

Paula Mulinari

# Motstånd och fatalism. Läkares erfarenheter av rasism

**Denna text utforskar den roll som läkare menar att informella kontakter har för deras möjligheter att göra karriär. Texten visar att det finns en skillnad i hur könade och rasifierade former av exkludering beskrivs och vilka strategier för motstånd som skapas för att möta dem.**

Paula Mulinari, lektor i socialt arbete, Institutionen för socialt arbete, Malmö Högskola  
paula.mulinari@mah.se

Det finns mängder av sjukhusserier. En av de mest kända och min personliga favorit är City-akuten. En av seriens huvudpersoner är den afroamerikanska kirurgen Benton (Erik LaSalle). Vid seriens början är han den enda läkaren med afroamerikansk bakgrund (de blir inte många fler under seriens gång). I ett avsnitt ges Benton i uppgift att handleda den yngre läkarpraktikanten Carter (Noah Wyle). En kväll går Carter och Benton tillsammans på en sjukhusmiddag. Den tills nyligen så självsäkra Benton blir här tyst, klumpig och osäker medan Carter som visar sig ha rötter i en läkarfamilj och känner många på festen välkomnas som *one of them*. Dessa kontakter är inget som Carter använder sig av för att göra karriär (det är trots allt en Hollywoodserie där de goda är goda), i stället kämpar han tills han är en "värdig" läkare. Det är ingen slump att Carter inte använder sig av sina kontakter, seriens ideologiska undertext syftar till att förstärka den meritokratiska drömmen, att vi (som patienter) kommer att träffa den mest kvalificerade läkaren och inte den som "passar in" i organisationen för att hans eller hennes föräldrar spelar golf med avdelningschefen. Samtidigt som scenen vill försäkra oss om att det är kunskap och meriter som premieras, och inte de rätta kontakterna, förmedlar den att dessa informella kontakter regleras genom sociala relationer formade av klass, kön och etnicitet. Bentons osäkerhet stöds av forskningen, som visar att "rätt kön" (Wahl m fl 2004, Göransson 2004), "rätt etnicitet" och/eller "egenskap" (Neergaard 2006, Tovatt 2006, Knocke m fl

---

Detta projekt har gjorts inom ramen för det FAS-finansierade projektet: *Etnicitet, kön och sociala nätverk i informella rekryteringspraktiker*. Projektledare Alexandra Ålund.

2003) samt de rätta kontakterna är centrala för var människor träder in i arbetslivet och hur långt de kan komma (Betouhi 2006, Knocke & Hertzberg 2000).

Denna text bygger på intervjuer med ”svenska” kvinnor och rasifierade<sup>1</sup> kvinnor och män som i likhet med Benton arbetar som läkare. Jag har valt att sätta citationstecken på ”svensk” då jag uppfattar att kategorierna ”svensk” och ”invandrare” inte är fixerade utan kategorier som är ständigt ifrågasatta och i kontinuerlig förändring. Syftet med texten är att utforska hur dessa läkare upplever och beskriver processer av inkludering och exkludering med fokus på den specifika roll som informella kontakter har. Texten fångar bland annat en skillnad i hur kön och rasifierade ojämlikheter upplevs och bemöts. Medan de ”svenska” kvinnliga läkarna kollektiviserar ojämlikheten de upplever och placerar felet hos organisationen, beskrivs erfarenheter av en könad rasifierad diskriminering oftare som ett individuellt problem.

Texten inleds med en kort översikt kring tidigare forskning om intersektionalitet och organisationer som sätts i dialog med forskning om informella former av motstånd. Efter avsnittet om metod och material diskuteras den genusforskning som finns kring läkaryrket. Textens empiriska del fokuserar på den vikt som informella kontakter ges och vilka olika former av informella motståndsstrategier som könad och rasifierad ojämlikhet skapar.

### **Intersektionalitet och informellt motstånd**

Den finns en lång tradition av forskning som från olika teoretiska fält analyserat skilda gruppers positioner inom organisationer. Genusforskare har visat hur kön formar organisationernas strukturer och synliggjort att organisationer både reproducerar och producerar kön och könsojämlikheter (Abrahamsson 2000, Holgersson 2003, Acker 2006, Eriksson-Zetterquist & Styhre 2007). Organisationsforskare med ett genusperspektiv har på senare år också betonat vikten av ett intersektionellt perspektiv som fångar hur olika maktförhållanden samverkar i skapandet av såväl organisationerna som människors identiteter inom dem (Boréus & Mörkenstam 2010, Kalonaityté 2010). Enligt Eriksson-Zetterquist och Styhre (2007, s 180) är målet för en intersektionell organisationsanalys att ”hantera de flytande kategoriseringarna samtidigt som maktaspekten i de olika kategoriseringarnas förhållande till varandra klargörs”. Boogaard och Roggeband (2010) menar att en styrka med intersektionella analyser av organisationer är att de tillhandahåller en mer komplex förståelse av olika gruppers agerande inom organisationer, till exempel hur en grupps motståndsstrategier kan förstärka en

---

<sup>1</sup> Begreppet rasifiering utvecklades bland annat av den brittiska marxisten Robert Miles. En av styrkorna med begreppet är att det skiftar fokus från antagandet om fixerade etniska grupper till de institutionella processerna som skapar gränser mellan grupper utifrån kategorin ”ras” och kopplar detta till processer av exkludering (Miles 1993).

annans underordning. En begränsning med intersektionella analyser av organisationer är att de enligt Prins (2006) tenderar att fokusera på komplexiteten i maktförhållandena, men inte på vilka former av motstånd som skapas mot de ojämlikheter som analyseras.

Inom den kritiska managementforskningen har man bidragit till analyser av motstånd och kontroll genom att utforska företagens diskursiva verktyg och tekniker och de former av mikromotstånd som skapas i kölvattnet av dessa nya former av kontroll (för översikt se Paulsen 2010). I Sverige finns det idag ett växande intresse för de informella, individuella och dolda formerna för motstånd inom organisationer (Mulinari 2011, Paulsen 2010, Hjalmarsson 2008, Karlsson 2008, Huzell 2005). Organisationsforskaren Hans Siebers argumenterar (2009, s 74) att även om det finns ett ökat intresse för informella, individuella och dolda former av motstånd finns det begränsat med forskning kring hur migranter och rasifierade grupper skapar sin identitet inom organisationer och vilka former av strategier som utvecklas för att möta processer av exkludering och diskriminering.

I Sverige finns en rad studier som utforskar detta tema från ett postkolonialt och feministiskt perspektiv (Knocke 1986, Schmauch 2006, Mulinari 2007). Inspirerad av denna forskning och det växande fokuset på de informella och dolda formerna för motstånd inom organisationer försöker denna text utforska vilka strategier som utvecklas i avsaknaden av de rätta kontakterna för att ta sig fram i en organisation. Då fokus ligger på de enskilda individernas agerande och tolkningar kommer jag att använda mig av begreppet vardagsmotstånd och organisatorisk olydnad.

När det först lanserades utmanade begreppet vardagsmotstånd på många sätt i grunden föreställningen om det kollektiva och synliga motståndet. Begreppet utvecklades av sociologen James C Scott (1985, 1991) som i motsats till tidigare forskning betonade att motstånd inte behövde uttryckas genom synliga kollektiva handlingar såsom sociala protester, strejker och revolutioner, utan kan i stället uttryckas genom dolda och för makten osynliga handlingar som sker utanför scenen (*off stage*), bortom chefernas och arbetsgivarens blickar och kontroll. Styrkan hos begreppet är främst att det genom att lägga tonvikten på det tysta, det icke artikulerade och ledningarnas okunskap om detta, kan användas för att utforska former av motstånd som ofta förblivit osynliggjorda. Begreppet organisatorisk olydnad fångar många av de dimensionerna som Scott berör, men är mer anpassat till analyser inom organisationer. Enligt Karlsson är organisatorisk olydnad "Allt som anställda gör, tänker och är som överordnade inte vill att de ska göra, tänka eller vara" (2008, s 132). Enligt Karlsson ingår begreppet motstånd, som enligt honom innebär handlingar, tankar och varande som "medvetet riktar sig uppåt i den organisatoriska hierarkin" (2008, s 133), i det bredare "or-

ganisatorisk olydnad". Styrkan med Karlssons begrepp organisatorisk olydnad är att det fångar såväl görande som tankar och närvaro. Det som intresserar mig är hur denna organisatoriska olydnad formas av de intersektionella maktprocesser som läkarna jag intervjuat upplever.

### **Metod och material**

Denna text bygger på intervjuer med 15 läkare som är verksamma vid tre olika sjukhus. Jag har inte eftersträvat representativitet när det kommer till specialisering. Tio av de jag har intervjuat (sex kvinnor och fyra män) är migranter som rasifieras. Jag använder begreppet rasifiering för att belysa de processer som skapar vissa människor som "de andra", processer som ofta bygger på koloniala föreställningar kring både "ras"/etnicitet och kulturella skillnader. De resterande fem läkarna var kvinnor med "svensk" bakgrund.

Jag fick kontakt med läkare via egna kontakter och genom att ringa läkare som var fackligt aktiva. Jag har intervjuat dem både på sina arbetsplatser och på kaféer. Fokus för intervjuerna har varit på deras karriärer och vilken roll de anser att informella kontakter haft för denna. För att skydda informanternas anonymitet kommer jag inte att redogöra för vilka sjukhus de arbetar på och alla namn är fingerade. Det skulle så klart vara intressant att fånga skillnaden mellan olika organisationer och platser, men fokus för denna text är på de enskilda informanternas arbetslivsberättelser och på den roll som de anser att de informella kontakterna haft. Roya och Mira är båda i 30-årsåldern och ska välja sin specialisering. Birgitta, Sigrid, Ingrid, Mitra, Flavia, Sima och Parvin arbetar som överläkare i sina respektive specialiteter. Claudia, Babak, Emil och Amir arbetar som specialistläkare.

### **En könad sjukvårdsorganisation**

Sjukvården har genomgått en rad förändringar kopplade till det nyliberala skifte som har ägt rum i Sverige. Effekterna av detta är bland annat en ständig minskning av resurserna till den offentliga sektorn, och ett ökat inslag av privata tjänsteföretag (Eliason 2011). En annan viktig förändring av sjukvårdsorganisationen är en ökning av andelen kvinnliga läkare även om det finns en tydlig horisontell segregation när det kommer till olika specialiseringar (Emriksdotter 2011). Det finns också en ökning av anställda med utländsk bakgrund, både människor som har utbildat sig i Sverige och läkare med utbildningar från andra länder.

Genusforskare som har analyserat sjukvårdsorganisationen har bidragit till att fördjupa kunskapen kring hur organisationer och professioner könas, och vilka konsekvenser detta har för arbetsvillkor, lojaliteter och yrkesidentitet (Selberg

2011, Davis 2003, Lindgren 1999). Trots att andelen kvinnor som praktiserar som läkare ökar finns det tydliga ojämlikheter kvar inom organisationen. I sin studie om likheter och skillnader mellan kvinnliga och manliga läkares upplevelser av sin arbetssituation pekar Sundhall (2001) på en rad områden där de anställdas könstillhörighet har betydelse för arbetssituationen, såsom löner och karriärmöjligheter. Män gjorde också oftare aktiva val vid sin specialisering och kvinnor hade mindre tid och ork för vänner och fritid efter sitt arbete. Fridner (2004) visar att kvinnor är jämställt representerade på varje akademiskt karriärsteg, om man ser till tjänstetillsättningen i relation till disputationsandelen, och har i lika hög utsträckning som män – och ibland i högre utsträckning – fått tjänster efter sin disputation. Könshierarkier visar sig genom att män återfinns inom den så kallade ”spjutforskningen”, och att kvinnliga läkare tvingas till en mer ensam, längre och arbetsammare karriär. Sammanfattningsvis visar Fridner att kvinnliga läkare tvingas göra karriär inom en manlig norm, som till exempel inte tillåter kombinationen familj/barn och arbete. En liknande slutsats drar Eriksson (2003, s 46) som visar att rollerna läkare och förälder konstrueras som en *möjlighet* för män men en *omöjlighet* för kvinnor. De kvinnor som väljer att göra kombinationen upplevs som problematiska både professionellt och privat. När de kvinnliga läkarna handlar enligt normer för kvinnlighet bryter de mot normer för läkarskap och tvärtom.

Genusforskare som studerat sjukvården har bidragit till att öka förståelsen för hur hierarkier inom organisationen regleras genom kön och sexualitet, men det finns lite kunskap om den roll som vithet spelar för forandet av läkarprofessionen och hur sjukvårdspersonal erfar etnisk diskriminering (SOU 2006:78). Den forskning som finns kring dessa frågor har ofta fokuserat på mötet med patienter, där patienten conceptualiseras som ”annorlunda” i mötet med en homogen läkarkår (Magnusson 2002, DeMarinis 1998). I denna text riktas därför fokus mot läkarna och hur de – trots att de är en privilegierad grupp – erfar att det finns hinder i organisationen.

### **Att inte ha men förstå – om informella nätverk**

I början av studien hade jag ambitionen att ”avslöja” att informella kontakter och ”rätt etnicitet” spelade en avgörande roll för läkares karriärer. Det visade sig att det inte fanns något att avslöja eftersom alla jag intervjuade var rörande överens om att det var så. Mitra har arbetat som läkare i över 30 år och arbetar idag som överläkare på ett av landets större sjukhus. På frågan om det finns andra aspekter än de kunskapsmässiga som är viktiga för en möjlighet att göra karriär svarar hon ”Oj ja massor, ja jättemycket, det är nästan viktigare än något annat om du ska komma fram”. Mira som ska välja sin specialisering betonar att hon saknar de rätta kontakterna då hon inte känner några läkare privat. Detta menar

hon kommer att försvåra hennes möjligheter att få den specialiseringen hon vill ha: ”det är klart om du känner någon är det lättare att få till exempel vick där och sen på något sätt kunna komma in, men jag känner ingen så, ingen i min familj är läkare”.

Amir arbetar idag som specialistläkare vid ett större sjukhus och är i 50-årsåldern. På min fråga hur viktiga kontakterna har varit för att ta sig fram, svarar Amir:

Det är jätteviktigt för det är nästan att kontakterna är viktigare, att man har bra relationer med varandra, viktigare än hur mycket man egentligen kan, det är också viktigt förstås att man ska kunna sköta sitt yrke men det är viktigare att man passar bra in i teamet eftersom vi alltid jobbar ihop.

Amir betonar att kontakterna är lika centrala som kunskapen, om inte mer centrala, då han ser dem som ett sätt att avgöra om människor passar in i ett team. Sima, som i likhet med Mitra arbetar som överläkare, understryker precis som Amir att informella nätverk är nödvändiga för en välfungerande organisation, då det ”ger en lättare kännedom av en själv till de personerna och valet blir enklare om det är någon som sitter där uppe. Om det är rättvist är en helt annan sak”.

Sima beskriver hur de informella kontakterna på något sätt underlättar för de som ska välja människor även om det inte är helt rättvist. Samtidigt upplever hon att hon saknar kontakter högre upp i organisationen:

I det dagliga jobbet som man gör – jag tror inte att jag har de rätta kontakterna för att vi har så mycket hierarki och allting måste gå igenom dom här olika stegen.

Amir och Sima beskriver nätverken som ett sätt för organisationen att lättare kunna välja människor som på olika sätt passar organisationen, samtidigt som de berättar att de delvis själva saknar kontakter för att ta sig upp i organisationen.

Det fanns med andra ord inget att avslöja; alla var rörande överens om att rätta kontakter var centrala och identifierade dem också som del av ett hinder för dem själva. I början ville jag läsa synliggörandet av de informella kontakterna som del av ett vardagsmotstånd eller en organisatorisk olydnad. Jag tänkte att talet om och synliggörandet av bristen på meritokrati skulle kunna tolkas som något överordnade inte ville att man skulle göra. Vid en närmare läsning insåg jag att talet om frånvaron av en meritokrati inte artikuleras som en kritik av organisationen, utan snarare som en brist hos informanterna själva och det är därför svårt att identifiera det som en form av organisatorisk olydnad. Tvärtom bekräftas och legitimeras vikten av de informella kontakterna även om de identifieras som problematiska för informanterna själva.

De rasifierade informanterna beskrev ofta exkluderingen som naturlig och rationell, och orsakad av en brist hos dem själva (har inte läkarföräldrar, är anorlunda, kommer från ett annat land/annan stad) snarare än en brist hos organisationen. Här fanns en tydlig skillnad från de ”svenska” kvinnliga läkarna som jag intervjuade. De är mer kritiska till organisationen, och pekar på den könande aspekten av dessa informella kontakter. Birgitta arbetar idag som överläkare på ett mindre sjukhus och har arbetat där i över 25 år:

Män väljer män, kvinnor väljer män, pojkarna pushar varandra på ett sätt som de inte pushar kvinnor [...] När man är ung, man är den söta flickan på jobbet, man är den lilla prinsessan, man är totalt ofarlig för att man hotar ingen med sin kunskap, för man har inte så mycket kunskap, och de som är på ens egen nivå, de manliga, de har ändå ingen makt. Utan de som är chefer, för dem är man helt ofarlig och vara lite söt och sen blir man ju kärringen på jobbet som faktiskt är lite hotfull, genom att man ifrågasätter.

I Birgittas beskrivning finns en tydligare betoning på att dessa processer är strukturella och generella, men framför allt finns det en kritik av hur de informella nätverken både är orättvisa och inte gynnar organisationen. Även Sigrid som arbetat inom en mansdominerad specialitet beskriver dessa processer:

Nu på kliniken ska det vara kvällsaktivitet och då blir det bastu, chefen är man, alla överläkare utom jag är män och de flesta underläkarna är också män, det finns två kvinnliga underläkare, och då ska man ha bastu, och då har jag sagt det är inte lämplig aktivitet, för det gör att då sitter makten och härligheten i mansbastun och så får vi basta med sjuksköterskorna.

Det finns i mitt material en tydlig skillnad i hur de kvinnliga läkarna med ”svensk” bakgrund som jag har intervjuat talar om de informella nätverken. Män som grupp definieras tydligare som maktbärande och aktörer i de processer som skapar en könsojämlig relation. När frågan om relationen mellan informella nätverk och etnisk diskriminering diskuteras, var det oftare att begrepp som *jag har en känsla att, det verkar som att* kom upp, även om informanterna som jag visat identifierar nätverken som viktiga för varför de inte tar sig upp i organisationen.

Den postkoloniala och feministiska teoretikern Ahmed (2012) menar att en risk med att tala om och arbeta för mångfald och mot rasism inom organisationerna är att man själv blir problemet. Ahmed menar att då organisationen inte erkänner att rasistiska strukturer existerar tvingas enskilda individer både förkroppsliga problemet och vara den som förstör den goda stämningen. För-siktigheten i artikuleringen av en kritik mot de informella nätverken menar jag



kan tolkas mot bakgrund av att det i organisationen i sin helhet inte finns ett erkännande av etnisk diskriminering. Detta visar sig också genom svårigheterna att formulera kollektiva strategier för att bemöta (eller i alla fall mildra) effekterna av den diskriminering man erfar.

### **Att namnge processer av exkludering – men inte agera kollektivt**

I materialet återfinns också en mer kritisk hållning till organisationen som framför allt är kopplad till erfarenheter av etnisk diskriminering. Flavia, som idag arbetar som överläkare, betonar att det är en myt att människor inte blir diskriminerade:

Det är självklart, man vet ju att många gånger så blir man diskriminerad, det här med att det inte finns diskriminering det är struntprat, för det finns det, det finns det, som kvinna, som invandrare, man blir diskriminerad, jag har kommit så långt för att jag har jobbat hårt, inte för att jag har blivit favoriserad, det är bara för mitt eget arbete, och jag har jobbat väldigt hårt, mycket hårdare än någon annan svensk, det kan jag berätta för dig.

I början på sin berättelse inleder Flavia med en intersektionell analys där hon positionerar sig både som kvinna och invandrare. I slutet blir fokus på hennes "icke-svenskhet" och priset som hon tvingas betala för att inte vara "svensk". Erfarenheterna av diskriminering var också orsaken till att Emil har bestämt sig för att säga upp sig från sitt arbete. Han upplevde att hans arbete inte värderas lika mycket som "svenskarnas". Emil var redan utbildad läkare när han kom till Sverige 1993. Arbetsförmedlaren han mötte ansåg att hans chanser att få jobb var små och tvingade honom att läsa in en rad naturvetenskapliga ämnen samt svenska. Han lyckades senare (efter flera års studier) komma i kontakt med en praktikförmedlare som gav honom numret till verksamhetschefen på en avdelning där han fick en praktikplats. Idag arbetar han i likhet med Mira på en vårdcentral men har bestämt sig för att öppna eget. Emil berättar:

Jag var den enda invandrarläkaren där. Och med tanke på mål och uppdrag, till exempel mottagna patienter och kvalitet och [...] i jämförelsen med de andra var det inte rättvist. Det upplever många invandrarläkare, men många vågar inte säga det, eller så är det kanske svårt att artikulera det, att definiera.

Claudia är i 45-årsåldern och arbetar som specialist. Hon menar att de informella kontakterna spelar roll, och identifierar dem som viktiga i processer av exkludering:



Jag tror att det spelar in i viss roll absolut för de flesta som går förbi är ofta svenskar om man tänker bara statistiskt, det har jag en känsla av. Jag tror att bara man har de kontakterna är det lättare att komma förbi, jag tror invandrare har det dubbelt så svårt för, man kommer varken från den staden eller från den kulturen heller och så har man inte kännedom av nätverken eller överhuvudtaget hur systemet fungerar för att skapa det här.

Även om de rasifierade läkarna, både kvinnor och män, bar på erfarenheter av diskriminering verkade de inte agera kollektivt mot denna ojämlikhet. Här finns en stor skillnad mellan de rasifierade läkarna, både kvinnor och män, och de "svenska" kvinnorna. Som jag visade tidigare identifierar de "svenska" kvinnorna den könade orättvisan i organisationen, medan de rasifierade kvinnorna ofta talar i termer av sig själva som kvinnor och invandrare. De betonar att de blir diskriminerade som båda, men artikulerar inte ett kollektivt kvinno-*vi*.

Att identifiera ett kollektivt problem innebär också en skillnad i termer av organiseringen av motståndet. Varken Emil eller Flavia beskriver strategier mot diskrimineringen som är kollektiva. Flavia möter diskrimineringen med mer arbete och Emil väljer, efter att ha misslyckats att få facket att ta hans erfarenhet på allvar, att lämna sjukhuset. Både Birgitta och Sigrid utvecklar däremot mer kollektiva strategier i ljuset av diskriminering.

De fem kvinnliga läkare med "svensk" bakgrund som jag har intervjuat talar i termer av *vi kvinnor*. Alla utvecklar därmed kollektiva strategier för att möta den könade organisationen. Birgitta säger:

Man får hitta sitt nätverk för att kunna pysa ut. Man får hitta en överlevnadsstrategi, och det kostar mycket också av det personliga att vara ledande på jobbet. Jag har ju pysnätverket, jag har min gamla mentor X som är tio år äldre än jag och sen har jag min gamla handledare, och mentor under hela tiden, hon förstår allt jag säger och sen så har jag mina kvinnliga kolleger.

Ingrid, som i likhet med Birgitta och Sigrid är överläkare, hade också en grupp som hon träffade när hon arbetade på en avdelning där det endast fanns fem kvinnliga läkare men många män:

Ja, i början så träffades vi varje eftermiddag och drack eftermiddagskaffe, men det försvann ju så småningom i arbetsmängden, men det gjorde vi. Och då träffades vi fem, drog oss tillbaka till ett av läkarnas rum och drack kaffe.

Jag tolkar Birgittas och Ingrid's handlingar som former av ett informellt motstånd mot en manlig organisation. De beskriver också hur de genom dessa möten både får styrka, hjälper varandra och kan hjälpa andra. Det intressanta är att citaten fångar behovet av att analysera relationerna för kollektivt och individuellt motstånd som ett kontinuum. Lundberg och Huzell (2010) beskriver hur städerskor på ett hotell gör motstånd för att öka sin autonomi. Författarna argumenterar att forskningen kring motstånd har tenderat att fokusera på kollektiva former av motstånd, vilket innebär att till exempel det motstånd som de observerade städarna gör och som är individuellt förblir osynligt. De menar att orsaken till detta är att kollektiva motståndshandlingar har högre status än de individuella. Det intressanta med författarnas bidrag är att de fångar hur central den organisatoriska regimen är för hur formerna av motstånd kan uttryckas. Mitt material lyfter fram behovet av att inte betrakta konceptualiseringen kollektiva och individuella former av motstånd som varandras motsatser, utan vi bör i stället försöka utveckla en förståelse av hur de vävs ihop och hänger samman. Att kollektiva former av motstånd inte är närvarande i intervjuerna med rasifierade läkare är kopplat till att frågor om rasism och etnisk diskriminering inte är lika erkända, och att vithet och svenskhet inte synliggörs lika tydligt som maktbärande faktorer, varken inom forskningen eller i den politiska debatten. Avsaknaden av detta försvårar möjligheterna till kollektivt motstånd och en kollektiv identifikation. Forskning om läkare och former av exkludering har ofta fokuserat på kvinnor, men mitt material visar att rasifieringen av exkluderingen innebär att rasifierade män och kvinnor också upplever att de behöver arbeta mer. Ett intersektionellt perspektiv behöver inkluderas i en analys av läkarorganisationen för att till exempel kunna fånga hur vitheten formar läkarorganisationen och vilka effekter detta har för till exempel rasifierade manliga läkare.

### **Jobba mer eller lämna**

Flera studier visar att en av de centrala strategierna mot diskriminering är att arbeta mer. Till exempel beskriver de los Reyes (2007) i sin studie av diskriminering inom akademien att de flesta informanterna upplevde att de var tvungna att vara dubbelt så bra som sina kolleger. Forskning kring kvinnliga läkare har som jag visade tidigare också dragit samma slutsatser då yrket är anpassat efter en manlig norm. De kvinnor som arbetar som läkare behöver arbeta dubbelt i dubbel bemärkelse (både hushåll och lönearbete, och i lönearbetet). De rasifierade läkare jag har intervjuat menar att det går att kompensera för bristande kontakter (eller likhet) genom att arbeta mer.

Roya är i början av sin karriär, och ska precis bestämma vilken specialisering hon ska ha. Hon betonar att det är via sitt arbete som hon skapar kontakter:

Man ju får kopplingar genom jobbet, om de är nöjda och tycker man gör ett bra jobb så här kan du komma hit och jobba. [...] Det ju en bra grej för mig. Jag jobbar hårdare. Det är genom arbete, det är inte genom kontakter.

I dessa berättelser är det arbetet som genererar kontakter och inte tvärtom. Claudia beskriver skillnaden i procent: om man inte har kontakter får man ”visa att man är 20 till 30 procent duktigare än svenskarna”.

Här är det tydligt att arbete och kontakter ses som utbytbara enheter, där avsaknaden av en del innebär att du måste prestera mer inom ett annat fält. Men att arbeta mer kompenserar också för misstänksamheten mot den kunskap man har. Flavia bjöds in till ett svenskt sjukhus och var redan specialist. Hon hade redan viktiga kontakter men fick arbeta mer än sina kolleger för att visa att hennes kunskap var lika mycket värd:

Jag bara jobbade, jag jobbade, jag var säker på vad jag kunde och jag bara jobbade, och jag hade ingen medveten strategi, så det blev som det blev. Men det var inte lätt.

I Flavias fall behövde hon arbeta mer för att visa att hon kunde lika mycket som sina kolleger då hon upplevde att det fanns en misstänksamhet från både patienter, sjuksköterskor och andra läkare. Parvin som arbetat som läkare i cirka tio år beskriver varför hon måste jobba mer än alla andra:

Så att det känns orättvist, men jag tror att många invandrare har lärt sig att om man får ett bakslag så får man inte ge upp utan hela tiden pusha på för att nå det som man vill, men det är väldigt, ja det kräver mycket energi det gör det. Det är saker som man inte får gratis man får jobba dubbelt, vara dubbelt duktig, dubbelt trevlig, dubbelt kunskapsmässigt, ja på allting för att ändå accepteras på samma nivå och det känns energikrävande, det gör det.

Enligt Essed och Goldberg (2002) strävar minoriteter eller grupper med mindre makt inom organisationer efter att behandlas som likvärdiga kolleger. Detta görs, menar hon, bland annat genom att arbeta mer. Men kravet på att vara ”lika” tär på de människor jag har intervjuat, speciellt när det visar sig att de inte kan komma dit de ville. Babak, som arbetat som verksam läkare i över 30 år, beskriver att det är viktigt att ha visioner men lika viktigt att kunna vara nöjd med det man har. Tillfrågad om det finns nackdelar med att vara invandrad läkare svarar han:

Klart att det finns nackdelar, men bara man vet om dom och att man inte är för naiv och tror att det är så lätt då klarar man det. Men man ska ju ändå sikta och ha visioner och allting, men man har alltid det både vision och vill nå så högt som möjligt, men efter ett tag så förstår man att det är inte värt att satsa för mycket man får bli nöjd med det man har.

Babak betonar att upplevelsen av att inte kunna ta sig fram var mycket tröttsam och innebar att han mådde dåligt. Idag försöker han därför satsa på sitt privatliv. Mitra beskriver en likande erfarenhet:

Inställningen till livet blir annorlunda och man bryr sig inte så mycket utan det blir ett jobb som man sköter och jag gör dom framsteg som jag kan göra med den tiden som man investerar, sen bryr man sig inte om det, så jag tror att dom flesta som kommer till den nivån att okej, då accepterar man det.

Människorna jag har intervjuat lämnar varken sin arbetsplats eller byter arbete. Tvärtom har flera av dem arbetat på samma arbetsplats under lång tid. Efter att ha jobbat mer än andra och ändå inte blivit erkända som lika, beskriver de hur de på olika sätt i stället försöker utveckla strategier för att stanna kvar utan att låta det påverka dem för mycket. Att förändra sin ambitionsnivå kan i ljuset av detta ses som en form av organisatorisk olydnad som i sig inte förändrar normen på arbetsplatsen men som kan fungera som ett sätt att i alla fall skydda sin egen mentala hälsa och skydda andra sfärer i sitt liv. Eller så är det inte en olydnad utan endast en överlevnadsstrategi. Spänningsförhållandet fångar enligt min mening en central fråga för motståndsforskningen; hur relationen mellan motstånd på arbetsplatserna och motstånd utanför arbetet ska teoretiseras och förstås.

Omprioritering av livet utanför arbetet reser dock en rad frågor kring motstånd mot betalt arbete som bärande samhällsprincip (Paulsen 2010). Avidentifieringen med sitt lönearbete formuleras inte som ett offensivt kollektivt projekt, utan görs snarare utifrån en form av resignation inför processerna i organisationen. Valet verkar stå mellan att gå i väggen (och ändå inte bli erkänd) eller acceptera sin underordnade ställning (och få vara kvar i organisationen) men då kunna prioritera annat i livet.

### **Avslutande reflektioner**

Jag har med denna text velat synliggöra olika spänningar som utvecklas av både kvinnor och män som erfar rasifiering i mötet med processer av exkludering. Läkarna kan å ena sidan visa förståelse för vikten av informella nätverk samtidigt som de identifieras som centrala i deras egna svårigheter att ta sig fram. De kan å andra sidan arbeta mer för att behandlas lika, men distansera sig från organi-

sationen när detta inte fungerar. Och slutligen talar de om diskriminering men utvecklar inte kollektiva strategier för att möta detta. Kanske är den mest intressanta skillnaden att talet om diskriminering i egenskap av kvinnor verkar vara mer accepterat, än talet om en könad och rasifierad diskriminering.

Med andra ord: Medan det verkar tillåtet att på fikapausen tala om "hur kvinnliga läkare har det" (läs de som uppfattas som "svenska" kvinnor), verkar frågor om hur den etniska diskrimineringen reglerar rekrytering och karriärvägar att förvandlas till – som Ahmed (2012) pekar på – ett problem för den som tar upp problemet. Intressant är också att medan de "svenska" kvinnliga läkarna kunde rikta kritik mot organisationer och skapa ett fungerande "vi", tenderar de (flesta) läkare som rasifierades inom organisationen (både kvinnor och män) att legitimera praktiker som exkluderar (som exempelvis informella kontakter) och placera bristen hos dem själva. Medan de "svenska" läkarnas ageranden kan tolkas som en form av organisatorisk olydnad, då det innebär en kritik av själva organisationen, artikuleras inte erfarenheter av den etniska diskrimineringen på samma sätt. Materialet belyser vikten av ett intersektionellt perspektiv i analyser av ojämlikheter och motstånd inom organisationer då det fångar skillnader i hur exkluderande mekanismer både beskrivs och bemöts.

Ett intressant resultat är också att trots tydliga former av motstånd bland de "svenska" kvinnliga läkarna mot former av könsdiskriminering, verkar de kvinnliga läkarna som kodas som invandrare inte vara del av den kvinnogemenskap som skapas utifrån kategorin kvinna. Även om dessa kvinnor identifierar könsdiskriminering som ett problem, och ofta som ett problem som förstärks av deras invandrarskap, verkar det inte finnas utrymme att lyfta frågor om till exempel rasism eller homofobi in i kvinnogemenskapen då detta, som Ahmed (2012) påpekar, förstör stämningen av gemenskap.

De läkare jag har intervjuat befinner sig i en motsägelsefull position; de är maktbärande, men ändå underordnade, de både vill utmana och samtidigt tillhöra den organisation som exkluderar dem. Kanske är det denna paradoxala position som skapar den spänning som finns i mitt material: å ena sidan kan informanterna ha en förståelse av organisationens exkluderingsprocesser och en individualisering av diskrimineringseffekter (arbeta mer eller lämna), å andra sidan finns det en kritik av den rasifierade ojämlikheten. Jag ska erkänna att jag efter att ha lyssnat på intervjuerna blev resignerad. I likhet med läkarna i mina intervjuer upplevde jag resignation vid läsningen om processer av diskriminering utan att se hur de skulle kunna ändras. Ibland blev jag till och med frustrerad, jag ville se motstånd där det kanske inte fanns, ville se en spricka i muren, en väg ut. Det finns så klart, i talet om diskriminering som ett problem, i identifieringen av "svenskhet" som en maktbärande faktor inom organisationen, men kanske också i insikten att det inte går att förändra en arbetsplats men livet utanför. Formerna

av motstånd mot ojämlikheter är mångfasetterade, och det är kanske svårt att dela upp dem i formella eller informella, kollektiva eller individuella former. De är ofta sammanvävda eller bygger på varandra i meningen att de individuella formerna av motstånd ofta är lättare att utföra om det finns ett stödande kollektiv på arbetsplatsen. Materialet i denna text belyser vikten av ett intersektionellt perspektiv i analyser av såväl formellt som informellt motstånd för att kunna utforska den mångfald av motståndsstrategier som utvecklas mot de skillnader i former av ojämlikheter som finns på arbetsplatserna.

### Referenser

- Abrahamsson L (2000): *Att återställa ordningen: Könsmönster och förändring i arbetsorganisationer*. Umeå: Boréa.
- Acker J (2006): *Class questions: Feminist answers*. Lanham, Md: Rowman & Littlefield.
- Ahmed A (2012): *On being included: Racism and diversity in institutional life*. Durham, NC: Duke University Press.
- Behtoui A (2006): *Unequal opportunities: The impact of social capital and recruitment methods on immigrants and their children in the Swedish labour market*. Linköping: Linköping University Press.
- Boogaard B & Rooeband C (2010): "Paradoxes of intersectionality: Theorizing inequality in the Dutch police force through structure and agency." *Organization*, vol 17, nr 1, s 53–75.
- Boréus K & Mörkenstam U (2010): *Spjälorna i buren: En arbetsplatsstudie av ojämlikhet mellan kvinnor och män, invandrade och infödda*. Lund: Studentlitteratur.
- DeMarinis V (1998): *Tvårkulturell vård i livets slutskede: Att möta äldre personer med invandrarbakgrund*. Lund: Studentlitteratur.
- de los Reyes P (2007): *Att segla i motvind: En kvalitativ undersökning om strukturell diskriminering och vardagsrasism inom universitetsvärlden*. Stockholm: ALL.
- Emriksdotter B (2011): *Blir läkarkåren mer jämställd? Fakta om könsfördelningen inom några specialiteter*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Eliason M (2011): *Assistant and auxiliary nurses in crisis time in Stockholm*. Institute for Labor Market Policy Evaluation 2011:1.
- Eriksson K (2003): *Manligt läkarskap, kvinnliga läkare och normala kvinnor: Köns- och läkarskapande symbolik, metaforik och praktik*. Stehag: Gondolin.
- Eriksson-Zetterquist U & Styhre A (2007): *Organisering och intersektionalitet*. Malmö: Liber.
- Essed P & Goldberg D (2002): "Cloning cultures: The social injustices of sameness." *Ethnic and Racial Studies*, vol 25, s 1066–1082.
- Fridner A (2004): *Karriärvägar och karriärmönster bland disputerande läkare och medicinare*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Göransson A (2004): *Kvinnor, män och karriärer: Visioner och verklighet i näringslivet*. Center for Business and Policy Studies. Stockholm: SNS.
- Göransson A (2005): *Makten och mångfalden: Eliter och etnicitet i Sverige: Rapport från Integrationspolitiska maktutredningens forskningsprogram*. Stockholm: Fritzes.
- Hjalmarsson M (2009): *Lojalitet och motstånd: Anställdas agerande i ett föränderligt hemtjänstarbete*. Studies in Educational Sciences. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Holgersson C (2003): *Rekrytering av företagsledare: En studie i homosocialitet*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan.
- Holvino E (2008): "Intersections: The simultaneity of race, gender and class in organization studies." *Gender, Work and Organization*, vol 17, nr 1, s 248–277.
- Huzell H (2005): *Management och motstånd: Offentlig sektor i omvandling – en fallstudie*. Karlstad: Karlstads universitet, Avdelningen för arbetsvetenskap.
- Kalonaityté V (2010): "The case of vanishing border: Theorizing diversity management as internal border control." *Organization*, vol 17, nr 1, s 31–52.
- Karen D (2003): "The body and doing gender: The relations between doctors and nurses in hospital work." *Sociology of Health & Illness*, vol 25, nr 7, s 720–742.

- Karlsson J Ch (2008): *Den smidiga mellanchefen – och andra motståndsberättelser*. Malmö: Gleerups.
- Knocke W & Hertzberg F (2000): *Mångfaldens barn söker sin plats: En studie om arbetsmarknadschanser för ungdomar med invandrabakgrund*. Stockholm: Svartvitt i samarbete med Arbetslivsinstitutet.
- Knocke W, Drejhammar I, Gonäs L & Isaksson K (2003): *Retorik och praktik i rekryteringsprocessen*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Lindgren G (1999): *Klass, kön och kirurgi: Relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber.
- Lundberg H & Huzell H (2010): "Lite skit i hörnen – Om hotellstädernas individuella motstånd." *Arbetsmarknad & Arbetsliv*, vol 16, nr 13, s 11–25.
- Magnusson F (2002): *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Miles R (1993): *Racism after "race relations"*. London: Routledge.
- Mulinari P (2007): *Maktens fantasier och servicearbetets praktik. Arbetsvillkor inom hotell- och restaurangbranschen i Malmö*. Linköping: Linköping University Press.
- Mulinari P (2011): "Man hjälps åt: Solidaritet, solidaritetsfällor och motstånd i hotell- och restaurangbranschen." I: Mulinari P & Selberg R: *Arbete – Intersektionella perspektiv*. Malmö: Gleerups.
- Neergaard A (2006): "Rekrytering: Som en institutionell praktik för inkluderad och exkluderad underordning". I: Neergaard A (red): *På tröskeln till lönearbete: Diskriminering och exkludering av personer med utländsk bakgrund*. SOU 2006:60. Stockholm: Fritzes.
- Paulsen R (2010): *Arbetsmarknadsområdet: Hur arbetet överlevde teknologin*. Malmö: Gleerups.
- Prins B (2006): "Narrative accounts of origins. A blind spot in the intersectional approach?" *European Journal of Women's Studies*, 13 (3), s 227–290.
- Risberg G (2004): "I am solely a professional – neutral and genderless". *On gender bias and gender awareness in the medical profession*. Umeå: Umeå universitet.
- Scott CJ (1985): *Weapons of the weak: Everyday forms of peasant resistance*. New Haven: Yale University Press.
- Scott CJ (1991): *Domination and the arts of resistance: Hidden transcripts*. London: Yale University Press.
- Schmauch U (2006): *Den osynliga vardagsrasismens realitet*. Sociologiska institutionen. Umeå: Umeå universitet.
- Selberg R (2011): "'Service låter som en piga': Vårdarbetsplatsens formerande distinktioner." I: Mulinari P & Selberg R (red): *Arbete – Intersektionella perspektiv*. Malmö: Gleerups.
- Siebers HG (2009): "Struggles for recognition: The politics of racioethnic identity among Dutch national tax administrators." *Scandinavian Journal of Management*, vol 25, nr 1, s 73–84.
- SOU 2006:78: *Hälsa, vård och strukturell diskriminering*. (Red Groglopo A & Ahlberg B.) Stockholm: Fritzes.
- Sundhall J (2001): *Otillräcklig, duktig, empatisk: En diskursanalys av hur kvinnliga läkare uttrycker yrkesidentitet*. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för genusvetenskap.
- Tovatt C (2006): "'Det fixade nog typ min mamma': Betydelsen av sociala nätverk för ungdomars arbetsmarknadsinträde." I: Gunnarsson E, Nilsson A & Neergaard A (red): *Kors & tvärs: Intersektionalitet och makt i storstadens arbetsliv*. Stockholm: Normal Förlag.
- Wahl A & Holgersson C (2004): *Det ordnar sig alltid: Arbetsbok kring frågor om organisation och kön*. Lund: Studentlitteratur.