än i Polen. I Polen har läkare visserligen hög status, men som statligt anställda har de dåliga arbetsvillkor och jämförelsevis låga löner, vilket gör utlandsarbete attraktivt.

En av de intervjuade, Magdalena, var i Polen en framstående specialist inom sitt område och hade även en europeisk examen, men som ensamstående

mamma med statlig läkarlön klarade hon trots heltidsjobb med jurerer inte avbetalningarna på sin lägenhet. Eftersom hon älskade sitt arbete tänkte hon att "nägonstans i världen kan jag väl få betalt för det jag gör". När hon blev inbjuden till en svensk klinik planerade hon inte att stanna längre än till dess att hon kommit på fötter ekonomiskt, men hon blev kvar flera år. Nu trivs hon bra med kollegorna, med den förbättrade privatekonomin och inte minst med möjligheterna till vidareutbildning inom yrket.

Den andra intervjuade läkaren, Eliza, berättar att hon trivdes utmärkt på ett större statligt sjukhus i Polen. Hon var en ung läkare men redan respekterad, med påbörjad specialisering och ett rikt socialt nätverk på sjukhuset. Med sin låga lön måste hon och maken dock ständigt lita till föräldrarnas hjälp. När banken avslag Elizans kreditansökan för bostaden med argument att hennes inkomster var alldeles för låga blev det ett incitament för henne att gå på ett informationsmöte som Medena anordnade. På mötet berättade några polska läkare som emigrerat till Sverige om arbetsvillkoren som, enligt Eliza, kändes helt ofattbara. På kursen erbjöds en tre dagar studieresa till Sverige med besök på de tilltänkta arbetsplatserna. Eliza var trollbunden av lugnet och stillheten. "Allting är ordnat, tänkte jag, det finns tid för allt, allting är planerat, det finns inget kaos". Hon märkte att läkaryrket var högt värderat i Sverige, både samhälleligt och ekonomiskt, medan hon i Polen ibland kände sig som en naiv idealist när hon trots allt engagemang för patienterna fick en lön

som inte dög åt bankens kreditupplysning.

Både Eliza och Magdalena understryker att det var spännande att arbeta i Polen och att de fick en bra medicinsk kompetens trots de tuffa villkoren. Anledningen till migrationen var de låga lönerna och stressen att klara vardagsökonomien. De framställer sig som ekonomiskt underprivilegerade, trots sitt gedigna innehav av kulturellt kapital – en narrativ strategi som identifierats även bland andra högutbildade polacker (Wolanik Boström 2005).

Statusmarkörer i yrkesrollen

I berättelserna tydliggörs hur svårigheterna med språket fick konsekvenser för läkarnas status och trovärdighet både gentemot patienterna och kollegorna. Magdalena hade hjälp av sina handfasta medicinska färdigheter; vid en komplicerad operation kunde hon bevisa sitt värde redan innan hon talade flytande svenska. Att hon lyckades bra befäste hennes ställning som en pålitlig specialist.

Eliza hade inte samma möjligheter. På den vårdcentral där hon anställdes fick hon först gå bredvid en annan läkare vid patientbesöken under några månader innan hon kunde börja ta emot egna patienter. I början räckte inte språket till vid de varierande kontakterna och hon kände sig stressad, frustrerad och ständigt trött. Eliza ryser vid minnet av att inte kunna få läkarauktoritet på grund av sin tafatta svenska. I Polen hade hon varit briljant, i Sverige till en

början bara ”så bra jag kunde”. Idag har Eliza fullföljt en specialisering, har inga problem med patientkontakterna och trivs väldigt bra. Märkligt nog tilldelas hon ofta invandrare som patienter, ”som om jag hade lättare att förstå dem”.

Men även om patienterna är nöjda är språket fortfarande en skillnadsmarkör i förhållande till den övriga vårdpersonalen. I synnerhet de äldre läkarna tycks förknippa den professionella rollen med ett vårdat och välartikulerat språk utan brytning. I början beundrade kollegorna hennes framsteg med svenskan, men efter några år har förväntningarna höjts till att hon ska bli ”helsvensk”. Varje gång någon rättar hennes språk påminns hon om sitt utanförskap och upplever det därför ibland som irriterande, i synnerhet om det handlar om *petitesser*. En strategi för att trots de (idag fåtaliga) språkliga begränsningarna ändå säkerställa sin trovärdighet som kompetent läkare är att hålla sig ajour med den senaste medicinska utvecklingen. Trots detta, konstaterar hon, har hon inte samma chans som de svenska kollegorna att t.ex. leverera ett lika välartikulerat föredrag.

Både Eliza och Magdalena är övertygade om att immigrerade läkares handlingsutrymme är mer kringgärdat än vad som är fallet för infödda läkare. Trots att de arbetar lika effektivt som svenska läkare, har läkare från andra länder inte samma tillgång till ledande poster. Om det finns ett val väljer man ofta den svenska läkaren. Eliza tror att många utländska läkare upplever att de

efterhand slår i ett sorts glastak: ”Det kommer en etapp då du vet att du visserligen kommer att utvecklas hela tiden, men du kommer inte att gå vidare, högre upp.” Hon känner inte en enda avdelningschef som inte är svensk. Samtidigt förstår hon att på högre poster är språket och politisk och samhällslelig kunskap oerhört betydelsefulla.

I berättelserna framställs hur förmågan att behärska språket och de subtila sociala konventionerna inverkar på möjligheten att etablera hög status – att ackumulera symboliskt kapital. Att lyckas eller inte lyckas måste inte nödvändigtvis ha att göra med om man är född i ett annat land eller inte; språklig skicklighet och social kompetens markerar klass, hög status och professionalism oavsett nationellt ursprung. Det är fråga om kulturellt kapital och förkroppsligade dispositioner (jfr Bourdieu 1990), och Eliza var faktiskt språkligt ”briljant” och socialt kompetent i Polen. Det är detta kulturella kapital som gör att Eliza ser sina nuvarande brister och tillkortakommanden i Sverige, där de klassmässiga dispositionerna är delvis annorlunda. Här samverkar nationalitet och klass på ett intersektionellt sätt. För att avancera på det medicinska fältet i Sverige räcker det inte heller med ett transnationellt medicinskt kapital; det behövs även nationellt ”svenskt” kapital både i form av nätverk och förbindelser, och en kulturell fingertoppskänsla för maktstrukturer och relationer.

Kulturella skillnader och status

I intervjuer berättelser om yrkets var-

dagserfarenheter är kontrastering en återkommande narrativ strategi. Kultur görs till något som följer nationsgränser och Polen respektive Sverige blir två separata förvaringskärl för kulturella särdrag. Det finns många likheter mellan de två nationerna, men i intervjuerna är det skillnaderna som är lättast att verbalisera.

En aspekt av yrkeskultur är invanda arbetssätt och rutiner. Elizas erfarenhet är att ansvarsfördelningen i den svenska vården är mer horisontell vilket samtidigt gör den mer diffus. I Polen, säger hon, var de erfarna läkarna visserligen mindre villiga att dela med sig av sina specialkunskaper till konkurrerande kollegor, men det var å andra sidan lättare att som ung läkare få direktiv eller ett rakt svar på en fråga. I Sverige dominerar, enligt Eliza, åsikten att den äldre läkaren bör vägleda och undervisa sina yngre kollegor. Konsekvensen är att svaren på en enkel fråga blir så invecklade, oprecisa och fulla av om och men, att frågeställaren inte blir så mycket klokare av dem. Eliza tolkar det som en allmän ovilja att ta ansvar för sina ord.

Medan Eliza uppfattar arbetsfördelningen som otydlig, uppehåller sig Magdalena vid att arbetet inom svensk vård följer ett överdrivet inrutat mönster. En egenhet hon ogillar är bristen på spontanitet. Allting är sönderplanerat: ”Om det finns en paragraf om någonting så kan du bara göra det på det sättet och *aldrig* gå runt det och göra ett undantag”, säger hon. Hon brottas också med den svenska vårdens i hennes tycke olidligt sega tempo. Utifrån

sin erfarenhet av arbete i både Polen och Frankrike efterlyser hon mer fart och fler spontana lösningar för att öka effektiviteten och minska vårdköerna. Ingen patient borde skickas hem bara för att personalen har en fikapaus, och med lite god vilja skulle mycket mer kunna klämmas in i schemat. ”Varför finns inte den goda viljan, varför jobbar folk som om de vore kontorister?” säger hon upprörd. Här antyds en skillnad i läkares ethos, där den behovsstyrda (polska) ställs mot regelstyrda (svenska).

Ett återkommande tema i intervjuerna är normer för hur interaktion mellan kollegorna bör se ut. Det sociala livet på hennes nuvarande sjukhus skiljer sig enligt Eliza från det i Polen. Hon upplever att hon saknar kännedom om vissa sociala konventioner och att hon inte alltid är på samma våglängd när det gäller humor som de svenska kollegorna. Magdalena ses, med sitt impulsiva och ibland explosiva temperament, som ett pittoreskt undantag av de andra läkarna. Men i förhållande till andra personalkategorier leder hennes beteende ibland till problem. Om en sjuksköterska gör ett misstag har Magdalena svårt att dölja sin irritation. Vid ett tillfälle röt hon till när en operation var dåligt förberedd: ”I sådana situationer töms plötsligt operationssalen, alla försöker att smita därifrån för det är en tokig doktor därinne”. En gång när hon var riktigt arg och besviken över att en patient som hade åkt 30 mil blivit felbokad, gick hon in på sitt tjänsterum för att vara ifred. En sköterska kom och pratade lugnande till henne, masserade hennes axlar och erbjöd juice att

dricka, ”som om jag vore sinnessjuk”. Magdalena beskriver det som frustrerande att ständigt möta detta lugn och känna att det förväntas även av henne. Magdalenas och Elizas berättelser uppmärksammar förgivettagna ideal och normer i den svenska vården. Att uttrycka starka känslor såsom ilska är inte ett accepterat beteende för en svensk läkare och i de polska läkarnas ögon framstår den svenska professionella rollen som känslomässigt utslätad. Eftersom deras förkroppsligade dispositioner – deras vana vid att uttrycka känslor på vissa sätt – inte är helt lätta att förändra försätter de sig själva gång på gång i en både socialt och professionellt underordnad läkarroll.

Olika yrken ger olika genuskonnotationer. Vissa uppfattas som kvinnliga, andra som manliga. Eliza beskriver läkarrollen i Sverige som betydligt mer genusneutral och avsexualiserad än i Polen. Hon säger sig ha förlorat sin kvinnliga identitet när hon började arbeta som läkare i Sverige: ”Här var det ingen som förväntade sig att jag skulle vara en kvinna utan att jag skulle vara en *läkare*, och ju mer läkare och mindre kvinna desto bättre!”. I Polen gick hon till arbetet elegant klädd, gärna i kjol eller dräkt med öppen läkarrock utanpå, och med fin make-up. På samma sätt som att en manlig läkare skulle ha skjorta och slips och anlända i en fin bil, var det något som patienterna förväntade sig av henne. ”Det var en image”. Den välvårdade ”kvinnliga utstrålningen” var ett sätt att upprätthålla statusen som läkare. På Elizans nuvarande svenska arbetsplats skulle den sortens elegans tvärtom uppfattas som

överdriven eller vulgär. Här kommer vissa kollegor till jobbet i mysdress för att byta om till läkaruniformen. I Sverige fungerar den sortens ”kvinnlighet” inte som en tillgång ett symboliskt kapital, för den kvinnliga läkare som vill vinna legitimitet i den överordnade läkarrollen. Tvärtom blir den ett sätt att försätta sig i en underordnad position vad gäller klass och status. I intervjun med Eliza framgår att det här är en distinktion hon uppfattat och försöker förhålla sig till. Numera, säger hon, har hon mer och mer kommit att uppskatta ”den naturliga skönhet och naturlighet som svenskorna presenterar”. Hon fortsätter att klä sig fint till jobbet, som ett sätt att behålla ”en inre personlighet”, men hennes stil har blivit dämpad och diskret: ”mindre kvinnlig, mindre färgglad”. Den ständiga upptagenheten med en elegant image i Polen börjar hon uppfatta som lite skrattretande. Här kan Eliza sägas framgångsrikt göra status, klass och den överordnade läkarrollen ”på svenska”.

Även vad gäller förhållandet mellan män och kvinnor finns specifika normer för interaktion inom yrkeskulturer. I Polen fick de kvinnliga läkarna ofta komplimanger av de manliga kollegorna, berättar Eliza. Detta bemötande var något de kvinnliga läkarna var vana vid och förväntade sig. Om komplimangerna uteblev kunde det uppfattas som om de hade utseendemässiga brister. På svenska sjukhus är förhållandet diametralt annorlunda. Att i interaktionen mellan två läkare understryka att den ena är en kvinnlig läkare och den andra en manlig läkare ”finns inte”. I de undantagsfall då en manlig läkare ändå

ger komplimanger, görs det inte av en jämlike utan av någon äldre professor. Eliza tolkar sin nuvarande inställning till komplimangerna som att hennes syn på relationen mellan män och kvinnor har förändrats genom hennes vistelse i Sverige – men även genom att hon har avancerat i karriären. Att uppleva komplimanger som trevligt hör till en annan etapp i livet och yrkesutvecklingen. ”Nu skulle det gå mig på nerverna att någon herre behandlar *mig*, en läkare på en viss professionell nivå, genom en sådan prisma”, säger hon. Här blir det tydligt hur ytterligare en kategorisering får betydelse för hur status och en överordnad läkarposition görs – åldersordningen. Det är inte bara skillnaden mellan polskt och svenskt som lyfts fram som betydelsebärande, utan även skillnaden i ålder och kompetens i relationen till genus.

Kulturella och sociala processer – avslutande kommentarer

I intervjumaterialet kan intersektionella samband identifieras mellan olika kulturella normer och de statusförändringar som skildras. De två polska läkarnas berättelser präglas av stark agens. De är driftiga, hängivna kvinnor som kommit till vad de uppfattar som läkarnas förlovade land med målet att göra ett gott arbete. Väl här erfor de till en början ett oväntat statusbyte, då språket och ”kulturella skillnader” i form av klädstil, temperament och humor gjorde de själva lite pittoreska eller konstiga, och därmed avvikande och underordnade. De mötte andra umgängeskoder och genuskonventioner.

De hade svårt att se igenom myllret av subtila hierarkier och lojaliteter. Den första tiden smälte de inte in i läkarteamet med samma lätthet som svenskar. Det intrikata sociala kapitalet i form av professionella nätverk och förbindelser går lätt förlorat vid byte av land och umgängeskultur, där de sociala koderna skiljer sig betydligt, och måste byggas upp på nya sätt.

Förklaringar till statuskillnader och försvårade karriärmöjligheter kan delvis sökas i stereotyper och föreställningar som hör ihop med icke-svenskt – i synnerhet icke-västerländskt – ursprung. Polacker hör till dem som i Sverige representerar en del av det Öst som svenskhet historiskt sett kontrasteras mot (Neuman 1999). Men det handlar också om att på grund av språket och andra kulturella konventioner inte kunna prestera en fullt godtagbar klassmässig performans, med genus- och åldersbaserade skiftningar. Även om de polska läkarna genom sin utbildning och specialisering besitter ett kulturellt kapital som borde vara transnationellt gångbart, så värderas inte alltid diplom, yrkeserfarenhet och arbetssätt likadant inom de nationella medicinska sub-fälten. Kulturellt kapital består dessutom av bildning, kultivering, god språkbehärskning, kännedom om sociala och kulturella konventioner, dekorum, lämpliga sätt att uttrycka känslor på o.s.v. (Bourdieu 1990, jfr Broady 1991) – kort sagt kännetecken inte bara för en profession, utan även för ett visst socialt skikt. En del av dessa tillgångar tycks ha en tydligare nationell prägel och fick initialt inte erkännande i den nya kontexten för Elizas

och Magdalenas del. De förkroppsligade dispositionerna kunde tvärtom bli ett negativt kulturellt kapital, då vissa beteenden betraktades som märkliga och opassande. Kulturella klassmarkörer, som klädkod eller sätt att skämta, kunde på det ena sub-fältet erkännas som utmärkta och på ett annat sub-fält uppfattas som märkliga, underlägsna och faktiskt innebära en statusförlust. Kulturella och sociala processer är således intimt sammanlänkade.

Referenser

- Berbyuk Lindström, Natalya 2008: *Intercultural communication in health care, Non-Swedish physicians in Sweden*. Göteborg: Göteborg universitet
- Bourdieu, Pierre 1990: *The logic of practice*. Cambridge: Polity.
- Broady, Donald 1991: *Sociologi och epistemologi. Om Pierre Bourdieus författarskap och den historiska epistemologin*. Stockholm: HLS Förlag.
- Faist, Thomas 2000: Transnationalization in International Migration. Implications for the Study of Citizenship and Culture. *Ethnic and Racial Studies*, 23(2):189-222.
- Geest, Sjaak van der och Kaja Finkler 2004: Hospital Ethnography. Introduction. *Social Science & Medicine* 54:1995-2001.
- Hörnfeldt, Helena 2009: *Prima barn, helt u.a. Normalisering och utvecklingstänkande i svensk barnhälsovård 1923-2007*. Göteborg: Makadam. (Diss.)
- Lundin, Susanne 1997: *Guldägget. Föräldraskap i biomedicinens tid*. Lund: Historiska Media.
- Neumann, Iver B. 1999: *Uses of the Other. "The East" in European Identity Formation*. Manchester: Manchester University Press.
- Wolanik Boström, Katarzyna 2005: *Berättade lin, berättat Polen. En etnologisk studie av av hur högt utbildade polacker gestaltar identitet och samhälle*. Umeå: Umeå universitet. (Diss.)

Öhlander, Magnus 2005: Kulturbundna främlingar. Kulturresonemang i texter om invandrarpatienter. I: Magnus Öhlander (red.): *Bruket av kultur. Hur kultur används och görs socialt verksamt*. Lund: Studentlitteratur.