

Dynamika migracji polskich lekarzy specjalistów do Danii

Dynamic of migration of polish medical specialist to Denmark

Piotr Dworzański, Uniwersytet Warszawski, Instytut Socjologii

STRESZCZENIE

Niniejszy artykuł opisuje strumień migracji polskich lekarzy specjalistów do szpitali w Północnej Danii po 2004 roku oraz proces ich adaptacji do nowego miejsca pracy. Migracja ta jest zjawiskiem wyjątkowym, ponieważ w jej wyniku kadra specjalistyczna niektórych szpitali składa się w ponad połowie z lekarzy zagranicznego pochodzenia.

Słowa kluczowe: migracja, Dania, lekarze specjaliści, personel wysoko wykwalifikowany.

This article describes the stream of migration of polish medical specialists to the hospitals in North Denmark after the year 2004 (when Poland joined the EU) and the process of their adaptation to the new work place. This migration is an unique phenomenon, because in its result, in some hospitals more than a half of the employees are doctors of foreign origin.

Keywords: migration, Denmark, medical specialist, highly qualified staff.

ABSTRACT

Wstęp

Polscy lekarze migrują do Danii co najmniej od połowy lat 60. XX wieku, jednak było to wtedy zjawisko niszowe. Wyjeżdżały pojedyncze osoby. Trend ten nasilił się po wejściu Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku, co jednocześnie zbiegło się z kryzysem medycznym w Danii, wynikającym ze zmian w prawie pracy lekarzy, które zmniejszyły maksymalny nakład pracy o niemal połowę oraz ze zmniejszonego naboru na studia medyczne, który wynikał z wcześniejszej nadpodaży specjalistów tej profesji. W wyniku zbiegu tych wszystkich okoliczności, migracja polskich lekarzy do Danii wzrosła kilkukrotnie, a w niektórych z duńskich szpitali nawet 30% personelu specjalistycznego stanowili Polacy. W skali Polski ten strumień migracji nadal pozostawał nieznaczny, a Dania nigdy nie przyjmowała więcej polskich lekarzy niż Wielka Brytania lub choćby sąsiednia Szwecja. Jednak na skalę duńską był to olbrzymi przyrwył lekarzy specjalistów, który odmienił służbę zdrowia zwłaszcza w Północnej Jutlandii, gdzie braki były najbardziej odczuwalne.

Niniejszy artykuł przedstawia dynamikę procesu tej migracji, uwzględniając motywy wyjazdu polskich lekarzy specjalistów oraz ich adaptację do nowego miejsca pracy. Został on podzielony na cztery części. W części pierwszej omówione zostają badania własne Autora, które dostarczyły materiału do napisania artykułu. W części drugiej wyłożone zostają podstawy teoretyczne badań nad migracją

personelu wysoko wykwalifikowanego, a w szczególności personelu medycznego. W części trzeciej przedstawiony zostaje materiał empiryczny z badań, prezentując dynamikę migracji lekarzy specjalistów do Północnej Jutlandii. Część ta jest podzielona na podrozdziały: decyzja o emigracji, początki nowego życia, adaptacja do nowego miejsca pracy. Podział ten odzwierciedla chronologię istotnych przeżyć w procesie migracyjnym. W części czwartej zawarte są najważniejsze wnioski z całości artykułu.

Metodologia badania

Niniejszy artykuł powstał w oparciu o szereg danych, zbieranych na przestrzeni lat 2012-2016. Wykorzystane zostały liczne źródła danych zastanych w postaci książek i artykułów naukowych oraz prasowych – polskich i duńskich, wiedza pozyskana w wywiadach eksperckich oraz w rozmowach z socjologami, specjalizującymi się w temacie migracji – także z obu krajów. Najważniejszą część informacji stanowią jednak dane uzyskane w trakcie wyjazdów badawczych Autora, które miały miejsce między latem 2014 roku, a wiosną 2016 roku, w trakcie których udało się zebrać obszerny materiał do analizy, dzięki wnikliwej obserwacji oraz wywiadam. W trakcie wyjazdów Autor zamieszkał z polskimi lekarzami w Hjørring, małym miasteczku w północnej Danii, gdzie mieści się siedziba i główna placówka szpitala Vendsyssel Sygehus. Mieszkając tam, miał okazję

obserwować codzienne życie lekarzy oraz ich rodzin, jak również uczestniczyć w spotkaniach towarzyskich – tak z innymi Polakami, jak i z Duńczykami. Szczególną okazją była możliwość uczestniczenia w *gadefest* – organizowanym corocznie „święcie ulicy” – wiele ulic w Danii obejmuje tradycja, w myśl której raz do roku mieszkańcy zamieszkujący przy danej ulicy spotykają się wspólnie – albo w ogródku jednego z mieszkańców (w dzielnicach domków jednorodzinnych) albo na środku ulicy (w dzielnicach o gęstszej zabudowie). Każdy przynosi coś do jedzenia i picia, rozpalają grilla lub ognisko i wspólnie się bawią. Autor miał też okazję uczestniczyć w pracy polskiego lekarza i obserwować jego działania w szpitalu. Przeprowadzonych zostało jedenaście wywiadów pogłębionych z polskimi lekarzami oraz jeden wywiad fokusowy z polskim małżeństwem, a także dziewięć wywiadów pogłębionych z duńskimi pracownikami szpitala na różnych stanowiskach – pięć z lekarzami, pięć z pracownikami administracyjnymi oraz dwa z pielęgniarkami (liczba wywiadów nie sumuje się do dziewięciu, ponieważ część lekarzy była także pracownikami administracyjnymi szpitala). Ponadto, przeprowadzone zostały dwa wywiady w Polsce, z lekarzami pracującymi w kraju, mające na celu weryfikację części informacji uzyskanych w wywiadach oraz dwa wywiady eksperckie z pracownikami firmy Paragona, zajmującej się rekrutowaniem m.in. polskich lekarzy do pracy w Skandynawii.

Podstawy teoretyczne

Migracja, jako zjawisko społeczne wśród pracowników służby zdrowia, jest trudna do analizowania. Zdaniem Ch. Wiskow (2006), stanowią oni relatywnie małą część wysoko wykwalifikowanych migrantów, a największy odpływ pracowników tego sektora dotyczy krajów Europy Wschodniej. Zastosowane przez nią zawężenie tematu badań, pozwoliło zwrócić szczególną uwagę na konkretny obszar (Rumunia, Czechy, Serbia i Chorwacja) i tym samym wyciągnąć wnioski dotyczące mobilności pracowników służby zdrowia w tym rejonie, ale także dotyczące polityki zdrowotnej Unii Europejskiej w ostatnich latach. S. Bach wskazuje, że emigracja pracowników służby zdrowia jest zdominowana przez czynnik przyciągający w postaci celowej rekrutacji zagranicznych specjalistów (Bach 2006). Jak wspomniano wcześniej, lekarze mają więcej powodów, niż te czysto ekonomiczne, aby podjąć decyzję o wyjeździe. Istotnym czynnikiem wypychającym ich z kraju pochodzenia jest spodziewany spadek relatywnej wysokości wynagrodzenia oraz ciągłe poczucie bycia niedocenianym (Marchal, Kegels 2003). P. Zurn stworzył model zależny od czynników, które należy brać pod uwagę,

analizując balans pracowników służby zdrowia (Marchal, Kegels 2003). Model ten uwzględnia czynniki odpowiedzialne za popyt i podaż na umiejętności pracowników tej branży, umożliwia jej szeroką analizę oraz identyfikację tych aspektów, które wpływają na zasoby ludzkie branży medycznej. Istotną cechą tego modelu jest fakt, że uwzględnia czynniki istotne dla tej konkretnie grupy specjalistów. Składa się on z trzech dziedzin: ekonomicznej, politycznej i strukturalno-społecznej. Niestety, model ten jest zbyt szeroki, żeby mógł znaleźć zastosowanie w niniejszym artykule, ale daje ogólny ogłęd zmiennych, które są związane ze środowiskiem pracowników służby zdrowia. Zurn pokazuje aż cztery możliwe formy opuszczenia rynku pracy przez profesjonalistów¹, podczas gdy Autora interesuje jedynie emigracja. Dodatkowo, problemem przy stosowaniu tego modelu jest brak porównywalnych danych między różnymi krajami, związany z brakiem spójności w klasyfikacji edukacji i umiejętności, co znacznie utrudnia komparatystykę na poziomie ponadnarodowym (Wiskow 2006). Ponadto, dobrze znany problem z brakiem rzetelnych empirycznych danych na temat migracji pracowników służby zdrowia (Stilwell i inni 2003), jak i migracji ogólnie (Grabowska-Lusińska, Okólski 2009) utrudnia pełne odwzorowanie przepływu profesjonalistów medycznych, a tym jego monitorowanie. Ministerstwo Zdrowia oraz rząd polski uznają wagę problemu (mz.gov.pl 2015), jednak ich próby monitoringu zawiodły, zważywszy, że jedyny raport Ministerstwa Zdrowia na ten temat pochodzi z roku 2006, zawiera szczerkowe dane i nie doczekał się kontynuacji. Opierał się przy tym na wątpliwych danych, jako że nie istnieją statystyki zdolne przekazać realną skalę zjawiska emigracji². J. Leśniowska przekonuje, że zjawisko to powinno być regularnie monitorowane, z uwzględnieniem problemów natury demograficznej i epidemiologicznej (Leśniowska 2005).

By przyrzeć się zjawisku migracji lekarzy specjalistów, niewątpliwie zaliczających się do grupy pracowników wysoko wykwalifikowanych, należy wspomnieć o cechach charakterystycznych tych grup. Po pierwsze, mają oni wyższe wymagania dotyczące korzyści płynących z inwestycji jaką poczynili we własną edukację (Sjaastad 1962). Jednocześnie jednak uzyskują oni ponadprzeciętne wynagrodzenie w kraju pochodzenia, co zwiększa koszty alternatywne decyzji o migracji (Makulec 2013). Po drugie, umiejętności i wiedza medyczna są bardzo silnie transferowalne (Dustman i inni 2010). Kompetencje potrzebne do pracy w polskiej i duńskiej służbie zdrowia są bardzo zbieżne i różnią

¹ Utrata pracy w wyniku śmierci lub choroby, funkcjonalna utrata pracy, starzenie się i emigracja.

² Tylko osoby, które się wymeldowały z Polski były brane pod uwagę, tymczasem prawdopodobnie większość migrantów nigdy oficjalnie nie zmieniła miejsca meldunku.

się przede wszystkim znajomością języka i umiejętnościami miękkimi, związanymi z odmienną organizacją i funkcjonowaniem służby zdrowia w obu krajach. Znaczenie różnic jest jednak znacznie umniejszone przez stosowanie międzynarodowej terminologii medycznej w języku łacińskim. Po trzecie, umiejętności medyczne mają unikalny charakter – są jednocześnie wyjątkowe, stopniowalne i ich rezultat, w przeciwieństwie do nich samych, jest nietransferowalny. Zwłaszcza ostatnia cecha odróżnia je od wielu umiejętności innego typu u pracowników wysoko wykwalifikowanych. Co do ogólnej zasady, lekarz musi znajdować się w miejscu świadczonej usługi, przy pacjencie. W przypadku wielu innych specjalistów istnieją na ogół znacznie większe możliwości zdalnego wykonywania obowiązków. Dlatego też, to właśnie w przypadku lekarzy kwestia migracji jest wyjątkowo istotna.

Dynamika migracji

Decyzja o emigracji

Emigracja polskich lekarzy specjalistów do Danii stanowi dość wyjątkowy model emigracji zarobkowej. Jak wynika z przeprowadzonych rozmów, od około połowy lat 90. większość wyjeżdżających korzysta z usług pośredniczących firm rekrutacyjnych. Oczywiście nadal istnieją pojedyncze osoby migrujące na innych zasadach, jak również kilku lekarzy, którzy wyemigrowali jeszcze przed 1989 rokiem, stanowią oni jednak znaczną mniejszość wśród cudzoziemskiego personelu medycznego. Migranci, którzy zdecydowali się skorzystać z usług firmy rekrutacyjnej, mieli zapewnione półroczne kursy języka duńskiego po 12 godzin dziennie od poniedziałku do soboty, a także możliwość zamieszkania na ten czas w kampusie firmy szkoleniowej. Otrzymywali w tym czasie stypendium w wysokości około 3 000 złotych miesięcznie, co stanowiło zaledwie około 60% ich dotychczasowego dochodu podstawowego. Większość z nich pracowała jednak wcześniej także w licznych dodatkowych miejscach, zatem stypendium stanowiło między 25 a 50% ich rzeczywistego dochodu. Badani stwierdzali jednak, że nie bali się o swoją przyszłą stabilność finansową, ponieważ kurs zaczynał się podpisaniem umowy przedwstępnej z duńskim szpitalem, która zobowiązywała go do przyjęcia lekarza do pracy po ukończeniu kursu. Oprócz nauki języka, uczono ich też duńskiej kultury i stylu życia. Oprócz półrocznego kursu, firmy rekrutacyjne uczestniczyły także w całym procesie zmiany miejsca zamieszkania. Opłaconą została profesjonalna firma przeprowadzkowa, na migranta czekało na miejscu wynajęte już mieszkanie tymczasowe z kaucją opłaconą przez szpital, w którym mieli pracować.

Zdarzały się również sytuacje, gdy umieszczano początkowo lekarza w internacie dla pielęgniarek przy szpitalu, jednak w obu przypadkach administracja szpitala udzielała wszelkiej pomocy w dalszych poszukiwaniach mieszkania lub domu na stałe, choć nie naciskali na pośpiech w tej sprawie – niektórzy lekarze do dziś mieszkają w mieszkaniach tymczasowych, 5 lat po przeprowadzce. Migranci dostali także możliwość sprowadzenia do siebie rodzin na bardzo korzystnych warunkach. Szpital oferował pomoc w znalezieniu odpowiedniej szkoły dla dzieci i pracy dla dorosłych członków rodzin. Co ciekawe, przez rodzinę rozumieli także partnerów nieformalnych oraz bardzo odległą rodzinę – stopień pokrewieństwa z lekarzem nie miał znaczenia.

W tym zinstytucjonalizowanym ruchu migracyjnym dominuje forma niezwykle zindywidualizowanej migracji. Jest to wyraźnie widoczne w języku, jakim respondenci opowiadają o swoim życiu od momentu podjęcia decyzji o wyjeździe. W ich wypowiedziach jest wyraźnie zaznaczony czynnik jednostkowego sprawstwa (ang. *agency*). Jeden wyjątek stanowił tutaj lekarz specjalista, który zdecydował się na emigrację przez firmę rekrutacyjną po tym, jak jego partnerka wyjechała w ten sam sposób. Jego opowieść łączyła elementy sprawstwa jednostkowego z zależnością od szlaku.

Na początku rozdziału wspomniane zostało, że jest to wyjątkowy model emigracji zarobkowej. Było to pewne uproszczenie, mające pozwolić na logiczne przejście do dyskusji o indywidualnym charakterze tego ruchu migracyjnego. Należy jednak się zastanowić czy rzeczywiście można nazwać tę emigrację „zarobkową”. Chociaż rzeczywiście niemal wszyscy respondenci przyznają, że ich sytuacja materialna uległa poprawie po zmianie miejsca zamieszkania, to zapytani o powody podjęcia tej decyzji, bardzo nieliczni wymieniają próbę poprawy sytuacji materialnej, a nawet ci, którzy o niej wspominają, rzadko wymieniają ją na pierwszym miejscu. Tutaj także zarysowuje się indywidualistyczny model migracji, jako że powody do migracji zupełnie się od siebie różnią. Jedy- nym silnym, wspólnym punktem, wymienianym przez niemal wszystkich, jest nadmiar pracy w Polsce i perspektywa lepszych warunków w Danii. Poza tym wymieniane także były takie powody, jak zła sytuacja towarzyska w pracy w Polsce, „system ordynatorsko-feudalny” [w. PL.M2.60]³, mały prestiż specjalisty, czy ciekawość świata.

Chociaż niektórzy twierdzą, że nie mieli żadnych obaw z tym związanych, większość wspomina różne troski, które trapiły ich w czasie poprzedzającym przeprowadzkę. Do najczęściej wspomnianych należy przede wszystkim troska o losy dzieci:

„Miałem obawę o los moich dzieci w Polsce, czy sobie

³ Oznaczenia wywiadów: (PL-Polak, DK-Duńczyk), (M-mężczyzna, K-kobieta; numer porządkowy), (kohorta np. 60 oznacza osobę w wieku 60-69 lat).

one poradzą beze mnie. W sensie takim emocjonalnym... etycznym, moralnym. W miękkich wartościach. Bo finansowo to wydawało się, że sobie poradzą, że jestem w stanie im pomóc na tyle, żeby się ustabilizowały. [...] Pomoc dzieciom to nie jest tylko dawanie pieniędzy, jest to taki generalnie nadzór, doradztwo, opieka emocjonalna, opieka wartościująca pewne rzeczy, pokazująca, że tak powiem górnolotnie, drogę życia. To jest dużo więcej niż być i dać jeść, i dać pieniądze. [...] Na odległość tych 1 500 kilometrów w kontakcie telefonicznym tylko, to nie jest to samo co w kontakcie bezpośrednim” [w. PL.M2.60].

Nie tylko jednak losy dzieci pozostawionych w kraju leżały na sercach migrantów, wyrażali oni także silną obawę o jakość życia dzieci, które zabrali ze sobą:

„Obawiałam się jak dzieci zareagują na wywrócenie ich życia do góry nogami” [w. PL.K2.60].

Drugą obawą, wyrażaną przez wielu respondentów, było nieporadzenie sobie z językiem – niektórzy mówili, że wiedzieli, że dadzą radę się porozumieć, jednak nie zadowolaby ich taka znajomość języka i oczekiwali od siebie płynnej komunikacji z autochtonami, inni, zwłaszcza ci, którzy w momencie emigracji mieli już ponad 50 lat, obawiali się, czy w ogóle dadzą radę przekazać swoje myśli po duńsku. Niezależnie od stopnia ambicji – bariera językowa stanowiła duże zagrożenie dla asymilacji w odczuciu lekarzy. Rzadziej wyrażano obawy o to, czy praca będzie ciekawa lub o poradzenie sobie bez pomocy rodziny (np. nie można poprosić babci o zajęcie się wnukami), ale także o status imigranta w Danii:

„Martwiłam się czy nie będę obywatelem drugiej kategorii” [w. PL.K1.50].

Firmy rekrutacyjne stosowały różne strategie zmniejszenia niepewności wśród lekarzy objętych programem. Udostępniano im najróżniejsze materiały na temat miejsca, do którego mieli pojechać, egzemplarze tamtejszej prasy, organizowano wyjazd do nowego miejsca pracy w połowie kursu, żeby mogli porozmawiać z szefostwem szpitala, z lekarzami, a także z innymi lekarzami, którzy przyjechali tam z Polski już wcześniej i mogli opowiedzieć o problemach z asymilacją.

Jak zostało już wspomniane, najsilniej wybijającą się cechą migracji polskich lekarzy specjalistów do Danii jest indywidualistyczny charakter tego procesu. Pozornie można tego nie zauważyć, jako że większość z nich emigruje z dużą częścią rodziny, jednak dokładnie się temu przyglądając,

można stwierdzić, że to rodzina emigruje za lekarzem – nie można mówić o wspólnej decyzji. Podobnie, nie jadą oni na ogół za znajomymi/rodziną, którzy przetarli wcześniej szlaki i nie sprowadzają osób w ten sposób za sobą, co jest charakterystyczne dla wielu przypadków migracji zarobkowej. Istotny jest także instytucjonalny wymiar tej emigracji – zaaranżowanie wszystkiego od początku do końca przez firmę rekrutacyjną. Jadą tam pewni pracy, jaką będą wykonywać, zarobków, jakich mogą się spodziewać, z porządnym przygotowaniem językowym i kulturowym – to także rzadko cechuje ruchy migracji zarobkowych i stanowi o unikalności opisywanego zjawiska.

Początki nowego życia

Pierwsze dni, tygodnie, miesiące po przyjeździe były nieodmiennie pełne emocji. Migranci musieli ułożyć sobie życie rodzinne, zawodowe i towarzyskie w całkowicie nowych warunkach. Nie można powiedzieć jednak, żeby byli rzućni na głęboką wodę, gdyż opieka instytucjonalna rozpościerała się nad nimi dużo dłużej, poczynając od wspomnianego załatwienia formalności związanych z pierwszym miejscem zamieszkania. Każdy mógł się także zgłosić do osoby wyznaczonej przez szpital do pomagania migrantom z wszelkimi formalnościami, a także przypominającej o obowiązkach, o których mogli nie wiedzieć. Taka osoba także chodziła z nimi do Urzędu Komuny, do banku, do różnych biur szpitala, służąc poradą, a w razie potrzeby również tłumaczeniem. Mogli się także zgłosić do niej z własnymi problemami, pytając na przykład o wybór szkoły dla dzieci lub pomoc w znalezieniu pracy dla małżonka, chociaż w przypadku tego ostatniego szpital akurat zawiódł polskich lekarzy – o ile znalezienie prac nisko wykwalifikowanych dla młodszych członków rodziny okazało się dość łatwe, to pomoc w powrocie do zawodu dla wysoko wykwalifikowanej dentystki przekroczyła możliwości szpitalnego konsultanta. Niemniej, respondenci jednoznacznie podkreślają że był on niezastąpioną pomocą w tych pierwszych dniach i miesiącach, kiedy czuli się szczególnie zagubieni.

Z podobnie ciepłym powitaniem spotkali się wśród personelu szpitala. Chociaż poczuli się niezauważeni niemal przez dyrekcję szpitala, bardzo doceniają, że od razu dostali umowy na identycznych warunkach, co ich duńscy koledzy. Niektórzy spodziewali się mniejszego wynagrodzenia w początkowym okresie, co, ku ich miłemu zaskoczeniu, nie miało miejsca. Zaczęli swoją pracę dwa tygodnie po przybyciu do Danii – był to czas na spokojną aklimatyzację, wymuszony także przez testy bakteriologiczne, które miały potwierdzić ich możliwość pracy w szpitalu. Już pierwszego dnia pracy dostali własne biuro, z włą-

snym nazwiskiem na drzwiach, ubranie także z własnym nazwiskiem, pager, telefon i instrukcję, zawierającą plan szpitala, ważne telefony, *etc.* Było to miłym zaskoczeniem dla osób przyzwyczajonych do kupowania własnego stroju roboczego i przebywania we wspólnym pomieszczeniu lekarskim. Po oprowadzeniu po szpitalu i przywitaniu się z pracownikami swojego oddziału, zostali oddelegowani do swoich zajęć.

Później, oczywiście, pojawiły się różne animozje i konflikty, wszyscy jednak podkreślają wyraźnie, że nie czuli żadnych uprzedzeń od samego początku, a nieporozumienia zdecydowanie nie miały tła etnicznego. Wszyscy wspominają, że z pierwszych dni pracy wracali strasznie zmęczeni nie z powodu pracy, którą wykonywali, ale z konieczności ciągłego skupienia na tym co mówili oraz co do nich mówiono.

Problemy z językiem są głównym tematem opowieści o początkach życia w Danii. Intensywny kurs przed wyjazdem, choć niewątpliwie bardzo pomocny, nie zapewnił jednak płynnego i bezstresowego porozumiewania się po duńsku.

„Po trzymiesięcznym kursie może mogliśmy coś napisać, może mogliśmy powoli mówić, ale były bardzo duże problemy z komunikacją w pracy. Ten żywy język mówiony jednak różni się od tego, którego my byliśmy uczeni” [w. PL.M1.40].

Przed wszystkim należy zwrócić uwagę, że język, którego można nauczyć się na kursie, różni się od tego, którym się rzeczywiście rozmawia. Wiele frazeologizmów, słów gwarowych czy powiedzeń umykało edukacji, jaką migranci odebrali przed wyjazdem. Żywy język jest ponadto bardziej dynamiczny, częściej używa się go w emocjach, lub po prostu niewyraźnie, co bardzo utrudniało zrozumienie rozmówcy.

Najcięższą jednak przeszkodą, zaraz po przyjeździe, były kontakty ze Szwedami. Ci, przyzwyczajeni do komunikowania się z Duńczykami po szwedzku, tak samo rozmawiali z dopiero co przybyłymi Polakami, wprowadzając ich często w konsternację. Języki te są na tyle do siebie podobne, że *native speakerzy* mają dużą łatwość porozumienia się, jednak stanowi to duże wyzwanie dla osób, które znają duński jako drugi język. Większość lekarzy się zgadza, że byli w stanie, przy sporym wysiłku, zrozumieć co do nich mówiono, ale mieli zdecydowanie większe problemy z przekazaniem własnych myśli.

„Na ogół rozumiałam co do mnie mówią i umiałam przekazać o co mi chodzi, ale to było dla mnie za mało” [w. PL.K1.50].

Dla wielu z nich stanowiło to duży dyskomfort, jako że mieli wobec samych siebie wyższe oczekiwania. Duńczycy jednak zdawali się być bardzo wyrozumiali wobec problemów językowych w odczuciu migrantów. Starali się na ogół mówić wolniej, głośniej, wyraźniej. Wielu z nich, słysząc tamany duński, odruchowo przechodziło na angielski. Co na ogół ułatwiało porozumienie (z wyjątkiem jednego lekarza, który nie znał angielskiego), ale było niechętnie przyjmowane przez lekarzy, którzy chcieli jednak szkolić język. Te sytuacje miały na ogół miejsce poza szpitalem, gdyż tam pamiętano, że należy pomagać nowym lekarzom szlifować zdolności językowe. Podobnie pacjenci nie wykazywali oznak zniecierpliwienia. Po części mogło się to wiązać z zakrojoną na szeroką skalę kampanią społeczną, informującą Duńczyków o akcji sprowadzania zagranicznych lekarzy, którzy są niezbędni dla sprawnego funkcjonowania duńskiego systemu opieki zdrowotnej. Dzięki temu wielu pacjentów podchodziło bardzo życzliwie i ciepło do polskich medyków, czasami nawet dziękując im za przybycie do tego kraju. Migranci wysoko wykwalifikowani najczęściej są postrzegani życzliwiej przez rdzennych mieszkańców kraju przyjmującego, bowiem, w przeciwieństwie do nisko wykwalifikowanych, nie są postrzegani jako konkurencja na rynku pracy (Madaj 2009). W przypadku lekarzy efekt ten może być potęgowany przez szczególny charakter usług, jakie świadczą.

Oczywiście największe problemy z językiem pojawiały się jednak właśnie w pracy, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych. W nagłych wypadkach potrzebna była szybka komunikacja i zwięzłe przekazanie informacji o stanie pacjenta, dotychczasowym leczeniu lub charakterze problemu, który się właśnie pojawił. Wtedy też Polacy czuli się szczególnie upośledzeni językowo. Często jechali np. karetką do wypadku, nie wiedząc właściwie, co zastaną na miejscu. Tutaj z pomocą im przyszło, wspomniane już wcześniej, duże doświadczenie zawodowe, które pozwoliło szybko ocenić sytuację po samym spojrzeniu na pacjenta. Prowadziło to też wielokrotnie do sytuacji, kiedy lekarz, który powinien wydać swoje dyspozycje dotyczące pacjenta telefonicznie, szedł na salę, żeby zobaczyć sytuację samemu i tym samym lepiej wiedzieć, co się dzieje. Często towarzyszyły temu uprzejme zapewnienia Duńczyków, że doktor nie musi się fatygować osobiście.

„Jak się spojrzy na pacjenta, to wiadomo o co chodzi. A nazwy leków i części ciała są międzynarodowe” [w. PL.M2.60].

Problemy z językiem prowadziły także do ciekawego paradoksu. O ile w Polsce lekarz całą dokumentację doty-

czącą pacjenta sporządza pisemnie, to w Danii nagrywa ją na dyktafon i potem, jeśli zajdzie potrzeba, jest ona transkrybowana przez sekretarkę. Ma to na celu zaoszczędzenie czasu lekarzy oraz niepotrzebnej makulatury. Jednak, w związku z trudnościami z płynnym posługiwaniem się duńskim, zwłaszcza aktywnie, Polacy na początku zapisywali wszystkie uwagi na kartce, żeby później odczytać ją do dyktafonu.

Aby lepiej poznać język, lekarze doszkalali się na wiele sposobów. Przede wszystkim przez rozmowy, gazety i oglądanie telewizji. Zwłaszcza to ostatnie okazywało się czasem wyjątkowo płodnym zajęciem. Jedna anestezjolog wspomina, że akurat kiedy przyjechała, w telewizji emitowany był serial medyczny w języku angielskim, a że duńska telewizja ma zwyczaj transmitować zagraniczne produkcje z duńskimi napisami, zamiast dubbingu czy lektora, pozwoliło jej to szybko doszlifować fachowe słownictwo. Wiele osób zapisało się także na dodatkowe kursy językowe oferowane przez szpital dwa razy w tygodniu, po dwie godziny. W sytuacjach kryzysowych, większość lekarzy przyznaje, że posługiwała się językiem angielskim. Zwłaszcza dla komunikowania liczebników, których konstrukcja w języku duńskim jest wyjątkowo skomplikowana. Różne formy doszkalania językowego pozwoliły większości migrantów w podobnym czasie osiągnąć komunikatywny, satysfakcjonujący ich poziom języka – po pół roku⁴. Jeden z badanych wspominał nawet, że utrudniło mu to komunikację po angielsku, bo duński zajął w jego głowie miejsce drugiego języka i powrót do mówienia po angielsku wymagał od niego dużo większego wysiłku niż wcześniej, kiedy był to jedyny język, którym dobrze władał, poza polskim.

Jednak aklimatyzacja to nie tylko odnalezienie się w nowym miejscu pracy i problemy z językiem. Migranci musieli także zaadaptować się do nowych warunków kulturowych, zarówno w jej wymiarze niematerialnym, jak i materialnym. Z tym pierwszym nikt nie doświadczył raczej większych problemów we własnym odczuciu. Większość lekarzy szybko przesiadła się z samochodów na rowery w codziennej komunikacji, co stanowi normę w Danii. Przeważało także na inny system spożywania posiłków czy dostosowali się do faktu, że wszyscy mówią do siebie po imieniu. Z drugiej strony, kultura *stricte* materialna była przyczyną sporego szoku kulturowego u wszystkich badanych. Ceny w Danii są niesamowicie wysokie w porównaniu z Polską. Dotyczy to zwłaszcza produktów spożywczych i innych dóbr

⁴ Wyraźny wyjątek stanowił tu najstarszy z lekarzy udzielających wywiadu, który poczuł się pewnie z językiem duńskim dopiero po 5-6 latach, był to jednak odosobniony przypadek, związany najprawdopodobniej z wiekiem, w którym emigrował (ponad 50 lat) oraz faktem, że po pracy prawie nie miał kontaktów z językiem duńskim, ze względu na wyjątkowo intensywne życie rodzinne z Polakami.

pierwszej potrzeby, które potrafią kosztować nawet 1 000% ceny polskiej. Największym problemem w pierwszych tygodniach było odruchowe przeliczanie cen na złotówki, co powodowało duży dyskomfort przy wszelkich zakupach. Potrzeba było na ogół kilku wypłat, które w przeliczeniu na złotówki także były niestęchanie wysokie, żeby oduczyli się tego odruchu i odnosili ceny do swoich możliwości nabywczych, a nie do cen w Polsce:

„Pierwsze co musieliśmy zrobić – przestać przeliczać ceny na złotówki, bo one są tutaj zaporowe. I odnosić to bardziej do naszych dochodów” [w. PL.M1.40].

Podobne problemy pojawiły się przy płaceniu podatków, które dla lekarzy w Danii sięgają około 50% dochodu, to jednak szybko umieli sobie sami wyjaśnić, że widzą wszędzie wokół siebie efekty tych wysokich podatków. Wiele osób wspominało, że nie ma nic przeciwko płaceniu takich podatków, kiedy mogą sami stwierdzić, że nie są to pieniądze marnowane czy w pełni defraudowane.

Na początku emigracji lekarze mieli silne wsparcie instytucjonalne ze strony firmy rekrutacyjnej, która ich wysłała oraz szpitala, w którym pracowali. Nie pokryło to wszystkich obiecanych pól, ale niewątpliwie bardzo ułatwiło start w nowej sytuacji. Nie licząc problemów językowych, większość migrantów bez problemu weszła w nową sytuację zawodową, spotykając się z ciepłym powitaniem, warunkami pracy lepszymi niż w Polsce oraz uznaniem dla ich dużego doświadczenia.

Najtrudniejszą do pokonania barierę stanowił język duński, zwłaszcza przy dyżurach telefonicznych. Była to jednak tylko kwestia czasu, zanim poczuli się pewnie w codziennej komunikacji. W większości przypadków zajęło to pół roku codziennego obcowania z językiem. Największym problemem adaptacyjnym wydaje się sytuacja rodzinna, która nierzadko pełna była dramatycznych sytuacji i owocowała kategorycznymi decyzjami, diametralnie zmieniającymi kształt dalszego życia rodzinnego.

Adaptacja do nowego miejsca pracy

Jak zostało wspomniane wcześniej, lekarze jadący do Danii za pośrednictwem firm rekrutujących mieli zapewnione miejsce pracy już w momencie podejmowania kursu językowego. Dało im to poczucie stabilności nieporównywalnie większe niż migrantom, którzy opuszczają kraj w nadziei znalezienia zatrudnienia dopiero na miejscu. Umowa od razu gwarantowała takie same warunki, jakie proponowano duńskim lekarzom o podobnym doświadczeniu. Nie licząc krótkiego okresu wdrożeniowego, Polacy byli trakto-

wani identycznie jak Duńczycy lub inni imigranci. Można powiedzieć, że ich etniczność szybko „roztapiała się” w warunkach pracy, jeśli nie liczyć wspomnianych wcześniej problemów językowych.

Podobnie dobrze, jak duński personel szpitalny, na obecność zagranicznych lekarzy reagowali pacjenci. Z licznych kampanii społecznych i informacyjnych wiedzieli jak wygląda sytuacja zatrudnienia w duńskiej służbie zdrowia oraz o zapoczątkowanej akcji masowego ściągania pracowników medycznych zza granicy, szczególnie do placówek jutlandzkich. Mimo problemów z komunikacją, pacjenci wykazywali dużą dozę zrozumienia i cierpliwości, a także życzliwego zainteresowania – pytali o kraj pochodzenia, warunki w tym kraju oraz interesowali się jak lekarze odnajdują się w Danii. Czasami dzieci w wieku nastoletnim sprawiały problemy i były celowo złośliwe wobec lekarzy, ale poza tą grupą, jak twierdzą respondenci, byli ciepło witani przez miejscowych chorych.

Zwykle wykształcenie zdobyte przez migrantów w kraju pochodzenia jest w początkowym okresie migracji niedoceniane przez ludność kraju przyjmującego i dopiero z czasem okazuje się uzupełnieniem umiejętności nabytych w nowym miejscu (Makulec 2013).

Polacy byli jednak od początku bardzo cenieni za duże doświadczenie i umiejętności w zawodzie. Wynikało to przede wszystkim z dwóch powodów – po pierwsze, polski lekarz, mając przepracowanych tyle samo lat, co duński, ma przepracowanych dużo więcej godzin. Czasami ponad dwukrotnie więcej. Po drugie, w Polsce lekarze mają znacznie szerszy zakres obowiązków. W Danii więcej czynności jest wykonywanych przez pielęgniarki. Wielu lekarzy po opuszczeniu szkoły medycznej nigdy lub prawie nigdy nie robiła wkłucia czy intubacji pacjenta, podczas gdy dla polskich lekarzy jest to codzienność. Byli zatem od początku bardzo chwaleni za znajomość rzemiosła wyniesioną z kraju wysyłającego. Jak wspomina jeden z rozmówców:

„Ta praca nie była dla mnie żadnym problemem, mogłem ją wykonywać z zamkniętymi oczami. [...] Kompleksów zawodowych nie mam żadnych. Raczej wprost przeciwnie. Moja skromność tylko nie pozwala mi się wbić w dumę” [w. PL.M2.60].

Nie mieli także problemów z dostosowaniem się do technik pracy w nowym miejscu. Jeden z lekarzy wspomina, że po opuszczeniu polski musiał się od początku uczyć zakładania blokad nerwów obwodowych, ponieważ w Polsce ta technologia jest nieużywana. Nie znajduje to jednak

potwierdzenia w innych wywiadach, w tym także tych poczynionych w Polsce ze specjalistą anestezjologiem. Najprawdopodobniej należy to potraktować jako osobiste pominięcie respondenta. Podobnie pulmonolog wspominał, że musiał rozszerzyć swoją wiedzę o różne aspekty podstaw alergologii, ponieważ w Danii jest to jedna specjalność – pulmonologia z alergologią, podczas gdy w Polsce traktowane są one oddzielnie.

Z czasem pojawiały się jednak konflikty. Nie miały one, zdaniem badanych, podłoża etnicznego, a wyłącznie osobiste. Czasem wiązało się to jednak z łatwością wykorzystania sytuacji nieznamośności zwyczajów lub języka duńskiego przez Polaków. Dobrze to obrazują dwa przykłady:

„Nieznajomość języka została wykorzystana przez lekarza duńskiego, żeby zwinąć winę na mnie. Za moimi plecami poinformował rodzinę o tym, co będzie robione z pacjentem, a kiedy ja zrobiłam co innego, była afera w szpitalu. Inny duński lekarz wstawił się za mną i wyjaśnił sytuację u szefa, a ten ostro opieprzył winnego [...] Pielęgniarka zdarzało się podczas operacji komentować w sposób mało wybredny moje poczynania. Pytała „Ty robiłaś to już kiedyś?”. Napisałam potem skargę na tę pielęgniarkę i została pouczona przez przełożonego. Niedługo później została wywalona za inne uchybienia tego typu [w. PL.K2.50].

Większość problemów interpersonalnych, o których wspominają, jeśli miała, ich zdaniem, podłoża kulturowe lub etniczne, to tylko w podobnym wymiarze – wykorzystania niewiedzy lub braku pewności osoby spoza Danii. Sam problem wynikał jednak z indywidualnej złej woli stron. Dlatego też niektórzy wspominali, że czasami łatwiej było im się porozumieć z innymi Polakami, którzy tak jak oni rozumieli trudny adaptacji do nowego miejsca pracy. Siatka Polonii rozwijała się także z powodu możliwości rozmawiania w ojczystym języku – dla wielu, zwłaszcza nowoprzybytych lekarzy, rozmawianie cały dzień po duńsku było dużym wysiłkiem, niemal fizycznym. Musieli cały dzień żyć w napięciu, starając się nie stracić nic z prowadzonych rozmów. Możliwość chwilowego odpoczynku i zmiany języka na rodzimy przynosiła im dużą ulgę.

Ważna też była pewna różnica w kulturze zawodowych kontaktów międzyludzkich w Polsce i Danii. W Polsce współpracownicy informują się nawzajem o tym, jakie mają o sobie zdanie, co ich zdaniem robią dobrze, z czym mają problemy, nad czym muszą popracować. Bywa to oczywiście źródłem konfliktów, jednak w naturalny sposób następuje przepływ informacji.

W Danii o takich rzeczach się nie mówi. W każdym razie nie wprost do zainteresowanej osoby. Zarówno pozy-

tywne jak i negatywne uwagi są, co najwyżej, dyskutowane między pozostałymi członkami personelu. Dlatego też Polacy tworzyli prywatny obieg informacji, zbierając informacje o sobie nawzajem i przekazując sobie, co inni pracownicy mówią na ich temat. Pozwalało im to pozostawać lepiej poinformowanymi, nie naruszając kulturowej tradycji kraju przyjmującego.

Kluczową różnicą między pracą lekarzy specjalistów w Polsce i Danii jest struktura hierarchiczna i kultura pracy. Jest to ściśle związane z różnicami w tradycji i kulturze tych dwóch krajów. Ma to szczególnie wyraźny wyraz w strukturze pracy w szpitalu.

„Nie jest to dobrze widziane, gdybyś dał komuś odczuć, że jesteś ważniejszy do niego. Tu nie ma takiej afirmacji wyższego wykształcenia. Jak ktoś jest hydraulikiem, to on jest tak samo ważny jak inżynier albo profesor. Bo on robi swoją pracę, wykonuje ją dobrze i należy mu się szacunek” [w. PL.M2.60].

Polscy lekarze od początku mieli problemy z odnalezieniem się w spłaszczonej strukturze obowiązków i powinności, a także spłaszczonej symbolicznie – w Danii nie ma formuł grzecznościowych obecnych w Polsce, mających wyrażać szacunek dla osoby o wyższym statusie.

„Wszyscy komunikują się po imieniu, na równym poziomie. Bo każdy jest fachowcem w tym, co robi” [w. PL.M2.60].

O ile szybko przyszło im dostosowanie się do normy mówienia *per Ty* do ordynatora czy kierownika i traktowali to jako zasłużony przywilej, o tyle kontakty z osobami, które w Polsce były znacznie niżej od nich, były zarzewiem wielu problemów, które czasem owocowały tylko złym samopoczuciem lekarza, a czasem kończyły się oficjalnymi skargami.

Szczególnie jest to widoczne w kontaktach z pielęgniarkami, które mają w Danii znacznie większą władzę i są mniej zależne od lekarza, ale przede wszystkim czują się znacznie swobodniej w kontakcie z lekarzami często dając temu jawny wyraz:

„W Polsce [...] większość pielęgniarek, zdecydowana większość, nie dyskutuje z lekarzem i ma szacunek do tego, co powiedział doktor (sic!) [...] natomiast tutaj niestety jest troszkę takiego równouprawnienia. To akurat jest minus Danii. Tutaj pielęgniarki mają dużo do powiedzenia. [...] No i czasami trzeba stoczyć z nimi batalię. Czasami dochodzi do sytuacji konfliktowych” [w. PL.K2.50].

„Tutaj pielęgniarka jest dla Ciebie partnerem w pracy. W Polsce, to ona miała słuchać tego, co ja mówię i nie dyskutować” [w. PL.M2.60].

„Bez względu na to czy pielęgniarka jest mądra czy głupia i czy ma wiedzę czy jej nie ma, to uważa, że może dyskutować ze mną na temat jakiś moich wytycznych. [...] To dla mnie był szok!” [w. PL.K1.50].

„Jeśli człowiek się nie liczy z pielęgniarkami, to wylatuje z roboty” [w. PL.M3.40].

To tylko niektóre cytaty, pokazujące napięcie, jakie istnieje w kontaktach między polskimi lekarzami, a duńskimi pielęgniarkami. Oczywiście nie są to grupy silnie zantagonizowane, wielu lekarzy ma bardzo dobre kontakty z większością pielęgniarek i wzajemnie, jednak w sytuacjach konfliktowych boleśnie odczuwają zmianę stosunków, jaka się odbyła wraz z przekroczeniem granicy. Większe możliwości pielęgniarek to nie tylko praca na własną rękę, bez konieczności zdawania raportów lekarzowi, ale także, a może przede wszystkim, możliwość kwestionowania zaleceń lekarza. Pielęgniarka ma prawo pytać i poddawać w wątpliwość wszelkie zalecenia lekarza, a jeśli odbiegają one wyraźnie od procedur szpitalnych, lekarz ma obowiązek się dokładnie wytłumaczyć. Nie wszyscy jednak mieli problem z przystosowaniem się do tych warunków. Jeden z badanych wspomina:

„Nie miałem problemu dostosowaniem się, bo zawsze pracowałem z pielęgniarkami w sposób zespołowy” [w. PL.M3.40].

Znamienne wydaje się, że ostatnia wypowiedź padła z ust najmłodszego z badanych. Opisane powyżej problemy na ogół sprowadzają się do utyskiwań lekarzy na niewłaściwe zachowania pielęgniarek, narzekania we własnym gronie lub przy rodzinie. Powoduje to u nich pewien dyskomfort, ale rzadko jest przedmiotem jawnego sporu. W jednym przypadku respondentka wdała się w kłótnię w pielęgniarkę, która kwestionowała jej autorytet i domagała się wyjaśnienia powodu stosowania metody odmiennej od zalecanej przez procedurę szpitala. Ostry spór skończył się oficjalną skargą respondentki na pielęgniarkę, jednak po wyjaśnieniu sprawy to respondentka dostała upomnienie i została poproszona o stosowanie się do reguł szpitala.

Mimo wszystko, polski system pracy, opisywany przez jednego z respondentów jako „ordynatorsko-feudalny”, nie jest przez Polaków jawnie zachwalany, a przez wielu wręcz

krytykowany. Różnica w statusie pielęgniarek jest nie tylko arbitralna, wynikająca z etosu kraju, ale jest także związana z zakresem obowiązków:

„Zdecydowanie mniej jest się na Sali operacyjnej z pacjentami do takich prostych zabiegów. To wykonują pielęgniarki albo personel słabiej przeszkolony” [w. PL.K2.50].

Potwierdza się to we wszystkich wywiadach – w Polsce lekarz zajmuje się wszystkim wokół pacjenta, a pielęgniarka ma rolę *stricte* pomocniczą. W Danii lekarz specjalista osobiście zajmuje się tylko wyjątkowo skomplikowanymi przypadkami, a i przy nich częściej tylko wydaje polecenia, niż coś fizycznie robi. Większość ciężaru fizycznej pracy spada na pielęgniarki, ale także w przypadku prostych, rutynowych zabiegów, mają one możliwość osądzania o dawkach i stosowanych metodach. Zawsze mają wtedy możliwość zwrócenia się do lekarza po radę, jeśli czują, że tego potrzebują, nie jest to jednak od nich wymagane, jeśli uważają, że dadzą sobie radę same. Różnica w sposobie pracy jest szczególnie widoczna wśród anestezjologów. W Polsce lekarz anestezjolog musi być obecny przy każdej operacji wymagającej znieczulenia i dopatrywać stanu pacjenta. Co ciekawe, oni sami uważają, że jest to pewna strata ich czasu – poza momentem znieczulenia i wybudzenia, nie są tam szczególnie potrzebni i równie dobrze mogliby być wzywani tylko w razie komplikacji. Jeden z respondentów opowiadał, że dużą częścią jego pracy w Polsce było „picie kawy i czytanie gazety podczas operacji”. Czasami czytali na głos, żeby chirurg się nie nudził podczas rutynowych zabiegów. Duński system wydaje się pod tym względem dużo bardziej efektywny – jeden anestezjolog zajmuje się na ogół jednocześnie 4-6 salami zabiegowymi. Na większości z nich nie jest nawet obecny, jedynie jest dostępny w swoim gabinecie pod telefonem, na wypadek gdyby pielęgniarka zajmująca się znieczuleniem potrzebowała instrukcji lub wezwania nagłej pomocy. W rzadkich przypadkach, kiedy wiadomo, że planowana operacja będzie skomplikowana i niesie ze sobą duże ryzyko wypadku, celowo planuje się mniej operacji, żeby lekarz był w stanie baczniej opiekować się jednym przypadkiem. Jeden z rozmówców wspomina, że ta zmiana w charakterze pracy była powodem momentu zawahania na początku. Przyzwyczajony do bycia w środku wydarzeń i oglądania operacji każdego dnia, zaczął się nudzić siedząc cały czas w gabinecie i wydając stamtąd tylko dyspozycje dotyczące pracy. Z czasem został jednak przeniesiony na oddział, który wydał mu się ciekawszy i pozostał w Danii.

Podobnie jak pielęgniarki, które przejęły większość pracy fizycznej od lekarzy, sekretarki przejęły większość pracy

związanej z dokumentacją. Nie muszą oni już samodzielnie wypełniać wszelkich diagnoz, dyspozycji, historii leczenia, *etc.* Większość tego typu dokumentacji wypełniają głośowo, używając dyktafonu. Potem jest to odsyłane do sekretarek, a następnie spisywane w razie potrzeby. Na tę formę odciążenia z pracy żadne z nich nie narzekają w dłuższej perspektywie, chociaż, jak zostało wspomniane, w związku z początkowymi problemami językowymi dostarczało im to tylko więcej pracy, zamiast zmniejszać jej ilość.

Mogłoby się zdawać, że spłaszczona struktura szpitala i egalitarny charakter stosunków zawodowych w Danii owocować będzie mniejszym prestiżem lekarza-specjalisty w Danii niż w Polsce. Poniekąd tak jest – głównie w związku ze zbliżeniem ich pozycji do pozycji pielęgniarki, odczuwają oni znacznie mniejszy prestiż wykonywanego zawodu pośród załogi szpitala. Nie ma to jednak przełożenia na stosunki z pacjentami i innymi ludźmi na zewnątrz szpitala. Niektórzy z respondentów uważają, że prestiż specjalisty wśród pacjentów jest podobny do prestiżu w Polsce, a inni, że jest wręcz większy – w związku z innym podziałem obowiązków pacjenci znacznie rzadziej widują specjalistę w ogóle. Otwartym jednak pozostaje pytanie, jak długo ten system da radę się utrzymać pod napływem siły roboczej przyzwyczajonej do zupełnie innych stosunków w pracy. Jeden z lekarzy wspomina:

„Kiedy przyjechałem było egalitarnie, ale z czasem jest coraz bardziej jak w Polsce. Zaczynałem mając jednego szefa, teraz mam pięciu” [w. PL.M3.40].

Pomimo, że w Polsce czuli większy prestiż wewnątrz struktury szpitala, w Danii lekarze czują się znacznie bardziej szanowani przez pracodawcę. Poza wspomnianym już wcześniej rodzajem umowy, który od samego początku był identyczny, jak w przypadku ich duńskich kolegów, wspominają, że daje się odczuć szacunek dzięki warunkom pracy.

„Bardziej się szanuje pracownika. Nie obciąża się go pracą w nadmiarze” [w. PL.K2.50].

Przede wszystkim chodzi o czas pracy. To, co powoduje, że polscy lekarze są szanowani za swoje doświadczenie, jest też elementem dobrych warunków pracy duńskich lekarzy – Polacy pracują nawet na dwa etaty i dodatkowo dorabiają w licznych pracach prywatnych. Tydzień pracy potrafi sięgać dla nich nawet ponad 80 godzin. Dyżury przeciągają się czasem do 2-3 dób ciągłej pracy z nocowaniem w pracy, na niewygodnej kanapie w pokoju lekarskim. Tymczasem w Danii tydzień pracy lekarza nie może być dłuższy niż 36 godzin i prawo to jest restrykcyjnie przestrzegane.

Po każdym dyżurze ma on obowiązek odpoczywać przynajmniej jedną dobę. Dyżury odbywa w swoim prywatnym gabinecie, wyposażonym w łóżko polowe lub rozkładaną kanapę i wszelkie udogodnienia typu telewizor, komputer z dostępem do Internetu, *etc.* Ponadto, specyfiką zawodu lekarza jest także obowiązkowy tydzień wolnego po każdym 5 tygodniach pracy. Czas ten jest w 100% płatny i nie zabiera dni z urlopu, który przysługuje lekarzowi w danym roku. Same urlopy także mają inną dynamikę – po pierwsze, w Danii urlop jest w 100% płatny. W Polsce teoretycznie było tak samo, jednak dotyczyło to tylko dochodu z pracy etatowej, zatem zdecydowanie się na urlop ucinano dochód lekarza do około 20-30% tego, co normalnie zarabiał. Dla niektórych otworzyło to okno na urlopy zagraniczne – jeden z badanych wspomina, że w Polsce wyjeżdżał najdalej na Mazury, ponieważ mógł zostawić na jeden wieczór dzieci same i wrócić do Warszawy, wykonać najbardziej opłacalne operacje, wracając na wakacje następnego dnia. Po drugie, szpital naciska na lekarzy, żeby wykorzystywali swoje urlopy. W Polsce często było to wręcz źle widziane, tymczasem w Danii dopiero w ekstremalnych sytuacjach pozwala się lekarzom spieniężyć czas urlopu.

Nie należy także zapominać o wyższym dochodzie. W nielicznych przypadkach dochód ten jest bardzo nieznacznie wyższy do tego uzyskiwanego w Polsce, ci badani jednak muszą dużo mniej pracować – spędzają w pracy mniej niż połowę tego czasu, co kiedyś. Pozostali jednak wspominają, że zarobki w Danii są zauważalnie większe. Nie bez powodu jednak Autor wspomina o tym pod koniec wymieniania zalet pracy w Danii – tak też wspominali o tym respondenci. Częściej niż o „wyższych dochodach” mówili raczej o „większej swobodzie finansowej” lub ubierali to w podobne sformułowania. Nie narzekali na swoje zarobki w Polsce, które na ogół pozwalały im na zaspokojenie nie tylko podstawowych potrzeb, jednak zauważają, że po przyjeździe do Danii po jakimś czasie tracą zwyczaj dokładnego porównywania cen w sklepach czy wybierania hotelu na wakacje ze względu na niższą cenę – bardziej skupiają się na standardzie, miejscu czy widokach. Tymczasem sytuację w Polsce dobrze opisuje nieco humorystyczna wypowiedź jednego z respondentów:

„W Polsce z lekarzami często jest tak, że oni kupują na kredyt samochód, którym potem jeżdżą do dodatkowej pracy, żeby spłacić kredyt na samochód, a potrzebują samochodu, bo jeżdżą do dodatkowej pracy” [w. PL.M1.40].

Nowe miejsce pracy dało im więcej czasu i dodatkowe przychody, które pozwoliły im poczuć się ludźmi bardziej wolnymi.

Mimo, że Polska i Dania leżą blisko siebie i oba kraje identyfikują się jako należące do kultury europejskiej, różnice kulturowe między tymi dwoma krajami są zauważalne i mocno odbijają się na miejscu pracy. Zarówno struktura hierarchiczna, warunki, jak i kultura pracy są bardzo odmienne od tych, które lekarze mieli okazję poznać w Polsce. Nie jest to przepaść, której nie są w stanie pokonać, różnice są raczej niewielkie, potrafiące jednak mocno zachwycić, jak i bardzo zirytować. Niemniej, migranci stosunkowo szybko adaptują się do nowej sytuacji. Co ciekawe, zapytani o moment poczucia stabilizacji zawodowej, w większości podawali czas około roku po przeprowadzce, chociaż powód był za każdym razem inny – dla jednego stabilizacją zawodową był awans, dla innego oferta innej pracy i związane z tym usilne prośby szefa o pozostanie w tej pracy, a jeszcze inna osoba wspomina o uzyskaniu tytułu konsultanta (duń. *overlæge*). Jedynie lekarz, który wyemigrował mając już ponad 50 lat, powiedział że czuł się stabilnie w pracy od pierwszego tygodnia, kiedy, jak mówi, stwierdził, że ma większe doświadczenie zawodowe niż cały jego oddział razem wzięty.

Wnioski

Chociaż z punktu widzenia odpływu specjalistów z Polski, emigracja lekarzy do Danii nie jest ruchem masowym, to w kraju przyjmującym, a szczególnie w Północnej Jutlandii, tworzy to szczególną sytuację, w której niejednokrotnie ponad połowa personelu specjalistycznego szpitala jest cudzoziemskiego pochodzenia, a pośród tych imigrantów najliczniejszą grupę stanowią Polacy. Nie wyjeżdżają oni tam jednak kierowani względami *stricte* finansowymi, a raczej w poszukiwaniu innego stylu życia. Zarobki respondentów nie różniły się znacząco w obu krajach (w przeliczeniu na wartość koszyka dóbr), ale żeby osiągnąć ten dochód poświęcali znacznie mniej czasu. To właśnie dodatkowy czas wolny, który mogli zagospodarować według własnego pomysłu, jest najczęściej wymienianą i uważaną za najważniejszą motywację do ruchu migracyjnego.

Chociaż adaptacja do nowego miejsca pracy przebiega bez większych ekscesów, nie jest ona jednak bezproblemowa. Odmienne kultura, która przekłada się na stosunki w pracy, powoduje problemy przystosowawcze dla większości Polaków. Szczególnie egalitarna struktura społeczna i związana z tym spłaszczona hierarchia w miejscu pracy prowadzi do tarć między migrantami, a duńskimi pielęgniarkami, które mają znacznie większy zakres obowiązków i samodzielności niż ich polskie odpowiedniczki.

Bibliografia

1. Bach S., (2006) *International Mobility of Health Professionals Brain Drain or Brain Exchange?* Tokyo: United Nations University.
2. Dustman C., Fadlon I., Weiss Y., (2010) *Return Migration, Human Capital Accumulation and Brain Drain*, "CREAM Discussion Paper Series" 13/10.
3. Grabowska-Lusińska I., Okólski M., (2009) *Emigracja ostatnia?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR 2009.
4. Leśniowska J., (2005) *Problem migracji polskiej kadry medycznej (Problem related to the emigration of Polish health workers)*, „Polityka Społeczna”, nr 4.
5. Madaj B., (2009) *The migration of medical doctors from Poland to the United Kingdom following the expansion of the European Union in May 2004*, Londyn: praca doktorska, University College London.
6. Makulec A., (2013) *Konsekwencje migracji wysoko wykwalifikowanego kapitału ludzkiego dla krajów wysyłających na przykładzie personelu medycznego*, Warszawa: „Working Papers”, Ośrodek Badań nad Migracjami.
7. Marchal B., Kegels G., (2003) *Health workforce imbalances in times of globalization: brain drain or professional mobility?*, "International Journal of Health Planning and Management", Wiley & Sons, Ltd.
8. mz.gov.pl/wwwmz/slajd?mr=q101&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&mt=&my=565&ma=07876 [23.02.2015].
9. Sjaastad L.A., (2003) *The Costs and Returns of Human Migration*, "The Journal of Political Economy", tom 70.
10. Stilwell B., Diallo K., Zurn P., Vujicic M., Adams O., Dal Poz M., (2003) *Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management*, WHO ref No.03-009480.
11. Wiskow Ch., (2006) *Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*, Geneva: International Labour Office.

