

Lise Widding Isaksen

Dynamika globalnego handlu opieką: Pielęgniarki migrantki w Norwegii

W 2003 roku Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN), federacja zrzeszająca 125 narodowych stowarzyszeń pielęgniarskich i reprezentująca miliony pielęgniarek na całym świecie, zainicjowała Projekt Globalnej Siły Roboczej Pielęgniarek (Global Nursing Workforce Project), by zbadać światowy niedobór w zatrudnieniu pielęgniarek i wzory ich migracji. W marcu 2004 roku opublikowano pierwszy raport w ramach projektu: „Światowe niedobory zarejestrowanych pielęgniarek – przegląd i działania” (Buchan i Calman 2004). Raport ten nazywał międzynarodowe migracje jednym z trzech krytycznych wyzwań, jakie napotykają twórcy polityk i rzecznicy dostępu do bezpiecznej, odpowiedniej i dostępnej finansowo opieki zdrowotnej we wszystkich regionach świata. Rekrutacja na szeroką skalę drenuje wiele krajów z pielęgniarek. Także wielu pielęgniarkom nie przynosi korzyści w życiu prywatnym i rozwoju zawodowym (Kingma, 2006). Norwegia jest jednym z bogatych krajów, które stanęły w obliczu niedoboru pracowników opieki. Politycy szacują, że Norwegia będzie potrzebować 150 tys. nowych wykwalifikowanych pracowników opieki zdrowotnej w latach 2010-2025 by zaspokoić rosnące potrzeby opieki nad starzejącą się populacją. Rząd konstruuje deficyt opieki jako problem ilościowego niedoboru pielęgniarek i pracowników opieki, i określa międzynarodową rekrutację jako rozwiązanie deficytu opieki. Poprzez aktywną międzynarodową rekrutację Norwegia uczestniczy w światowym łańcuchu opieki i tworzeniu transnarodowych polityk dotyczących kryzysu opieki. Przyczyny dla których Norwegia doszła do tego punktu są złożone i różnorodne.

Ruchy społeczne, takie jak Związek Zawodowy Pielęgniarek, utrzymują, że nowe reformy systemu ochrony zdrowia sprawiły, iż wzrosło obciążenie pracą pielęgniarek, a ich wynagrodzenia się zmniejszyły. Ostatnie reformy wprowadziły więcej mechanizmów rynkowych do ochrony zdrowia. Szpitale, jak również domy pielęgniarskie¹ zmuszone zostały do cięcia kosztów i redukcji zatrudnienia. Niektóre usługi zostały zlecone na zewnątrz, zmieniły się warunki pracy. Związek zawodowy interpretuje niedobory pielęgniarek, które pojawiły się w połowie lat 90., jako rezultat niskich płac i ciężkich warunków pracy szczególnie w przypadku opieki nad osobami starszymi, oraz nowych możliwości w prywatnym sektorze rynku pracy dla pielęgniarek. To ważna część

1 *Nursing homes* gdzie pielęgniarki zajmują się pacjentami. (Przyp. tłum.)

obrazu sytuacji pielęgniarek, wróćę zatem powiązania między reformami a niedoborem pielęgniarek w podsumowaniu tekstu.

Moim celem jest zaprezentowanie feministycznej analizy przyczyn kryzysu opieki i co się nań składa, oraz przeanalizowanie instytucjonalnych odpowiedzi na deficyt opieki. Toteż przyjrę się jak reżimy migracyjne organizują międzynarodową rekrutację pielęgniarek, jak lokalne rynki pracy reagują na przybycie imigrantek i jakie są osobiste doświadczenia samych imigrantek.

Relacje płci a lokalne deficyty opieki

Tradycyjny podział płci w rodzinie

W Norwegii do tej pory nie udało się rozwiązać problemu równości płci na poziomie podziału pracy w obrębie rodzin. Nawet jeśli młodzi ojcowie uczestniczą w społecznej i emocjonalnej opiece nad dziećmi, to na kobietach wciąż spoczywa główna odpowiedzialność za prace domowe i pracę opiekuńczą, także wtedy gdy pracują na pełen etat (Lorentzen and Lappegård, 2009). „Nieobecni ojcowie” cały czas stanowią problem w życiu codziennym rodzin z małymi dziećmi. W przypadku rodzinnej opieki nad potrzebującymi pomocy matkami i ojcami w podeszłym wieku, można mówić o „nieobecnych synach”. We współczesnej norweskiej kulturze opieki tylko 13% rodzin deklaruje, że zajmą się starszą matką czy ojcem we własnym domu. Badania pokazują, że norwescy mężczyźni znacznie częściej niż kobiety odpowiadają, że podejmą się opieki nad osobą starszą jeśli zajdzie taka potrzeba. Jednakże praktyka życia codziennego pokazuje, że to kobiety zajmują się opieką i odpowiadają bardziej niechętnie niż mężczyźni na pytanie czy chciałyby opiekować się starszymi rodzicami w swoim własnym domu (Slagsvold, B., et. al. 2009). Na poziomie kulturowym relacje między męskością a opieką uwidacznia następujące zjawisko: podczas gdy współcześni młodzi ojcowie z dumą opowiadają publicznie o zmienianiu pieluszek i kąpaniu dzieci, nadal nie mamy do czynienia z sytuacją, kiedy mężczyźni w wieku 40 czy 50 lat dzielą się doświadczeniami zmieniania pieluch swoim matkom czy ojcom cierpiącym na nietrzymanie moczu lub też pomagania im w kąpielu. Zarówno publicznie jak i prywatnie opieka nad starszymi stała się zjawiskiem o niskim statusie i prestiżu, w dużej mierze związanym z uwiązaniem ciała i nieprzyjemną intymną opieką.

Demograficzne zmiany i integracja kobiet na rynku pracy

Norweski deficyt opieki związany jest również z faktem, iż jesteśmy świadkami demograficznej zmiany w kompozycji populacji. Poprawa jakości warunków życia i wzrost długości życia doprowadziły do sytuacji, gdzie coraz więcej dzieci ma przyjemność dorastania zarówno z dziadkami jak i pradziadkami. Liczba osób powyżej 80 roku życia wzrasta, natomiast grupa powyżej 85 roku życia wzrasta najszybciej. Z drugiej strony, wskaźniki płodności wzrosły i zmieniły się wzorce prokreacyjne. Współczesne młode kobiety więcej lat poświęcają edukacji niż wcześniej, odkładając urodzenie pierwszego dziecka na później. Średnia wieku dla matek pierwszego dziecka w 2008 roku wynosiła 28 lat (Central Statistics Norway). Kobiety pomiędzy 30 a 40 rokiem życia rodzą 126 dzieci na 1000 kobiet (2008). Kobiety w tej grupie są matkami małych dzieci nawet jeśli są już dobrze po 40-tce. Dodatkowo, zauważalna jest grupa kobiet po 50 roku życia, które urodziły mając niewiele ponad 20 lat. Wiele z tych kobiet jest babkami, a współczesne babki pracują na pełen etat. Co jest nowością to fakt, że babki mają swoich żyjących ojców i matki, którzy mogą potrzebować codziennej opieki. W sieciach rodzinnych, kobiety między 45 a 60 rokiem życia są jak „ściśnięte w kanapce”, bo oczekuje się od nich zarówno pracy zawodowej w charakterze pracownic opieki, jak i wypełniania roli babć i córek w rodzinie. Koncepcja podwójnego obciążenia w tym pokoleniu nie do końca oddaje łączenie pracy zarobkowej i pracy opiekuńczej, ponieważ w przypadku opieki kobiety mają podwójne zobowiązania. Oczekuje się od nich, że wyciągną pomocną dłoń, przy zajmowaniu się wnukami swoich pracujących dzieci, i zarazem zaopiekują się swoim słabowitym rodzicom. Kobiety w średnim wieku często redukują pracę zarobkową, by podjąć się opieki nad starszymi rodzicami. Podczas gdy większość starszych rodziców jest pod opieką członkiń rodziny, osoby potrzebujące większej pomocy i opieki otrzymują ją z publicznej opieki zdrowotnej. 2 na 3 słabowite osoby starsze potrzebujące opieki całodobowej mieszkają w domach pielęgniarstkich czy w finansowanych przez państwo domach starości. 1/3 z zależnych osób starszych jest pod opieką domowników, co oznacza, że 200 tys. osób między 50 a 60 rokiem życia łączy opiekę nad starszymi członkami rodziny z pracą zarobkową (Veenstra et. al. 2009). Kobiety częściej niż mężczyźni redukują godziny pracy zarobkowej kiedy ich rodzice potrzebują opieki. Ten tradycyjny upłciowiony podział pracy w rodzinie jest kamieniem węgielnym niepłatnej produkcji opieki w sferze prywatnej.

W 1980 roku tylko 45% kobiet między 40 a 55 rokiem życia pracowało na pełny etat. W 1997 roku 56% z tej grupy wiekowej pracowało w pełnym wymiarze godzin, 28% pracowało między 20 a 36 godzin w tygodniu, a 16% spędzało między 1 a 19 godzinami w tygodniu w pracy płatnej. W 2008 roku około 85% kobiet między 25 a 55 rokiem życia miało płatne zatrudnienie (Central Statistics Norway 2008). Oznacza to, że opieka wcześniej

zapewniana przez matki, siostry i córki w układach rodzinnych zmieniała się w popyt na publiczną opiekę. Lokalne władze zajmujące się pomocą społeczną nie dysponują wystarczającymi zasobami finansowymi, by sprostać rosnącym potrzebom i wiele współczesnych rodzin jest przeciążonych obowiązkami opieki nad dziećmi, starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny. Innymi słowy, mamy do czynienia z rosnącą luką między podażą a popytem, jak również między publicznymi i prywatnymi usługami opieki. W sferze prywatnej spowodowało to rosnący popyt na imigrantów pracujących w domach, na przykład na *au pairs* (Bikova, 2008, Øyen, 2009) przez co obecnie około 3 tys. *au pairs* (70% z Filipin) pracuje dla norweskich rodzin. W sferze publicznej jak również w państwie opiekuńczym, międzynarodowa rekrutacja wykwalifikowanych i niewykwalifikowanych pracowników opieki jest polityczną i ekonomiczną odpowiedzią na deficyt opieki.

Norwegia i międzynarodowa rekrutacja pielęgniarek

Ogólnie rzecz ujmując, pielęgniarce różnią się od innych imigrantów ponieważ mają zakres wyboru oraz są pożądane jako wykwalifikowany personel w wielu krajach. Dysponują międzynarodowo uznawanymi kwalifikacjami, których brakuje na skalę światową. Wiele migrujących pielęgniarek wybiera pracę w krajach, gdzie będą mogły sprowadzić rodzinę i gdzie ich mężowie będą mogli podjąć pracę (Yeates, 2009). Norwegia doświadczyła dwóch okresów znaczącego niedoboru pielęgniarek. Pierwszy datuje się na lata 70., kiedy kobiety weszły na rynek pracy i opieka rodzinna musiała zostać zastąpiona publiczną opieką dla dzieci i osób starszych. Drugi okres miał miejsce w połowie lat 90., i był konsekwencją zmian na rynku pracy oraz pojawienia się atrakcyjnych ofert dla pielęgniarek w sektorze prywatnym. Jako że strategie nakierowane na lokalne rozwiązania zawiodły, norweski rząd wdrożył program rekrutacji międzynarodowej (A- Etat) prowadzony przez grupę pracodawców ze szpitali i domów pielęgniarstwa, władze z państwowych urzędów pracy oraz migracji, oraz Związek Zawodowy Pielęgniarek. Projekt A-Etat był realizowany w Polsce, Finlandii i Niemczech. W Polsce rekrutację prowadzono w Warszawie, Poznaniu w latach 2001-2003, ostatecznie zatrudniono 127 polskich pielęgniarek.

Program został zbadany i przeanalizowany przez antropolożkę społeczną Riemsdijk (2006) i socjolożkę Susan Savides (2005). Riemsdijk (2006) badała program z perspektywy wykwalifikowanych imigrantów i koncentrowała się na strukturalnych, indywidualnych doświadczeniach i skutkach. Wśród problemów z jakimi stykały się imigrantki, zidentyfikowała nieznajomość języka, brak potwierdzenia wykształcenia, ograniczony

dostęp do lokalnych rynków pracy. W kontekście narodowym państwo norweskie odgrywało kluczową rolę w kształtowaniu warunków dla imigrantek. Riemsdijk (2006) prowadziła badanie terenowe, by zbadać warunki pracy pielęgniarek w Oslo i w Warszawie, przeprowadziła wywiady z kadrą zarządzającą projektem A-Etat oraz polskim i norweskim departamentem ds. usług zdrowotnych. Rozmawiała również z 23 polskimi pielęgniarkami w Norwegii, 14 pracodawcami poszukującymi polskich pielęgniarek celem ich zatrudnienia, 9 pielęgniarkami w Polsce, oraz z polskim i norweskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek. Savides (2005) przeprowadziła badanie w Berlinie i rozmawiała z 11 polskimi i niemieckimi pielęgniarkami o doświadczeniach migracji i transnarodowym życiu rodzinnym.

Warunki migracji

Program A-Etat oferował pielęgniarkom nieodpłatny 12 tygodniowy kurs norweskiego w Polsce i opłacenie kosztów podróży. Po przyjeździe do Norwegii każda pielęgniarka otrzymywała 20 tys. koron norweskich (2,3 tys. euro) na pokrycie wydatków związanych z osiedleniem się w nowym kraju. Program rekrutacyjny pozwalał na przywiezienie ze sobą rodzin i oferował pomoc przy znalezieniu zakwaterowania.

Zgodnie z regulacjami dotyczącymi wykwalifikowanych pracowników imigracyjnych, imigrantki otrzymywały zezwolenia na pracę na rok, i po trzech latach mogły starać się o stałe zezwolenie na pobyt. Podczas pierwszych trzech lat w Norwegii każda pielęgniarka musiała podpisać trzyletni kontrakt z pracodawcą i podjąć pracę w zakontraktowanym domu pielęgniarskim czy szpitalu. W programie A-Etat zatrudniano tylko pielęgniarki z co najmniej 3-letnim wykształceniem pielęgniarskim, które obejmowało 4,6 tys. godzin nauki i praktyk, co oznaczało poziom magistra pielęgniarstwa. Dodatkowo, od kandydatek do pracy wymagano aby umiały się posługiwać językiem angielskim lub niemieckim, co wykluczało starsze pielęgniarki, które kształciły się w czasach komunistycznych, kiedy nauka języka angielskiego czy niemieckiego nie była upowszechniona. Wszystkie rozmowy kwalifikacyjne w Warszawie prowadzono po angielsku lub niemiecku, co było strategią faworyzowania młodszych pielęgniarek z umiejętnościami językowymi. Jako że tylko 2% polskich pielęgniarek ma tytuł magistra, w rzeczywistości Norwegia przyjęła bardzo selektywne podejście i zatrudniała tylko najlepiej wykwalifikowane pielęgniarki.

Aby podjąć pracę w Norwegii jako wykwalifikowane imigrantki, pielęgniarki musiały dostać autoryzację z

Państwowego Urzędu Autoryzacji Specjalistów Opieki Zdrowotnej (The Public Office for Authorization of Health Care Professionals SAFH). Obecnie wszystkie pielęgniarki kształące się w krajach UE nabywają uznanie kwalifikacji automatycznie. Program A-Etat rozpoczął się przed wejściem Polski do Unii Europejskiej i każda pielęgniarka musiała się wówczas ubiegać o uznanie kwalifikacji w Norwegii. Jeśli SAFH uznał, że pielęgniarka wykształconej za granicą brakuje kursów, których wymaga norweski system nauczania, mógł przyznać tymczasowe zezwolenie na pracę w formie „pielęgniarki licencjonowanej”, dopóki wymagana wiedza i umiejętności nie zostaną uzupełnione. Licencję przyznawano na 3 miesiące. Licencjonowana pielęgniarka musiała pracować pod kierownictwem zarejestrowanej pielęgniarki i nie mogła podejmować samodzielnych decyzji tak jak w pełni wykształcona profesjonalistka. Zgodnie z norweskim „Prawem dla profesjonalnych grup zawodowych w ochronie zdrowia, paragraf 48” SAFH może wymagać zdania określonych egzaminów, odbycia więcej godzin nauki i/lub wyższych umiejętności praktycznych tak aby „właściwy poziom wiedzy został osiągnięty”, zanim licencja zostanie przekształcona w autoryzację (czyli uznanie kwalifikacji).

Tytuł magistra nie jest gwarancją uzyskania autoryzacji. Po przyjeździe do Norwegii niektóre pielęgniarki ze stopniem magistra zetknęły się z wyższymi wymaganiami dotyczącymi wykształcenia, szczególnie w dziedzinie geriatry i psychologii. Pielęgniarki z polskim tytułem magistra musiały dołączyć do pierwszego roku studiów pielęgniarskich i podejść do egzaminów. Jak odkryła Riemsdijk (2006), dla wielu z nich było to degradujące i upokarzające doświadczenie. Ich 5-letnie wykształcenie wyższe, które uzyskały w Polsce, nie zostało uznane za wystarczająco dobre w porównaniu z 3-letnim wykształceniem w Norwegii. Po wejściu Polski do UE w 2004 roku polskie pielęgniarki nie potrzebują już kursów norweskiego czy innych lokalnych egzaminów. Każdy pracodawca jest teraz odpowiedzialny za ich umiejętności i uznanie kwalifikacji.

Doświadczenie pracodawców

Media interesowały się tematem niskiej jakości praktyk rekrutacyjnych prowadzonych przez pracodawców zatrudniających pielęgniarki z mniej zamożnych krajów. Można jednak wyróżnić szereg różnych podejść i doświadczeń pracodawców. Menadżerowie z norweskich szpitali i domów pielęgniarskich przyznają, że polskie pielęgniarki są stabilną siłą roboczą i zostawają w Norwegii na dłużej w porównaniu z pielęgniarkami z Niemiec i Finlandii. Jako że niemieckim i fińskim pielęgniarkom łatwiej było znaleźć zatrudnienie w macierzystych krajach, przebywały na emigracji krócej niż ich polskie koleżanki. W Norwegii Polki cieszyły się opinią ciężko pracujących,

solidnych pielęgniarek o wysokim etosie zawodowym. W kontraście do swoich norweskich współpracownic, mniej korzystały z przysługujących im praw, takich jak urlop zdrowotny na chore dziecko. Riemsdijk, (2006) odkryła, że wielu norweskich pracodawców uważało, że norweskie pielęgniarki mogłyby przejść nieco z polskiego etosu pracy. Jednakże niemieckie pielęgniarki postrzegano jako bardziej elastyczne, cieszyły się też wyższym statusem i miały więcej samodzielności niż w Niemczech. „W Niemczech lekarze myślą, że jesteśmy tylko od opróżniania basenów” (Savides 2005).

Płeć i pochodzenie etniczne

Badania nad kulturami opieki wskazują, że różne kraje przyjmujące konstruuja etniczne hierarchie pracowników opieki zgodnie z panującymi w nich wyobrażeniami dotyczącymi płci i kultury. W amerykańskiej kulturze opieki kobiety kolorowe (i Latynoski) stereotypowo postrzega się jako lepsze opiekunki niż kobiety białe (Ehrenreich and Hochschild 2002). We Włoszech zatrudnia się Polki do opieki nad osobami starszymi zgodnie z przekonaniem, że opiekują się lepiej i z większym szacunkiem do starszych niż Włoszki (Isaksen, 2007). W Norwegii menedżerowie domów pielęgniariskich uważają, że Polki mają lepsze podejście do starszych pacjentów, odnoszą się do nich cieplej i z większym szacunkiem niż miejscowe pielęgniarki. Niektórzy uważają, że opieka nad starszymi jest bardziej serdeczna, ponieważ w Polsce więcej rodzin żyje ze starszym pokoleniem w jednym domu. Jedna z kierowniczek „Beate”, esencjalizowała tę opiekę mówiąc, że polskie pielęgniarki opiekują się bardziej „naturalnie” niż norweskie (2006).

Pielęgniarstwo stało się bardziej płciowo zróżnicowanym zawodem (Huebner 2007), i płeć odgrywa ważną rolę w konstruowaniu hierarchii etnicznych. W badaniu dotyczącym programów rekrutacyjnych Savides (2005) przeanalizowała pielęgniarki i pielęgniarzy z Niemiec i porównała ich status z polskimi pielęgniarkami. Odkryła, że norwescy pracodawcy postrzegali niemieckie pielęgniarki jako bardziej „takie jak my”, podczas gdy Polki postrzegano jako „zagranicznych Innych”. We wszystkich przypadkach kierownictwo szpitali preferowało niemieckich pielęgniarzy uważając, że łatwiej integrują się ze środowiskiem pracy niż polskie pielęgniarki. Menedżerowie przyjmowali, że Niemcy i Niemki szybciej uczą się norweskiego niż Polki, a niemieccy pielęgniarze szybciej pokonują szczeble społecznej i zawodowej kariery. Ich męski projekt kariery ukierunkowany był na dobrze płatne stanowiska w administracji i stanowiska związane z technologią w ochronie zdrowia.

W odróżnieniu od nich, polskie pielęgniarki skłaniały się ku stanowiskom na oddziale i przy łóżku pacjenta w domach pielęgniarskich. Niektórym nie udało się zdobyć autoryzacji z powodu problemów językowych. Podczas gdy wszyscy pracownicy z Niemiec uzyskali autoryzację, polskie pielęgniarki musiały pracować dłużej, by uzyskać „licencję” i przez to zarabiałły mniej niż niemieccy i norwescy współpracownicy. Sabina, jedna z pielęgniarek z Warszawy, doświadczyła utraty statusu, przechodząc od pozycji jednej z liderek na oddziale w szpitalu w zurbanizowanej Polsce, do bycia „bezimienną imigrantką” w wiejskiej Norwegii. Inna, Teresa, utraciła „licencję” z powodu problemów językowych i musiała podjąć pracę na stanowisku asystentki pielęgniarki, co wiązało się z niższym statusem i niższą płacą, niż świadczyłyby jej kwalifikacje.

Nawet jeśli polskie pielęgniarki jako grupa zawodowo skorzystały mniej niż pracownicy z Niemiec, to zarabiałły 10 razy więcej od swych koleżanek w Polsce i uzyskały wysoki status społeczny i ekonomiczny w swoim kraju. W porównaniu do niemieckich pielęgniarek, polskie pielęgniarki miały mniejsze możliwości rozwoju kariery w Norwegii, jednakże jak zauważa Savides (2005), niezależnie od problemów i utraty statusu, większość pielęgniarek była zadowolona z polepszenia jakości życia, którą uzyskały dzięki norweskim zarobkom.

Rasizm i dyskryminacja

Reputacja „ciężko pracujących” ma też negatywne strony. Kierownictwo oczekiwało, że polskie pielęgniarki będą skłonne pracować w nadgodzinach, w weekendy oraz w święta. W jednym domu pielęgniarskim kierownik powiedział „Nie moglibyśmy świętować Bożego Narodzenia bez pracujących polskich pielęgniarek”. Kiedy Riemsdijk przeprowadzała wywiady z pielęgniarkami, opowiadano jej, że wiele z nich czuło się dyskryminowanych z powodu marginalizacji i wykluczenia z życia społecznego w miejscu pracy. Musiały walczyć z lokalnymi uprzedzeniami dotyczącymi Polaków i ich niższości wobec Norwegów, opartych na przekonaniach, że „Polacy są biedni i brudni”. Jedna z rozmówczyń opowiadała, że koleżanka chciała uczyć ją korzystać z noża i widelca dając do zrozumienia, że Polacy nie znają zasad zachowywania się przy stole. Niektóre doświadczyły dyskryminacji ekonomicznej, kiedy w niektórych domach pielęgniarskich zdecydowano się płacić im „polskie pensje”, zamiast płacić im indywidualnie i stosownie do wiedzy, umiejętności i kwalifikacji. W niewielkiej liczbie miejsc Polkom płacono mniej niż norweskim pielęgniarkom nawet jeśli ich wykształcenie i jakość pracy były takie same i wykonywane na tych samych oddziałach.

Życie rodzinne również nie okazywało się proste. Wykształceni mężowie mieli trudności ze znalezieniem odpowiedniej pracy i uznaniem ich kwalifikacji w Norwegii, jako że wielu z nich miało problemy z nauką języka norweskiego. Ta sytuacja stanowiła wyzwanie dla tradycyjnego podziału ról w rodzinie. Pielęgniarki stały się głównymi dostarczycielkami dochodów w rodzinie ponieważ nawet jeśli mężowie znajdowali prace, to były to stanowiska dozorców w domach pielęgniarstkich, sprzątaczy i pracowników kuchni w szpitalach. W porównaniu do mężów pielęgniarki doświadczały polepszenia pozycji społecznej, zarabiając więcej niż w kraju macierzystym i wiele z nich osiągnęło zawodowe uznanie w nowej pracy. Agencje rekrutacyjne zdawały sobie sprawę z problemów, jakie mogą napotkać mężowie pielęgniarek. Jak pisze Savides (2005), w programie A-Etat były ukryte założenia dotyczące selekcji chętnych. Preferowano osoby niezamężne, jako że Polscy mężczyźni mieli w Norwegii opinię „pijaków”. Ponadto agencja uważała, że bezrobotni mężowie będą stanowić emocjonalny ciężar i źle wpływać na jakość pracy pielęgniarek. Ogólnie rzecz ujmując założenia programu A-Etat nie brały pod uwagę możliwości opiekuńczej męskości w postaci ciepłych i wspierających mężów, jak również z uwagi na ścisłą heteronormatywność nie uwzględniały istnienia pielęgniarek lesbijek i pielęgniarzy gejów.

Analiza kryzysu opieki

Norweski kryzys opieki wiąże się z kwestiami płci i problemami strukturalnymi. W sferze prywatnej tradycyjny podział pracy ze względu na płeć nadal się utrzymuje, nawet jeśli młodzi ojcowie biorą większy udział w społecznej i emocjonalnej opiece nad dziećmi. Światowy niedobór pielęgniarek i pracowników opieki jest wynikiem zmian demograficznych i wzrostu uczestnictwa kobiet w rynku pracy. Synowie i bracia w średnim wieku oferują opiekę nad starzejącymi się rodzicami w znacznie większym zakresie niż było to dawniej, jednak większość opieki nad starszymi wykonują kobiety. Popyt na publiczne usługi związane z opieką zaistniał jako rezultat braku równości płci w rodzinnej opiece i wskutek wejścia kobiet na rynek pracy. Program rekrutacyjny A-Etat był instytucjonalną odpowiedzią na pojawienie się lokalnego kryzysu opieki zakorzenionego w normach relacji płci związanych z niskim społecznym i ekonomicznym znaczeniem pracy opiekuńczej i niewystarczającym politycznym zrozumieniem wpływu polityk równości płci na państwo opiekuńcze.

Praca opiekuńcza była i jest uważana za pracę kobiecą nawet jeśli pielęgniarstwo stało się bardziej zróżnicowane pod względem płci (Huebner, 2007). Zarobki są niskie w porównaniu do zawodów z podobnym wykształceniem,

szczególnie opieka nad starszymi staje się coraz bardziej nisko płatną pracą wykonywaną przez imigrantów. Zgodnie ze statystykami SAFH za rok 2008, większość pielęgniarek imigrantek w Norwegii pochodzi z innych krajów nordyckich lub północnych części Europy takich jak Niemcy, Polska czy Litwa. Między 2001 a 2008, 13 482 pielęgniarki z obcym obywatelstwem uzyskały autoryzację. Na wykonywanie zawodu w Norwegii. Z krajów spoza Europy autoryzację uzyskało 314 pielęgniarek z Filipin, 52 z Korei Południowej, 42 z Indii i 35 z Iranu. W latach 2002-2004 rocznie przyjeżdżało około 100 pielęgniarek z Filipin. Po 2008 liczba ta wzrosła. W samym 2008 roku przyjechało ich 270 i oczekuje się, że te liczby się jeszcze zwiększą. Pielęgniarki imigrantki pracują głównie w państwowych domach pielęgniarstwach, w opiece domowej i w państwowych domach starości. Obecnie w stolicy Norwegii – w Oslo co trzeci pracownik opieki w państwowym sektorze opieki nad starszymi pochodzi z nieeuropejskiego kraju (Høst and Homme, 2008).

Jak wskazuje Kingma (2006), emigracja nie zawsze przynosi pielęgniarkom zadowolenie w życiu prywatnym i w pracy zawodowej. Polskie i niemieckie pielęgniarki zatrudnione w programie A-Etat integrowały się jako wykształcone imigrantki, jednak regulacje państwowe dotyczące warunków migracji zapoczątkowały rodzaj zawodowej segregacji poprzez instytucjonalne wypychanie do określonych sektorów rynku pracy. Publiczna opieka nad starszymi oferuje mniej możliwości rozwoju zawodowego niż szpitale medyczne i naznaczona jest stygmatą, związaną z rodzajem intymnej i osobistej opieki nad zależnymi osobami starszymi. W perspektywie nierówności społecznych można uznać, iż pielęgniarki imigrantki pozwalają utrzymać społeczny status pielęgniarek domowych, jako że Polki pracują dłużej, w nadgodzinach i na ciężkich zmianach, takich jak w Boże Narodzenie. Jednakże część imigrantek uważa, że praca w domach pielęgniarstwach jest dla nich pozytywnym doświadczeniem, ponieważ mogą pracować samodzielnie i mają wpływ na sytuację pracy (Riemsdijk 2006). Porównując zarobki do tych w kraju wysyłającym, płace w Norwegii należą do dobrych. Poza doświadczeniem dyskryminacji w miejscu pracy i problemami rodzinnymi trzeba odnotować, że większość polskich i niemieckich pielęgniarek zyskało więcej ekonomicznej władzy i indywidualnej autonomii.

Migracje i reforma ochrony zdrowia

W Norwegii nowa reforma ochrony zdrowia została zapoczątkowana w 2001 r. Inspiracją dla niej były neoliberalne idee i organizacja szpitali publicznych i innych medycznych placówek zgodnie z modelem wziętym z korporacji biznesowych, oparta na zwiększaniu efektywności kosztów. Obecnie nie dysponujemy żadnymi

danymi empirycznymi, które by sprawdziły, jak reforma zdrowia może wpływać na międzynarodową rekrutację pielęgniarek. Zdaniem Związku Zawodowego Pielęgniarek skutkiem reformy była racjonalizacja i komercjalizacja usług zdrowotnych, co doprowadziło do pogorszenia warunków pracy.

W publicznych zakładach opieki coraz bardziej doświadczają się niedoborów wykwalifikowanego personelu oraz pozbawionego współczucia i fabrycznego podejścia do organizacji opieki. Pomimo tych zmian zdaniem związku zawodowego pielęgniarki nadal *chcą* być pielęgniarkami, jednak złe płace, pogarszające się warunki pracy i dodatkowe godziny pracy sprawiają, że ta grupa zawodowa jest zmęczona. Sondaż przeprowadzony przez Stowarzyszenie Pielęgniarskie pokazuje, że większość chce pracować w zawodzie, do którego uzyskała przygotowanie. Powrót nawet 10 tys. pielęgniarek do pracy byłby możliwy, gdyby poprawiły się wynagrodzenia i warunki pracy. Biorąc pod uwagę podział pracy ze względu na płeć w rodzinie oraz ceny opieki nad dziećmi i usług przedszkolnych, wiele pielęgniarek odkrywa, że zostaje im niewiele po opłaceniu żłobka i kosztów dojazdu. Według związku, wyższe płace i wyższe dodatki za pracę w nocy i wieczorem mogłyby przyciągnąć więcej norweskich pielęgniarek z powrotem do wykonywania zawodu.

Sytuacja obecnie jest o tyle niekomfortowa, ponieważ o ile przybywa młodych ludzi chcących zdobyć pielęgniarskie wykształcenie, mniej ludzi chce pracować w sektorze opieki nad osobami starszymi, głównie ze względu na niedobory personelu, cięcie kosztów, ciężkie warunki pracy i niskie płace w porównaniu do innych podobnych miejsc pracy w publicznym sektorze opieki. Segregacja zawodowa sprawiła, że opieką nad osobami starszymi w jednej trzeciej zajmują się imigranci. Ta nowa wielokulturowa różnorodność nie jest na tyle ekscytująca czy interesująca by przyciągnąć lokalną młodzież. Ostatnie badania pokazują, że młodsze pokolenia mniej interesują się pracą opiekuńczą, ponieważ kojarzy się ona ze staroświeckim modelem pulchnej, matkującej kobiety i muskularnych mężczyzn wykonujących cięższe prace (Bakken, 2009). W Stanach Zjednoczonych sytuacja wygląda nieco inaczej. Nowe badania dowodzą, że opieka staje się bardziej akceptowalna jako część współczesnych kultur męskości. Huebner (2007) odkrywa, że wielu pielęgniarzy wybrało ten zawód, ponieważ ceni wartość opieki i chce pomagać ludziom, oraz że dzięki pielęgniarstwu osiągnęli wewnętrzną satysfakcję, ponieważ ich praca odmieniała życie innych ludzi.

Praca opiekuńcza jest emocjonalnie wynagradzająca i stanowi podstawę każdej społecznej produkcji bezpiecznej i odpowiedniej opieki zdrowotnej. Neoliberalne reformy w sektorze ochrony zdrowia, a szczególnie

w sektorze opieki nad starszymi wydają się negatywnie wpływać na jakość warunków pracy pielęgniarek. Wzrost obciążenia liczbą pacjentów oraz nadgodziny stają się normą. Podczas gdy pielęgniarce miejscowe masowo odchodzą od opieki nad starszymi, norweska polityka migracyjna otwiera się na międzynarodową rekrutację pielęgniarek i pozwala komercyjnym agencjom oferować swe usługi w Norwegii. Wpływowe elity polityczne ignorują kwestie równości płci w kontekście kryzysu opieki i zamiast próbować znaleźć wyjście na poziomie lokalnym, nadal upatrują w międzynarodowej rekrutacji najbardziej odpowiedniego rozwiązania. Związek Zawodowy Pielęgniarek zdaje się dostosowywać do tej konstrukcji rzeczywistości i na swojej stronie internetowej udostępnia miejsce prywatnej agencji „Wynajmij pielęgniarkę” („Rent a Nurse”), która reklamuje się międzynarodową rekrutacją pielęgniarek (www.sykepleien.no).

Jednakże, światowy handel usługami pielęgniarzkimi nie oferuje adekwatnego rozwiązania kryzysu opieki, wręcz przeciwnie. Zawodowa segregacja imigrantów wykonujących pracę opiekuńczą wobec starszych osób może zamraza problemy z jakimi obecnie mamy do czynienia. Zamiast podejmowania prób znalezienia rozwiązań na poziomie lokalnym prowadzi to do instytucjonalizacji zlecenia na zewnątrz kwestii nierówności płci i problemów strukturalnych na rynek światowy. Na poziomie krajowym strategia ta może doprowadzić do powstania nowych nierówności społecznych między etnicznymi Norwegami a imigrantami. Na poziomie międzynarodowym strategia wzmacnia światowe nierówności między bogatymi a biednymi społeczeństwami w dostępie do bezpiecznej, odpowiedniej opieki zdrowotnej za niewygórowaną cenę.

Tłum. Julia Kubisa

Bibliografia:

Bakken, Runar (2009) *Englevakt. Rekruttering til en eldreomsorg i krise*. Oslo: Manifest Forlag.

Bikova, Mariya (2008) *A Family Member or a Family Servant? Why Norwegian Affluent Families hire Au Pairs*. Praca magisterska. Department of Sociology, University of Bergen, Norway.

Buchan, James i Lynn Calman (2004) *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*. Genewa: International Council of Nurses.

Ehrenreich, Barbara i Arlie Hochschild. (2001) *Global Woman. Nannies, Sex Workers and Maids in the New Economy*. Nowy Jork: Henry Holt.

- Huebner, Lisa Camille (2007) *Professional Intimacy: An Ethnography of Care in Hospital Nursing*. Rozprawa doktorska, University of Pittsburgh.
- Høst, Håkon i Anne Homme (2008) Who takes care of the elderly in Oslo?. Raport dla Rokkan Research Centre, University of Bergen, Norwegia.
- Isaksen, Lise Widding (2007) Nomadic Care Workers. On Globalization of Bodily Care Work” (Omsorgsnomader”. Om globalisering av kroppens forgjengelighet). W: *Sosiologi i dag*, (Contemporary Sociology) Novus Forlag, Oslo. No 3-4.
- Kingma, Mireille (2006) *Nurses on the Move. Migration and the Global Health Care Economy*. Ithaca: Cornell University Press.
- Lorentzen, Kjell i Trude Lappegård. (2009) Likestilling og deling av omsorgsoppgaver for barn. Statistics Norway, 2009/42.
- Riemsdijk, Micheline. (2006) Rekruttering av polske sykepleiere til Norge (Recruited Polish nurses to Norway). FAFO Report 27. Oslo
- Savides, Susan (2005). Omsorg fra Øst til Helse (i) Vest (Care from the East to the West) praca magisterska , Department of sociology, University of Bergen, Norwegia.
- Slagsvold, Britt (2009) Holdninger til ansvar for gamle foreldre i syv europeiske land : Er vi villig til å ta oss av gamle mor og far? *Samfunnsspeilet* 1/09.
- Statistics Norway (2008) Labour market statistics.
- Veenstra, Marijke i współred. (2009) *Helse, helseadferd og livsløp. Rapport NOVA 3/09*, Oslo.
- Øien, Cecilie (2009) On equal terms? An Evaluation of the Norwegian au pair scheme. Oslo: FAFO Report 2009:29.
- Yeates, Nicola (2009) *Globalizing Care Economies and Migrant Workers*. Londyn: Palgrave Mac Millan.
-

© Fundacja Tomka Byry Ekologia i Sztuka

Źródło: Lise W. Isaksen. The Dynamics of the Global Care Trade: Migrant nurses in Norway. Referat na seminarium „Gender i opieka w reformie systemu ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych”, zorganizowanym przez Fundację Tomka Byry Ekologia i Sztuka/Think Tank Feministyczny 9 – 10 września, 2009 we Wrocławiu.

O Autorce:

Lise Widding Isaksen jest profesorką socjologii na University of Bergen w Norwegii. W latach 2002 – 2006 liderka i koordynatorka międzynarodowego projektu badawczego *Globalization and Gender. Care Across Borders*. Wśród jej najnowszych publikacji należy wymienić: *Toward a Sociology of (Gendered) Disgust. Images of Bodily Disgust and the Social Organization of Care Work*, *Journal of Family Issues* Vol. 23. nr. 7, Oct., Sage Publications, 2002; *Gender, Care and Globalization as seen from Norway* [W:] Antoinette Fauve-Chamoix (red.) *Domestic Service and the Formation of European Identity. Understanding the globalization of Domestic Work, 16th 21st. Centuries*, Bern Berlin New York: Peter Lang Verlag, 2004; *Care Work as Body Work*, [W:] David Morgan et. al. (eds.) *Gender, Bodies and Work*, London: Ashgate Publications, 2005.