



LUNDS
UNIVERSITET

Lunds universitet

Sociologiska institutionen

Socialantropologi

SANK01: 15 HP

Alla bara vet –
om kunskap och omsorg i vårdsektorn

Författare: Ylvar Emanuelsson

Handledare: Steven Sampson

Examinator: Hanna Wittrock

2014

*Till Majly, som lärde mig tala utan ord,
godnatt*

Innehåll

1	Inledning	5
1.1	Syfte och frågeställningar	5
1.2	Disposition	6
1.3	Bakgrund	9
1.4	Teorier om omsorg och kunskap	11
1.4.1	Emotionellt arbete och känsloregler	11
1.4.2	Tyst kunskap	12
1.4.3	Embodied knowledge	13
1.5	Metod och källor	14
	Intervjuer	15
2	Vårdyrkenas ytterligheter	17
2.1	Roboten	17
2.1.1	Att producera hälsa	17
2.1.2	Gå runt systemet	19
2.1.3	Emotionellt arbete	21
2.2	Proffset	22
2.2.1	Evidensbaserat uppträdande kontra tyst kunskap	22
2.2.2	Att utgå från sig själv	23
2.2.3	Känsloregler och oprofessionellt agerande	25
2.3	Modern	26
2.3.1	Ett högre väsen	26
2.3.2	”Du har det med dig”	27
2.3.3	Vems förnuft?	30
2.3.4	Moderskänslor	32
2.3.5	Embodied knowledge	32
3	Sammanfattning och slutsats	34
3.1	Sammanfattning	34
3.2	Slutsats	36
3.3	Vidare forskning	37
4	Källförteckning	38

1 Inledning

Vid ett tillfälle då jag arbetade inom äldrepsykiatri hade vi något motvilligt, gett en dement, lätt psykotisk och möjligen självskadande kvinna permission över dagen. En kvart innan hon beräknades återvända ringde hennes son i desperation. Han kunde inte förmå sin mamma att följa med ut till bilen. Hon hade inte tagit sin medicin, hon hade bajsat på sig och hon var i full färd med att förbereda för ett litet party som hon tänkte hålla för imaginära vänner.

Jag och den dementa kvinnan pratade telefon i cirka en timme. Någon annan tog över mina ordinarie arbetsuppgifter. När vi la på var hon eld och lågor över att äntligen återse mig – sin gamla barndomsvän – och komma på kaffe.

I efterhand var det svårt att redogöra för vad vi hade pratat om under hela vårt långa samtal, vad det var som hade fått henne att ändra sig. Mina kollegor påstod att det var *tyst kunskap*, som jag hade använt mig av. Jag hade hört begreppet förut och höll med om att det var svårt att säga vad som egentligen hade hänt mellan mig och kvinnan. Samtidigt fanns det faktorer som jag skulle kunna nämna för att förklara att denna situation löste sig på det sätt som vi önskat.

”Att arbeta med människor” är en luddig formulering som skulle kunna användas för att beskriva i stort sett vilket arbete som helst i dagens Sverige. Men att arbeta med relationer och använda sig av det som vi i dagligt tal kallar känslor kan nog sägas vara extra vanligt inom vården. I takt med att vårdbete kommersialiseras vaknar såväl försvarare som kritiker av datoriseringen och effektiviseringen av mänskliga relationer. Att som vårdpersonal ta hand om människor som är sjuka eller befinner sig i kris är inget ovanligt. Men finns det en gräns för hur mycket kris vårdpersonalen kan hantera känslomässigt innan de börjar fjärma sig från jobbet? Och vad händer med dem då?

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka vilken typ av kunskap som var involverad i samtalet som jag hade med den förvirrade kvinnan och i liknande situationer som kan förekomma inom vården. Arbetet med att ta hand om barn, gamla, sjuka och funktionshindrade – ett arbete som tills för inte så länge sen, sköttes inom familjen – har nu blivit till ett lönearbete för många

människor. Mänskliga relationer inom vården är ett aktuellt ämne i en tid då man på många håll försöker dela upp detta arbete i mätbara enheter.

Gemensamt för de flesta av exemplen som jag tar upp genom uppsatsen är att de handlar om situationer där vårdpersonal försöker lugna en vårdtagare eller en patient alternativt försöker undvika känsloutbrott som uppfattas som negativa samt hur vårdpersonal hanterar sina egna känslor i vårdsituationen.

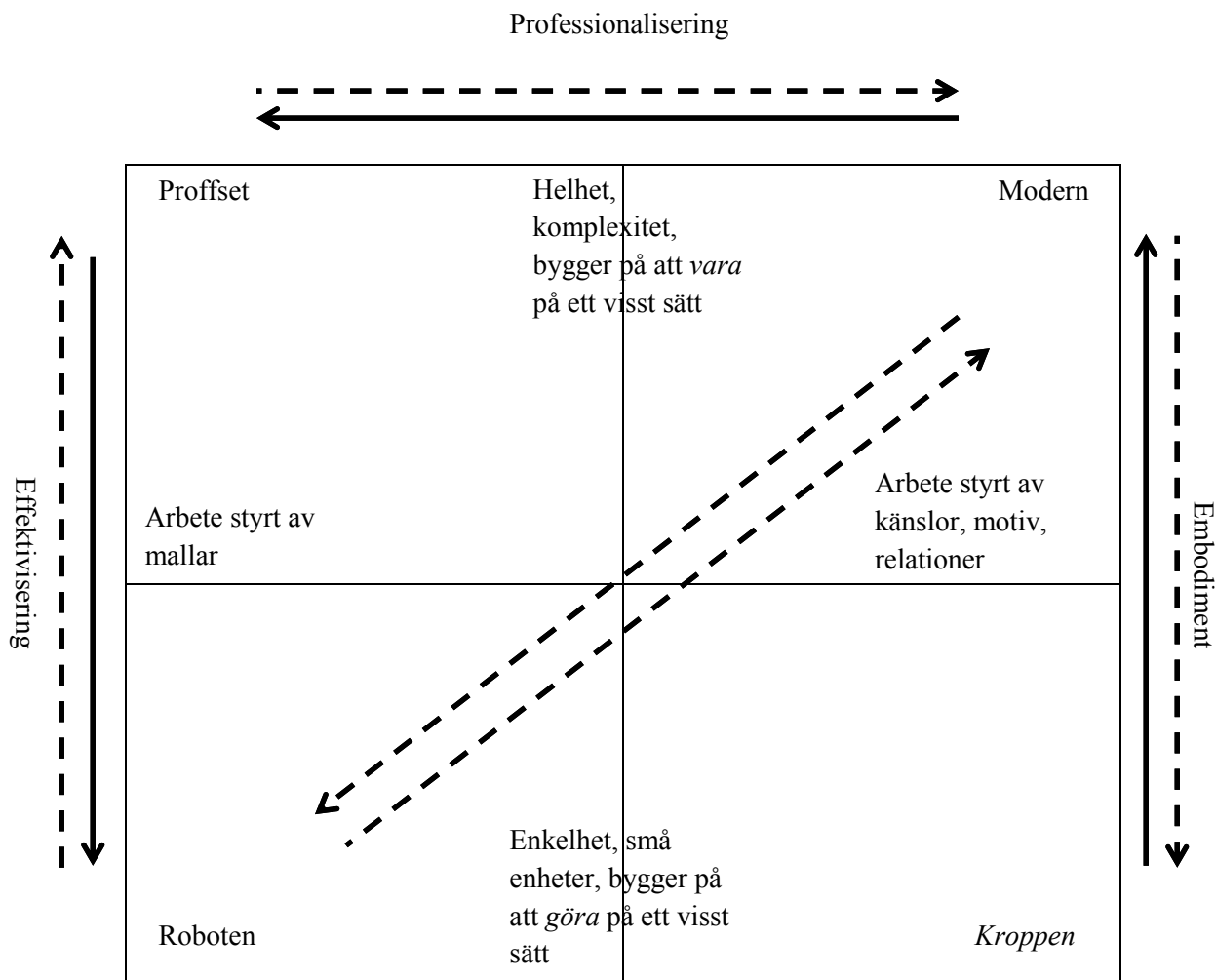
Jag hoppas på att kunna ge en bild av hur kunskap ignoreras eller lyfts fram, samt hur den förmedlas till och mellan personer som arbetar i vårdsektorn. Jag kommer att ta exempel på hur vårdpersonal å ena sidan strävar efter att artikulera sitt arbete och hur de å andra sidan agerar bredvid regelverken och talar om sitt arbete som något som inte går att beskriva, ringa in eller sätta ord på. Vårdpersonalen och deras patienter befinner sig dessutom inom olika institutioner som man från politiskt håll försöker effektivisera och vars metoder man från sjuksköterskeföreningars håll, vill försäkra sig om, bygger på så kallad ”evidensbaserad vård och omvårdnad”¹. Min frågeställning är således:

Vad händer med vårdpersonalen när deras arbete passas in i en evidensbaserad och tidseffektiv mall? Finns det någon typ av kunskap som går förlorad i processen att evidensbasera och tidseffektivisera vårdarbetet?

1.2 Disposition

Jag har disponerat denna uppsats utifrån tre olika trender som jag tycker mig se i de exempel och intervjuer som jag samlat in. De tre kapitelrubrikerna – Roboten, Proffset och Modern är med Max Webers termenologi idealtyper (Weber 1904), det vill säga tänkta modeller som inte finns i praktiken utan är hypotetiska konstruktioner av hur personer som arbetar inom vården skulle vara och göra om en av de processer jag beskriver (effektivisering, professionalisering, embodiment, se Figur 1.) renodlades och drogs till sin spets.

¹ Evidensbaserad vård och omvårdnad bygger, enligt Svensk Sjuksköterskeförening på “en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut. EBV-processen innebär att ställa kritiska frågor, systematiskt söka, sammanställa, kritiskt granska, tillämpa och utvärdera de befintliga forskningsresultaten”. (<http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Evidensbaserad-omvardnad/Evidensbaserad-var-d-och-omvardnad/>)



Figur 1

Jag kommer alltså att fokusera på vad som händer längs med de heldragna linjerna i Figur 1., men för att påminna om att processerna inte behöver vara enkelriktade har jag även ritat ut streckade linjer som går i motsatt riktning. Jag vill betona att indelningen inte motsvarar konkreta situationer i vården. I de verkliga situationerna befinner sig människor på en glidande skala. Deras handlingar styrs inte *antingen* av känslor, värderingar, motivationer *eller* formella regelverk och mallar – det är ett samspel. Därför kommer även de olika delarna i denna text att glida in i varandra och hänvisa till varandra. Syftet med denna indelning är alltså att strukturera upp data för att göra den överskådlig.

I del 2.1 tittar jag på effektiviseringsmetoder som används inom vården och hur vårdpersonalen beskriver att deras arbete och kunskap påverkas av dessa. Metoderna går ofta ut på att analysera vilka konkreta uppgifter vårdpersonalen har att utföra under ett arbetspass och att sedan dela upp dessa uppgifter i små mätbara delar. Syftet med effektiviseringen är att spara på vårdpersonalens tid och därmed på de ekonomiska resurser som vårdenheten har tillgång till. En av mina informanter menade att det sätt att arbeta, som hon tyckte att metoden tvingade henne till, reducerade hennes arbete till ett arbete som skulle kunna utföras av en robot. Roboten är i detta fall någon eller något som utför ett arbete som är förutbestämt av en mall där en viss händelse kräver en viss åtgärd. Jag kommer att titta på detta med hjälp av Hochschilds teorier om emotionellt arbete och känsloregler.

Proffset, som har namngett del 2.2 är den idealtyp som ska formas av ett utbildningssystem där (i likhet med fallet med Roboten) varje händelse har sin bestämda åtgärd. Skillnaden mot Roboten är att åtgärderna som Proffset utför är inriktade på att ge patienterna en så god vård som möjligt medan åtgärderna som Roboten utför är mer inriktade på att vara så tidseffektiva som möjligt. Jag tar i detta stycke upp Polanyis syn på ”tyst kunskap” och hur den kan ställas mot vad sjuksköterskestudenterna lär sig under sin utbildning.

Modern i del 2.3 står för en idealtyp som har lärt sig ett sätt att vara genom erfarenheter. Att Modern får stå som representant för detta har att göra med de tidiga barnmorskornas sätt att lära sig yrket. Innan barnmorskeyrket professionaliserades var det enbart kvinnor som själva hade fött barn som fick utöva yrket. Kunskapen om att föda barn hade kommit till dem genom kroppsliga erfarenheter – embodiment. Liknade sätt att få kunskap återkommer inom flera olika områden och yrken – till exempel inom hemtjänsten. I denna del kommer därför teori om embodiment att diskuteras.

Idealtyperna representeras inte av verkliga människor inom vården. En och samma person kan förhålla sig (eller försöka förhålla sig) till effektiviseringsmallar, evidensbaserade behandlingsmetoder och egna erfarenheter på samma gång.

1.3 Bakgrund

I följande stycke kommer jag att ge en bakgrund till det sätt att se på kunskap som ligger till grund för evidensbaseringen² av vården samt visa på ett mer antropologiskt sätt att förhålla sig till kunskap.

Mark Twain sa en gång: ”Om hammare är det enda verktyg vi har, så blir det spik av allt vi ser” (Sivik 1995:14). Om vi präglats av en viss kunskapssyn tenderar vi att se den kunskap som kan passas in i den medan vi ignorerar kunskap som inte passar i mallen (Crick 1982:295). Den akademiska sfärens sätt att se på kunskap har ofta varit präglad av en västerländsk kunskapssyn som stammar från Aristoteles (Crick 1982:294). Aristoteles skiljer på praktisk kunskap – fronesis, hantverksmässig kunskap – techné och vetenskaplig kunskap – episteme (Nilsson 2009:44 - 48). Inom akademien syftar man ofta på episteme, när man talar om kunskap. Det är den kunskap som går att läsa sig till i en bok (Barth 2002:2), den kunskap som handlar, med Gilbert Ryles ord, om att ”veta att” (Ryles 1949). Inom omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap talar man om evidensbaserad vård, vilket innebär att de behandlingsmetoder som erbjuds patienterna (även förhållningssätt och samtalsmetoder) ska vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet³.

Detta sätt att värdera kunskap är inkorporerat i den samtida sjuksköterskeutbildningen, sedan den tagit klivet in i den akademiska världen.

För att återgå till Twains liknelse kanske vi skulle behöva andra verktyg än en hammare för att kunna upptäcka något annat än spikar att slå in, en efter en. Fredrik Barth menar att antropologer måste vara uppmärksamma så att de inte alltför villigt följer det västerländska kunskapsidealet som de, enligt honom, har ”marinerats i”. Han intresserar sig för hur kunskap förs vidare mellan människor och argumenterar för att kunskap alltid är tredelad; den består 1) av en kropp av idéer om hur världen är beskaffad, olika påståenden som tas för sanna, 2) den har ett språk, i form av ord, symboler och handlingar, genom vilket den kan distribueras, och 3) den befinner sig i ett socialt sammanhang i vilket den sprids (Barth 2002:3). I flera av de exempel jag tar upp är själva kroppen av kunskap dold medan vi kan skönja ett språk, det vill säga handlingar

² Se fotnot 1

³ Metoder i omvårdnad och i sjuksköterskans arbete: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Evidensbaserad-omvardnad/Metoder-i-omvardnad-och-i-sjukskoterskans-arbete/>
Evidensbaserad vård och omvårdnad: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Evidensbaserad-omvardnad/Evidensbaserad-var-d-och-omvardnad/>

som förmedlar kunskapen. Vi kan även försöka ringa in det sociala sammanhanget, inom vilket kunskapen förmedlas. I denna uppsats kommer sammanhanget att variera från arbetsplatsen, till utbildningsplatsen (som ibland är skild från arbetsplatsen och ibland är densamma) och till hemmet och familjen.

Mark Harris skriver i introduktionen av antologin *Ways of knowing* om användningen av ordet kunskap i det engelska språket. Till skillnad från till exempel tyskan där man skiljer på ”wissen” – att veta eller kunna och ”kennen” – att känna till en plats eller känna en person, så finns i engelskan bara ett ord ”know”, vilket enligt Harris kan leda till begreppsförvirring (Harris 2007:5) eftersom det kan få oss att tro att det bara finns en typ av kunskap.

För att dra en parallell till svenska språket kan man här dra en röd tråd från att ”känna till”, till att känna en person och att känna, som i att uppleva någonting och till att ha känslor.

Merete Mazzarella är litteraturvetare och håller kurser för sjukvårdspersonal i hur de kan använda sig av humaniora för att få nya perspektiv på sitt arbete. Hon menar att vi, i den svenska vårdapparaten, verkar ha glömt bort att känslor ”inte är något som finns inom oss utan snarare mellan oss, att de har med relationer att göra. [...] Och med känselsinnet, med förmimmelser: Nuförtiden talar vi mycket om att röras och bli berörda men det är som om vi hade glömt att tillstånden hör ihop med beröring (Mazzarella 2005:25)”.

Vad en känsla är och var den rör sig är något som Catherine Lutz har utforskat genom sina fältstudier på stillahavs-atollen Ifaluk (1988). Hon menar att det, i västvärlden, finns en tendens att se känslor som något som finns isolerat inom varje människa, snarare än ett utbyte i relationer mellan människor (1988:212). Genom sina studier har hon visat vilka stora skillnader det finns i synen på vad en känsla är och vilka känslor som är berättigade i vilket sammanhang (1988:73).

Sammanfattningsvis kan man säga att kunskap kan tolkas och sorteras på flera olika sätt (och betydligt fler än vad som nämnts här). Att evidensbasera omvårdnad innebär att man fokuserar på en viss typ av kunskap – den som går att mäta i vetenskapliga studier. Detta innebär inte per automatik att man ignorerar kunskap som inte är mätbar. Hur detta förhållande ser ut inom vården är en av de frågor som jag önskar fördjupa mig i, i denna uppsats.

1.4 Teorier om omsorg och kunskap

Jag kommer att använda mig av Arlie Russell Hochschilds teori om emotionellt arbete och känsloregler för att undersöka vad som händer med vårdpersonalen när deras arbete placeras i en standardiserad, evidensbaserad och tidseffektiv mall. Jag kommer att använda mig av teorier om embodied knowledge och Michael Polanyis teori om tyst kunskap för att undersöka om det finns någon typ av kunskap som går förlorad när vårdpersonalens arbete placeras i en evidensbaserad och tidseffektiv mall.

1.4.1 *Emotionellt arbete och känsloregler*

I början av 1980-talet beskrev sociologen Arlie Russell Hochschild i *The Managed Heart* (1984) hur flygvärdinnor och stewardar gör motstånd mot kravet att de, i sitt arbete alltid förväntas le och vara trevliga mot passagerarna, vad som än händer. Hochschild benämner detta som ”emotionellt arbete” och diskuterar hur ett sådant arbete påverkar de människor som utför det. Emotionellt arbete utförs mot lön och går ut på att ”undertrycka vissa känslor och visa upp andra” (Hochschild 1984:7).

När flygvärdinnorna drar upp mungiporna till ett leende, oavsett om de själva känner sig glada eller inte, ägnar de sig åt ”ytagerande” (Hochschild 1984:37). Men ibland går det inte att anpassa de egna känslorna efter vad jobbet kräver. Vid ett tillfälle försöker en flygvärdinna få en passagerare att sätta sig in i hennes situation:

A young businessman said to a flight attendant, 'Why aren't you smiling?' She put her tray back on the food cart, looked him in the eye, and said, 'I'll tell you what. You smile first, then I'll smile.' The businessman smiled at her. 'Good,' she replied. 'Now freeze, and hold that for fifteen hours.' Then she walked away. (Hochschild1984:127)

I studien av flygvärdinnorna uppmanas de, av sin arbetsgivare, att föreställa sig att passagerarna på flyget är gäster i deras eget vardagsrum. Men liknelsen haltar eftersom man knappast skulle bjuda hem sextio främmande människor till sitt eget vardagsrum (Hochschild 1984:120). Hochschild menar att flygvärdinnorna hanterar situationen genom att fjärma sig själva från

jobbet, ta lätt på det (Hochschild 1984:135), eller att de har förmåga att ”depersonalisera” situationer som de hamnar i (Hochschild 1984:132). På svenska skulle vi säga att man ”inte tar det personligt”.

Hochschild beskriver även något som hon kallar ”djupagerande”. Detta går ut på att man försöker känna det som arbetet kräver, att vara den människa som kunderna eller patienterna behöver för att bli nöjda (Hochschild 1984:55). Ju djupare band vi har till den de personer som vi träffar i arbetet desto mer emotionellt arbete krävs av oss, och det blir även viktigare att följa det som Hochschild kallar ”känsloregler” (Hochschild 1984:68).

Känsloregler är kulturellt formade uppfattningar om hur människor borde känna i olika situationer (Hochschild 1984:56). När vi uppfattar att våra känslor inte är i fas med vad vi borde känna kan vi gå in och försöka styra våra känslor, vilket alltså är ett slags djupagerande (Hochschild 1984:56-57). Det händer också att vi försöker påminna andra om hur de borde känna: ”Du borde skämmas!”, ”Varför är du inte glad, nu när du har fått allt du önskat dig?” (Hochschild 1984:58). Detta kan bland annat förekomma när någon känner saker som inte passar sig i situationen. Hochschild kallar detta för ”missfitting feelings” (Hochschild 1984:63).

Liknelsen med de sextio främmande människorna i det egna vardagsrummet går att överföra till många vårdsituationer – framförallt till hemtjänstarbete – där personalen uppgift är att hjälpa människor med hushållsarbete som de inte klarar själva. Hemtjänstpersonalen befinner sig bokstavligen i andra människors vardagsrum, som gäster, men ingen skulle, på sin fritid, besöka så många människor på så kort tid, som hemtjänstpersonalen gör i sitt arbete.

1.4.2 Tyst kunskap

Michael Polanyi är upphovsman till begreppet tyst kunskap. Han ser tyst kunskap som något som vi *skulle kunna* artikulera men som vi vänder bort vår uppmärksamhet från, för att bättre kunna fokusera på helheten i det vi gör eller tar beslut om (Polanyi 1996:33). Eftersom vi vänder uppmärksamheten bort från detaljerna är det alltså inte säkert att vi känner till dem. Vi kan således ”veta mer än vi kan säga”(Polanyi 1996:27). I min förståelse av Polanyis text bygger tyst kunskap trots allt på samma bild av kunskap som Aristoteles målade upp – och på att kunskapen finns inom människan. Det Polanyi tillför är att han menar att vi inte kan hålla alla små detaljer aktuella och möjliga att lyfta fram och artikulera, om vi samtidigt ska kunna greppa en större

helhet. Mot bakgrund av detta varnar Polanyi för att ignorera den kunskap som vi inte kan artikulera:

Den moderna vetenskapens uttalade syfte är att upprätta en strikt oberoende, objektiv kunskap. Varje avsteg från detta ideal accepteras bara som en temporär brist, som vi måste sikta på att undanröja. Men antag att tyst tänkande utgör en oundgänglig del av all kunskap, då skulle idealet att avlägsna varje personligt element från kunskapen i själva verket leda till en förstörelse av den. Den exakta vetenskapens ideal skulle visa sig vara i grunden vilseledande och kanske också en källa till förödande misstag. (Polanyi 1996:45)

Henrik Bohlin föreslår att tyst kunskap ska definieras som ”hur-kunskap och varseblivningsförmågor som inte kan läras ut genom att de uttrycks språkligt som generella regler” (Bohlin 2009:82). Begreppet tyst kunskap och Polanyis hela sätt att argumentera har dock blivit kritiserat från många håll. Bland annat pekar Bohlin på att användningen av begreppet kan leda till en mystifiering av saker som faktiskt går att reda ut (Bohlin 2009:71).

Det som är viktigt att komma ihåg i läsningen av denna uppsats är att vi inte alltid kan redogöra för hur vi har kommit fram till något som vi tror oss veta, men att slutresultatet ändå bygger kunskap som vi på ett eller annat sätt har tillskansat oss.

1.4.3 Embodied knowledge

Den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty tog, på 1940-talet, avstånd från Descartes uppdelning av kropp och tanke och menade att kroppen inte bara är ett objekt utan att den i sig har ett medvetande och att kunskap finns inlemmad i kroppen (Merleau-Ponty 2012). Inlemmad kunskap är färdigheter som stegvis kommer till en genom praktisk erfarenhet och brukar inom antropologin benämnas ”embodied knowledge”.

Ett exempel på hur denna process kan gå till är antropologen Paul Stollers livshistoria. Under Stollers tid i hos en stam i Nigeria bevittnade han bland annat hur hans läromästare Adamu Junitongo fick vetskap om källan till trolldom och olycka hos olika personer genom att studera snäckskal. När Stoller frågade hur det gick till fick han svaret att det inte gick att lära ut. Han måste uppleva det själv (Stoller 2007:169). Han skulle såsmåningom, efter många års

umgänge med Adamu Junitongo komma närmare den kunskap som läromästaren besatt. Men även om Stoller närmade sig kunskapen, var det inte förrän han själv insjuknade i cancer och, i skarpt läge använde sig att de krafter han flera år tidigare kommit i kontakt med, som de fick en djupare mening för honom (Stoller 2007:158, 164). Då kom han till insikt om att trolldom var en samling inkorporerade principer och ett sätt att ta sig fram genom livet (Stoller 2007:165). För honom tog dessa principer praktisk form genom att han genomförde en och samma ritual innan och under varje cellgiftsbehandling. Det skänkte honom en känsla av kontroll och gjorde att behandlingen och sjukdomsperioden blev mer meningsfull för honom (Stoller 2007:167).

Embodied knowledge är alltså kunskap som finns i kroppen och en kunskap som man lär sig med kroppen genom erfarenheter.

*

De teorier jag beskrivit ovan handlar om kunskapens relation till att känna, det vill säga att perception och känslor är viktiga redskap för kunskap. Som jag tidigare nämnt är känslor, enligt Lutz, kopplade till relationer. Jag, kommer, i denna uppsats att argumentera för att kunskap, på detta sätt står i förbindelse med relationer.

1.5 Metod och källor

Många av citaten som förekommer i texten är hämtade från två intervjuer, närmare presenterade nedan. Vidare har jag hämtat material och exempel från två olika avhandlingar där fältarbetet är gjort inom hemtjänsten – antropologen Renita Sörensdotters *Omsorgsarbete i omvandling – genus, klass och etnicitet inom hemtjänsten* (2008) och teologen Gunilla Silfverbergs *Att vara god eller att göra rätt – en studie i yrkesetik och praktik* (1996). Även om författarna till dessa avhandlingar har ett annat fokus än vad jag har finns många exempel och citat som även kan illustrera hur kunskapsöverföring eller förhindrande av detsamma kan se ut. Några exempel är även lånade från antologin *Vad är praktisk kunskap?* från Centrum för praktiskt kunnande på Södertörns högskola (Bornemark & Svenaeus 2009).

Slutligen har jag även infogat beskrivningar av situationer från mitt eget yrkesutövande som vårdbiträde och sjuksköterska.

Intervjuer

Det finns mycket skrivet om svåra situationer och prioriteringar i vården. Men för att komma närmare mina specifika frågeställningar har jag använt en intervju med en undersköterska, som jag har valt att kalla ”Stella” samt en intervju med en sjuksköterska som är vidareutbildad till distriktssköterska och som jag har valt att kalla ”Setareh”. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Citat återges lätt bearbetade, till exempel när grammatiskt felaktig ordföljd gör det svårt att uppfatta vad någon av de jag intervjuat vill säga. Jag stöder mig här på Sörensdotters sätt att bearbeta sina intervjuer (Sörensdotter 2008:49). När de jag intervjuat har återgett en tänkt eller verklig dialog, har jag markerat detta genom att kursivera texten.

Stella jobbar som undersköterska på en hospiceavdelning i Sverige. På hospice vårdas människor i livets slutskede. Fokus ligger inte på att bota utan på att ge god omvårdnad och smärtlindring i patienternas sista tid i livet. Människor som arbetar på hospice träffar personer under deras sista dagar och de träffar anhöriga som ofta befinner sig i en helt ny, skrämmande och smärtsam situation. Personalen måste därför, i sin vardag, hantera känslor som är allt annat än vardagliga för patienter och anhöriga.

Intervjun med Stella var till en början semistrukturerad och inleddes med frågan ”Finns det något tillfälle i jobbet när du handlar utifrån en erfarenhet som du inte skulle kunna skriva ner?”, och utvecklades till ett samtal om hur bemötandet mot någon som just förlorat en anhörig kan se ut.

Setareh är sjuksköterska, har läst pedagogik och vidareutbildat sig till distriktssköterska. Hon jobbar inom habiliteringen i en svensk kommun och ansvarar för omvårdnaden på flera LSS⁴-boenden där flertalet av brukarna har diagnosen autism eller någon annan utvecklingsstörning⁵.

Även denna intervju var semistrukturerad och rörde sig kring tre stora frågor: a) Setarehs väg in i sjuksköterskeyrket och distriktssköterskeyrket, b) Hur en vanlig arbetsvecka såg ut för henne under de första dryga tio år som hon jobbade inom habiliteringen och c) om och hur

⁴ Lagen om stöd och service, reglerad av Socialstyrelsen.

⁵ Inom bland annat sjuksköterskeutbildningen, använder man begrepp som ”funktionshinder” och säger att en person ”har ett funktionshinder” men i denna uppsats har jag valt att använda mina informanternas ordval i så lång utsträckning som möjligt.

arbetssättet förändrades när kommunen införde Lean⁶ som verksamhetsstrategi. Jag var intresserad av att prata med Setareh just eftersom hon upplevt såväl att lägga upp sitt arbete på egen hand, som att jobba efter ett mer styrande system. Efterhand utvecklades intervjun till ett samtal som bland annat rörde relationen mellan vårdpersonal och patienter med utvecklingsstörningar och autism samt en diskussion om vem som är ”normal” och vem som inte är det.

⁶ Mer om Lean Healthcare i stycke 2.1.1.

2 Vårdyrkenas ytterligheter

2.1 Roboten

När det är lugnt och harmoniskt, när de gamla – eller barnen – verkar sysselsatta och tillfreds är det ingen utomstående som ser hur mycket arbete och omtanke som behövts för att skapa tryggheten. Om politiker med ekonomiskt ansvar kommer på besök är det tvärtom fara värt att de tittar sig omkring och säger: ”Här är det ju så fridfullt att man utan vidare kan skära ner personalen!” (Mazzarella 2005:171)

Om det finns en lista med uppgifter som vårdpersonalen ska bocka av under sitt arbetspass för att visa att de gjort rätt för sin lön, hur motiverar man då att man en dag gjort ingenting, i alla fall inget som tydligt kan mätas och ringas in?

I detta kapitel kommer jag att beskriva hur ett system som är till för att göra vårdarbetet mer resurseffektivt påverkar vårdpersonalen. En av de jag intervjuat menar att hennes arbetsgivare ser på sina anställda som robotar; de är utbytbara enheter som ska genomföra förutbestämda åtgärder utan att blanda in egna känslor och motiv.

Jag kommer att ta exempel på situationer då personalens egen uppfattning om vad de borde göra krockar med vad de, enligt systemet, förväntas göra samt hur de agerar för att ”gå runt” systemet. Det som beskrivs i detta kapitel är en process som jag kallar effektivisering i Figur 1 och som rör sig längs med den heldragna linjen.

2.1.1 Att producera hälsa

Bo Göranson har i sin bok *Det praktiska intellektet* ett exempel på hur det gick till när en så kallad tidsstudieman skulle datorisera det arbete som ett lag av ingenjörer utförde i sitt yrke. När ingenjörerna skulle beskriva vad det var de egentligen gjorde på jobbet framstod det som om de inte hade någon aning om vad de sysslade med. Efter lite noggrannare undersökningar visade det sig dock att de helt klart hade full koll på sitt arbete men att de aldrig tidigare hade behövt artikulera det för någon utomstående (Göranson 2009: 24). Sedan decennier tillbaka har man, om inte datoriserat, så i alla fall försökt standardisera det arbete som utförs inom vård och omsorg.

I slutet av 1980-talet inleddes införandet av ”New public management”, förkortat NPM, i den svenska vården. Syftet var att hålla bättre koll på var skattepengarna som pumpades in i vården tog vägen (Ritter 2014:22). Frågan var bara hur vård och hälsa skulle mätas. Kort uttryckt kan man säga att NPM-modellen går ut på att utföraren av vård (Landstinget eller en privat klinik) får betalt per utförd ingrepp, till exempel en höftledsoperation eller ett genomfört nybesök på akuten eller vårdcentralen. Det spelar i princip ingen roll hur lång tid besöket eller operationen tar eller hur väl det utfaller – utföraren får lika mycket betalt av staten ändå. Kritikerna av NPM har menat att detta innebär att sjukhusen kan genomföra dåliga, onödiga operationer som inte gör patienterna friska – bara sjukhusen genomför operationerna. Därför håller nu ett nytt system på att sättas i rullning; så kallad ”värdebaserad vård” där vårdgivarna inte får betalt förrän man genomfört en resultatkoll, för att se att patienterna faktiskt blev friskare av vården. (Ritter 2014:27).

För att konkretisera hur det kan gå till på en arbetsplats när vårdarbetet ska struktureras upp och tidseffektiviseras kan vi titta på hur man, bland annat i Region Skåne, använder sig av en ”verksamhetsstrategi” som kallas ”Lean Healthcare”⁷ och är en vårdanpassad version av ”Lean production” – ett produktionssystem som utvecklats inom japansk bilindustri och som syftar till att effektivisera produktionen. Inom Lean använder man sig av olika metoder och verktyg. Ett sådant verktyg kan till exempel vara Värdeflödeskartläggning - VFK. I en VFK träffas personer från olika professioner (undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, paramedicinare osv.) för att gå igenom vilka aktiviteter som de utför under arbetsdagen. Syftet med en VFK är ”att göra helheten synlig, inte bara enskilda aktiviteter” samt att ”[f]ånga problem och slöserier”⁸.

*

Jag träffade Setareh som jobbar som distriktssköterska på habiliteringen i en svensk kommun, på ett mycket litet jourrum på hennes arbetsplats. Rummet var inrett enbart med en stol och en låg säng. Medan jag satt och väntade på Setareh hörde jag ljudet från hennes klackskor då hon energiskt gick fram och tillbaka i korridoren för att avsluta dagens arbete innan intervjun. När

⁷ Hädanefter kommer jag enbart att skriva Lean när jag syftar på Lean Healthcare, även om Lean används inom fler branscher än vården.

⁸ <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Om-Skanes-universitetssjukhus/Var-verksamhetsfilosofi/Lean-healthcare/Lean-intro/>

hon kom in och satte sig på stolen hamnade hon mycket högre upp än jag, vilket hon bad om ursäkt för. Genom hela intervjun förstärkte hon vad hon pratade om med tydliga gester, ansiktsuttryck och ljud. Detta skulle visa sig stämma överens med de strategier som hon sa sig använda, även i kontakten med sina patienter. Setareh ansvarar för omvårdnaden om de boende på flera av kommunens LSS-boenden och hade jobbat relativt självständigt i över tio år, när kommunen, för två år sedan, införde Lean.

SETAREH: Meningen med systemet var att okej, den dan som Setareh blir sjuk så måste Pelle som kommer och jobbar istället för Setareh veta vad Setareh ska göra. Men det gav inte utrymme till mig att skriva eller meddela att, *det är inte mig som du ska ersätta, du ska ersätta mitt sätt till patienten. Du ska kanske till och med ha samma parfym som jag har för det är det som är en kommunikationssätt mellan mig och min patient.* Men det gav inte det. Det tyckte att du får skriva din insats, åtgärd, tid, så vem som helst kan göra det, vilken sköterska som helst kan göra det.

När Setareh beskriver hur hon tidigare brukade lägga upp sitt arbete berättar hon ingående varför hon gjorde på det ena eller det andra sättet. Hon tyckte, när hon jobbade som sjuksköterska, att de flesta andra sjuksköterskor litade för mycket på läkarnas ordinationer och utförde åtgärder som bara skulle avhjälpa konkreta sjukdomssymtom – inte främja hälsa. I distriktssköterskeyrket har hon ett större ansvar och förväntas i högre grad kunna motivera sina självständiga beslut. Setareh har en tydlig bild av vad hon gör på jobbet och varför. Hon argumenterar med konkreta exempel för att hon behöver handlingsutrymme att sköta sitt jobb på sitt eget sätt. Hon tar exempel på hur arbetet med Lean krockade med hennes egen uppfattning om hur den sorts vård som hon utförde borde utföras och kopplar det till vad hon genom studier på högskola samt genom mångårig erfarenhet har lärt sig.

2.1.2 Gå runt systemet

Setareh kunde artikulera varför hon utförde sitt jobb på ett visst sätt. Hon var, under tiden som hon jobbade med Lean, öppet kritisk mot systemet och framförde till sina chefer *vad* det var hon tyckte var fel:

SETAREH: Jag är anställd på habititeringen och jag vill göra det för att jag har kunskap om detta. Men nu blev det så att de såg mig som en resurs, som en robot som kan göra detta. En programvara, en programmerad robot som kan göra det och sen *ja fungerar inte den här roboten så kan vi ta en annan robot och den ska göra det.*

Hon berättar vidare om de strategier som hon utvecklade för att komma runt systemet och få fortsätta att jobba på det sätt som hon hade gjort förut:

SETAREH: Det var systemet som gjorde att vi kollegor var på varandra. Det förstörde vår tillit för alla ville göra tiden fri för sig själv. Hur kan vi göra det? Då får vi ljuga för systemet kan man säga ehh... eller hitta på massa grejer för att ha en tid emellan där att *jag ska ringa till dej jag ska ha lite administrativ, administrativ, administrativ.*

Det uppstod dock problem när kollegorna började ifrågasätta varandra i gällande hur lång tid de hade beräknat att en aktivitet skulle ta. De kunde påpeka för varandra att de hade skrivit in två timmar för en aktivitet som bara behövde ta tio minuter eller att de skrivit in att de skulle vara på en viss plats där de sedan inte alls befann sig.

SETAREH: Alltså jag kan säga att det blev jätteond spiral av det och hela det här onda gick in i ens entusiasm, den här energin som man ville lägga i jobbet. Jag kände så, och jag kan säga hela det här systemet, hela det här med arbetet och med kollegorna gjorde att jag blev sjuk, jag pallade inte med, så jag sjukskrev mig.

Setareh uttrycker alltså att hon *sjukskrev sig*, som om det var en aktiv handling från hennes sida. Senare berättar hon även att hon genast avbröt sin sjukskrivning när hon fått en ny chef som ringde upp henne för att berätta att man inte längre tänkte jobba utifrån Lean. Det förefaller som att det var för stor uppgift att *både* följa det system som var beslutat att Setareh, skulle arbeta efter *och* att utgå från det som känns rätt utifrån vad hon genom studier och erfarenhet har lärt sig.

2.1.3 *Emotionellt arbete*

Liksom de flygvärdinnor som Hochschild studerat och på vilka hon applicerat sin teori som emotionellt arbete måste vård- och omsorgspersonal producera ”rätt” emotionella tillstånd hos patienterna eller vårdtagarna. Renita Sörensdotter påpekar att det dock finns en tydlig skillnad mellan det emotionella arbete som en försäljare eller en flygvärdinna utför och det som vård- och omsorgspersonal, till exempel inom hemtjänsten utför, eftersom de senare träffar sina patienter eller vårdtagare under en lång tid, ibland flera gånger om dagen, medan flygvärdinnan eller försäljaren kanske bara kommer i kontakt med kunden vid ett enstaka tillfälle (Sörensdotter 2008:103). I vårdpersonalens långvariga relationer använder de sig ofta av ”djupagerande”. Djupagerande innebär att man försöker känna det som arbetet kräver, till exempel kan man tänka sig att en person skulle kunna vara ens mormor som man tycker om, för att lättare börja tycka om patienten. Sörensdotter återger hur hemtjänstpersonalen som hon följt anpassar sig för att arbetet med pensionärerna ska flyta på bra. En informant säger ”Man måste nästan ställa om sig utanför varje dörr, fast man försöker vara den man är, men det går inte på alla ställen” (Sörensdotter 2008:104). Ett djupagerande kräver alltså mer än att bara anlägga en mask; det kräver att man, åtminstone för en stund, försöker bli den person som jobbet kräver att man är.

Enligt Hochschild är emotionellt arbete en viktig och nödvändig resurs i många typer av arbete och inget som behöver vara fel eller problematiskt. Det är när människors emotionella arbete överutnyttjas av en annan grupp människor som situationen uppfattas som bekymmersam (Hochschild 1984:12).

En tanke med Lean är att personalen ska kunna ta över varandras arbete, genom att läsa sig till vilka uppgifter som är gjorda och vilka som är kvar att utföra. Setareh beskriver hur hon, innan hon började jobba enligt Lean, förberedde sig inför varje besök hos sina patienter genom att tänka igenom hur hon brukade klä sig när hon gick till den aktuella patienten, hur hon brukade tilltala den, hur hon brukade röra vid den. Detta arbete tar tid, och det är en tid som är svår att redogöra för. När omsorgspersonalen får mindre möjligheter att styra över sin egen tid och istället får en lista med uppgifter som de ska bocka av blir det svårare att ställa om på det sättet.

Setareh menar att Lean inte tillåter henne att handla så som hon genom utbildning och empiri lärt sig. Hon antyder även att en anledning till att den chef som införde Lean på hennes

arbetsplats inte kunde begripa på vilket sätt Lean krockade med hennes vanliga sätt att sköta sitt arbete var att chefen inte hade någon sjuksköterskeutbildning eller hade jobbat inom vården. Detta leder mig till att närmare undersöka vad det är sjuksköterskeutbildningen lär ut och vilket förhållningssätt den förespråkar bland vårdpersonal.

2.2 Proffset

I denna del kommer jag att ta exempel på hur sjuksköterskor och annan vårdpersonal skolas in i att vara professionella i sitt arbete. Vad innebär det att vara professionell enligt människor som har ansvar för utbildningen av nya sjuksköterskor? Vad kan professionell betyda för de människor som arbetar inom vården?

Jag tar exempel på när vårdpersonalen har upplevt sig själva som oprofessionella. Vilken relation finns mellan att uppträda professionellt och att styras av känslor och motiv? Hur kan detta kopplas till att följa eller bryta mot känsloregler? Det som beskrivs i detta kapitel är en process som jag kallar professionalisering i Figur 1 och som rör sig längs med den heldragna linjen.

2.2.1 Evidensbaserat uppträdande kontra tyst kunskap

Enligt Uppsala universitets utbildningsplan för Sjuksköterskeprogrammet läser de blivande sjuksköterskorna framförallt ämnet vårdvetenskap. Centralt i beskrivningen av utbildningen är att "[k]unskap i omvårdnad skall vara evidensbaserad och tillämpas på ett professionellt etiskt och vetenskapligt reflekterande förhållningssätt."⁹ Vad som är evidens¹⁰, etik och vetenskap förväntas studenterna lära sig under sina tre år i vetenskaplig skolning. I de tre åren ingår lite mindre än ett års praktik på olika vårdavdelningar och i primärvården. Den längsta placeringen med samma handledare (som är en utexaminerad sjuksköterska) är, enligt Anna-Lena Blom som är studievägledare på programmet, sex veckor.

⁹ <http://www.uu.se/utbildning/utbildningar/selma/utbplan/?pKod=MSJ1Y&lasar=15%2F16>

¹⁰ Se fotnot 1

På flera svenska sjuksköterskeprogram lär man numera ut behandlingsmetoden ”Motiverande intervju”. Motiverande intervju är, enligt förespråkarna, ett verktyg för att få patienter att själva finna en motivation till att genomföra livsstilsförändringar. Under utbildningen får deltagarna, steg för steg, lära sig hur en sådan intervju ska gå till. Kursdeltagaren får instruktioner om hur hen ska reagera på patientens berättelse; nicka, humma och sammanfatta vad patienten själv har sagt – inte presentera några egna argument. I slutfasen av intervjun kan hen ställa olika argument som patienten själv har tagit upp emot varandra. (Holm Ivarsson 2013)

När sjuksköterskan ska professionaliseras försöker man alltså utvärdera vad som är ett korrekt bemötande ner till detaljer som hur man med hummande och olika bekräftande tekniker få till stånd ett bättre och mer pedagogiskt samtal mellan vårdaren och patienten. Polanyi beskriver ”tyst kunskap” som det vi gör utan att behöva tänka på det medan vi koncentrerar oss på en större helhet. Om vi skulle göra tvärtom – koncentrera oss på detaljerna – skulle vi riskera att missa eller missuppfatta helheten. Polanyi exemplifierar: ”Genom att koncentrera uppmärksamheten på fingrarna kan en pianist bli temporärt förlamad” (Polanyi 1996:42). Med Polanyis sätt att se på tyst kunskap, som något som vi bara kan använda när vi vänder uppmärksamheten från detaljerna, skulle detta sätt att föra samtal vara förödande för vår förmåga att se en helhet. Om sjuksköterskestudenterna lär sig en mall för vilka yttre tecken på känslor de ska visa upp för patienten i ett motiverande samtal – vad händer då när de träffar på patienter som inte följer den givna mallen för hur en människa ska reagera i olika situationer?

2.2.2 Att utgå från sig själv

Under sjuksköterskeutbildningen får studenterna även delta i ”rollspel” där de övar på att utföra allmän omvårdnad på varandra. Det kan handla om att mata någon och att matas, att vända någon i sängen och att känna hur det känns att bli vänd på. Min erfarenhet från att själv vara med vid sådana rollspel är att lärarna på sjuksköterskeskolan finner det både praktiskt och bekvämt att studenterna övar på varandra men att det även finns en uttalad önskan om att studenterna, genom att själva uppleva hur det känns att vara patient och utelämnad åt klasskamraternas handlag, ska kunna sätta sig in i patientrollen och därmed tänka på hur de skulle vilja bli behandlade.

Men alla håller inte med om att det går att utgå från sig själv när man avgör hur man ska bemöta en patient. Setareh beskriver sin relation till en utvecklingsstörd och stickrädd patient:

SETAREH: Det är väldigt mycket som jag förbereder mig själv, inte patienten. Jag förbereder mig själv: *vad ska jag göra?* Till och med, måste jag säga, att för många använder jag samma parfym också så att dom ska känna igen, dom ska känna igen mig. Samma röst. Jag försöker också att komma ihåg att säga samma meningar. Hur sa jag att jag hette Setareh? Vilken beröring har jag? Från vilken kroppsdel började min beröring först? Dan efter ska jag också göra samma sak. Det är mycket som man jobbar med sig själv.

Det som Setareh beskriver kan även gälla i mötet med dementa patienter. Vårdpersonalen har, även om det kan ta tid, möjlighet att lära känna sina patienter. De kan lära sig vad de tycker om att prata om, om de trivs med att man skojar med dem, eller om de hellre vill att man är lugn och försiktig. Men patienterna å sin sida, har, oavsett om de är dementa eller har en utvecklingsstörning, väldigt små resurser för att anpassa sig till personalen.

Enligt Setareh går det alltså inte att i alla lägen utgå från sig själv när man, som vårdpersonal, avgör hur man ska förhålla sig till sina patienter.

Setareh är, som vi såg i del 2.1 kritisk mot Lean, även om hon kunde tänka sig att det skulle kunna fungera i andra delar av vårdapparaten än den hon själv jobbar inom. Hon menar att systemet är extra svårt att införa inom habiliteringen eftersom de människor hon har som patienter där fungerar så annorlunda än vad den flesta andra gör:

SETAREH: För mig är mångfald inte den här etniska mångfalden. Mångfald är det här att du ser olika ut på grund av din etnicitet, på grund av ditt språk, på grund av din utvecklingsnivå, på grund av... jag vet inte... [...] Jag brukade också säga att det [Lean] kanske är rätt så bra men det är ungefär att du har en du har fått en skruvmejsel, att du ska öppna ett skruv...fast det inte är rätt det är rätt verktyg. Vad brukar man säga? Den har fyra... streck

YLVAR: Ja ja en sån stjärnskruvmejsel eller

SETAREH: Ja vi skulle haft en stjärnskruvmejsel men vi fick en annan form...

YLVAR: En sån platt liksom

SETAREH: ... och det går inte hur än du försöker. Ja lite kan du lösa men du kan... du kommer förstöra den skruven sen om du ska försöka. Kanske du löser upp men då har du förstört...

Setareh tar även exempel på hur det kan gå till när en sådan relation, som har byggts upp under lång tid, kan raseras, genom att förtroenden bryts utan att hon kan förklara för sina patienter varför hon inte hann förbereda dem som hon brukar inför olika undersökningar eller behandlingar. Hon beskriver hur hon vunnit en patients förtroende genom att hälsa på, inte bara när jobbiga undersökningar ska genomföras, utan även för att leka och prata om saker som patienten är intresserad av. När patienten väl har börjat lita på henne har det inte varit några problem att till exempel byta kateter eller ge en spruta. Men när systemet som Setareh arbetade efter gick ut på att vem som helst skulle kunna genomföra vilken uppgift som helst, att personalen skulle vara utbytbara bot varandra, hamnade patienten hos någon som han inte kände igen och fick ett hysteriskt utbrott.

Om kunskap är kopplad till känslor (Harris 2007:5) och känslor finns i mellanmänniska relationer (Lutz 1988:212) finns kunskapen om hur patienten ska hålla sig lugn i en stressig situation bara när just denna patient och Setareh är tillsammans. Om patienten är utelämnad till någon som hen inte har någon relation till kommer utbrottet oavsett hur bra eller dålig den som utför undersökningen är på själva uppgiften.

2.2.3 Känsloregler och oprofessionellt agerande

Det finns även tillfällen då den professionalitet som förespråkas från vårdutbildningarnas håll inte upprätthålls. Vad händer i de situationerna? Lottie Alsterdal återger en essä skriven av undersköterskan Christina som berättar om sitt möte med den lindrigt dementa och bittra Svea, som alltid klagade och skällde ut Christina, hur mycket hon än försökte hjälpa henne (Alsterdal 2009:164). En dag då Christina för femtioelfte gången blev kallad ”gråsugga” av Svea brast det för henne och hon slängde igen dörren till toaletten där Svea satt. När hon efter en stund samlat sig lite och kom tillbaka för att hjälpa Svea sa Christina, ”Tjenare, din gamla skata, sitter du här?”. Christina beskriver hur hon kände att hon inte levde upp till den professionella rollen vid det tillfället, eftersom hon lät sina ”verkliga” känslor skina igenom men Svea verkade uppskatta tilltaget (ibid). Att vara professionell verkar i det här sammanhanget kopplas till att inte blanda in sina egna känslor i relationen med vårdtagaren. Christinas känsla av oprofessighet kan alltså kopplas till hennes oförmåga att i stunden ”undertrycka vissa känslor och visa upp andra”, vilket

enligt Hochschild är vad emotionellt arbete går ut på (se stycke 2.1.3). Hon upplever själv att hennes känslor inte stämmer överens med hur hon borde känna, vilket Hochschild kallar ”misfitting feelings” (Hochschild 1984:68), då hon inte lyckas känna förståelse för Svea, utan istället blir irriterad och arg. Hochschild kallar detta – att känna något annat än det man uppfattar som ”rätt” känsla i situationen för ”misfitting feelings” och precis som i fallet med vårdbiträdet är det vanligt att man försöker hitta sätt att känna på ett annat sätt när man uppfattar att ens känslor inte stämmer med det förväntade.

2.3 Modern

I kapitel 2.1 och 2.2 har jag beskrivit hur den personliga relationen mellan vårdpersonal och patienter tillmäts allt mindre betydelse i takt med att vården blir evidensbaserad och effektiviseras.

I detta kapitel kommer jag att titta på hur vårdpersonal har lärt sig sitt arbete innan sjuksköterskeyrket professionaliserades och hur ny personal inom vård och omsorg, utan vårdutbildning, lär sig yrket idag. Modern kan liknas vid en förälder eller en annan person med mer erfarenhet och auktoritet än eleven eller barnet som ska lära sig att bli som henne. Barnet eller eleven lär sig moderns respektive vårdarens roll genom att härma henne. Det som beskrivs i detta kapitel är en process som jag kallar embodiment i Figur 1 och som rör sig längs med den heldragna linjen.

2.3.1 Ett högre väsen

Dagens svenska sjuksköterskor har sina rötter bland diakonissor och nunnor som, liksom Bibelns barmhärtiga samarit, ägnade sig åt omvårdnad av sjuka (Holmdahl 1994:21-22). Parallellt med de första sjuksköterskorna i Sverige och även innan deras intåg arbetade kvinnor som själva fött många barn med att förlösa andra kvinnor. Det var deras egen erfarenhet av barnafödande som gjorde att man såg dem som kompetenta till att hjälpa andra i samma situation. Det fanns även en uppfattning om att vissa kvinnor hade magiska egenskaper som gjorde att de klarade arbetet

(Holmdahl 1994:63). Idag kan män bli både sjuksköterskor och barnmorskor men framförallt inom barnmorskeyrket finns det fortfarande en överrepresentation av kvinnor¹¹.

I början av 1900-talet fanns i Sverige tjugosju ettåriga sjuksköterskeskolor. På några av dem bedrevs teoretisk undervisning men i de flesta fall utbildades ”systrarna” genom att gå elev hos erfaren vårdpersonal (Holmdahl 1994:154). Eleverna bodde tillsammans på sköterskehem i anslutning till sjukhusen och befann sig på avdelningen från morgon till kväll. Hela deras liv var alltså den blivande sjuksköterskans. Deras hem var ett hem för sjuksköterskor.

Under 1950-talet ger Wahlströms Flickböcker ut en serie om den modiga sjuksystem Lillemor. I *Lillemor i valet och kvalet* står att läsa:

Eleven var sysselsatt med att rulla gasbindor; för tillfället satt hon bara stilla och betraktade Lillemor. – Säkert ville han bjuda syster på nyårsvaka, svarade hon. Nu skrattade Lillemor. Hon tänkte i förbigående: Herregud, vilken fri ton det är nu för tiden. När jag var elev, skulle jag inte ha vågat prata så där med en utexaminerad sjuksköterska! En sådan betraktade man ju som en högre väsen. Men hon skrattade ändå. (Bergå 1959:8)

Att eleven inte skulle våga tala hursomhelst till en utexaminerad sjuksköterska, tyder på att rollen som sjuksköterska skulle medföra en naturlig auktoritet. Bokserien visar upp en stark hierarki mellan läkare och sjuksköterskor men framförallt mellan den utbildade sjuksköterskan och eleven. Ändå antyder citatet att det fanns en tid då hierarkierna var ännu starkare. En utexaminerad sjuksköterska var ”ett högre väsen” – något oåtkomligt, mystiskt, någon som de yngre eleverna längtade efter att bli. Finns något av denna tradition kvar bland dagens vårdpersonal?

2.3.2 ”Du har det med dig”

Stella som är undersköterska på hospice är svävande kring frågan varför hon handlar på det ena eller det andra sättet: ”Ja, alltså det finns ju såna oskrivna regler; liksom vad man bör säga och

¹¹ SCB-rapport: Temarapport 2010:1: Könnsstruktur per utbildning och yrke 1990-2030: http://www.scb.se/statistik/_publikationer/UF0521_1990I30_BR_A40BR1001.pdf

inte bör säga till anhöriga, hur man bör bete sig, det är väldigt mycket sunt förnuft. Det händer ju att personal säger fel också. ”

Stella berättar vidare att det vid något tillfälle har hänt att anhöriga till någon som gått bort gjort en anmälan för att de inte tycker att de har blivit riktigt bemötta i samband med förlusten. När hon får frågan om det finns skrivna riktlinjer för hur man ska agera i förhållande till sörjande anhöriga blir hon tveksam: ”Ja, alltså du har ju vissa riktlin... [längre paus] ja, egentligen tror jag inte där står några skrivna, utan alla bara vet det på något sätt. [...] Jag tvivlar på att det finns det – jag har ju aldrig fått någon sådan introduktion.” Däremot försöker man rekrytera personal som redan verkar ha en uppfattning om hur något sådant ska gå till:

STELLA: Man får ju gå bredvid när man kommer som ny och se liksom så. Du blir ju testad lite grann där, om du inte är lämplig så får man ju inte jobba där. Chefen diskuterar nog det många gånger, om man känner att nä, det funkar inte, hon eller han klarar inte riktigt den här typen av jobb.

Det förefaller alltså som om det finns vissa personer som utstrålar att de redan vet hur de borde agera i arbetet på en hospice-avdelning. Hur har de lärt sig detta?

Stella pratar om att personalen på hospice ”bara vet”. Hon är ambivalent inför frågan om man skulle behöva införa riktlinjer för hur bemötandet av anhöriga ska se ut. Det är dock möjligt att ta exempel på en situation som fallit väl ut:

STELLA: Oftast blir det ju att, om man har träffat dem mycket, man kramar om och så lite grann, de är ju ledsna när de kommer så man ger dom en kram kanske och sen förklarar man hur det gick till. Många anhöriga är ju där, men om de inte är det så är det så skönt att säga att någon var där. [...] Och sen kunde jag säga till [de anhöriga] att det var så skönt, för [sköterskan] fanns där hela tiden, [patienten] var inte ensam. Man kunde förklara att någon var där när det hände, någon som [patienten] hade förtroende för, så det var jättebra.

På samma sätt som Göranzons ingenjörer vet Stella vad hon ska göra på jobbet men hon kan inte i detalj artikulera det. Om man handlar på ett sätt som man inte kan beskriva är det, enligt mig, svårt att göra en mall för hur omsorgsarbete ska se ut. Om man ändå gör

det, och förväntar sig att ny personal ska följa mallen, riskerar man att kunskap går förlorad.

*Om man har träffat den mycket kan det, enligt Stella, alltså vara läge att ge anhöriga till den döda patienten en kram. Att kunna meddela anhöriga att den döda inte var ensam i sin sista stund och att den som var med var någon som *patienten hade förtroende för* beskrivs alltså som något positivt. Att vara den som någon får förtroende för kräver en auktoritet. Men kan en människa *lära sig att utstråla auktoritet*? Stella beskriver det som att "[m]an har det med sig i vårdyrket. Har du jobbat många år så kan du det här med ... inte moral och etik, men, ja, hur du ska uppträda. Du kan det liksom, du har det med dig."*

Distriktssköterskan Setareh förklarar hur hon förbereder sig inför att hon ska gå till sina patienter med utvecklingsstörning och/eller autism: "På vissa grejer måste man vara lite bestämmande för att barn ska känna sig... [avbryter sig] Inte barn! *Folk ska känna sig trygga.* 'Detta kan du och det är därför du är hos mig'" När Setareh får frågan om hon menar att hon har auktoritet i sin relation till patienterna tvekar hon: "Nån form av auktoritet fast inte att man tar över, va. Visa tryggheten i sin auktoritet att *detta kan jag, detta vet jag, det är bra för dig*".

Stella och Setareh beskriver värdet av att patienterna känner sig trygga med dem och har förtroende för dem. Men hur blir man en person som andra lyssnar på, känner sig trygga med? Kan man få auktoritet genom att känna att man klarar av en uppgift på egen hand?

Jag frågar Setareh hur hon förhåller sig när hon är handledare åt sjuksköterske- och distriktssköterskestudenter. Om de tycker att någon uppgift är svår och inte vill gå själva, följer hon med då? Setareh menar att hon självklart skulle följa med en student som bad henne men hon skulle också fråga student *vad* det var som hen tyckte var svårt.

SETAREH: Men du måste hitta det hos sig själv. Låt inte någon annan ge en skruvmejsel till dig och säga öppna den. Du ska själv tänka *detta gjorde jag* och sen vi ska va öppna för misstag. Jag har också gjort jättemycket misstag men jag kommer ihåg, jag har bra minne för misstag. Då brukar jag säga till studenterna, distriktssköterskestudenterna, sjuksköterskestudenterna: *Lägg på minnet vad som du har gjort som inte var rätt, vad du ska göra nästa gång.*

Vad Setareh säger till sin student påminner om vad Paul Stollers läromästare Adamu Junitongo sa till honom när han ville lära sig att läsa i snäckskal¹² (Stoller 2007:169) – att det är en kunskap som inte går att lära ut; man måste lära sig den genom egen erfarenhet.

Samtida svenska sjuksköterskestudenter lär sig att vara ifrågasättande och får beröm när de är det. De ska under sin praktik sticka håll på vedertagna uppfattningar om hur vård ska bedrivas – om de skiljer sig från den vetenskapliga kunskap som de tillskansat sig under de många teoretiska kurserna under utbildningen. Men ute på avdelningarna finns vana sjuksköterskor och undersköterskor som, liksom Stella, inte alltid kan beskriva i detalj varför och mot vilken evidens de handlar som de gör. Samspelet mellan personer med mindre praktisk erfarenhet men med mycket teoretisk kunskap och personer som har arbetat länge inom vården framstår, mot bakgrund av detta som ett område som vore intressant att titta närmare på.

2.3.3 *Vems förnuft?*

Det arbete som vi i Sverige idag kallar hemtjänst har sina rötter i ett arbete som borgerliga hemmafruar började ägna sig åt på ideell basis kring 1950. Äldre människors behov av hjälp från samhället ökade under denna period eftersom allt fler kvinnor, som tidigare skött om sjuka eller äldre släktingar i hemmet, började förvärvsarbete (Sörensdotter 2008:67). Under 1970-talet började även män och ogifta kvinnor att jobba i hemtjänsten. Hemtjänststyrket är dock fortfarande dominerat av kvinnor och Sörensdotter beskriver det som ett ”kvinnligt kodat yrke” vilket, enligt henne, innebär att det uppfattas som mer naturligt för kvinnor än för män att jobba med vård och omsorg (Sörensdotter 2008:71).

Ibland uppstår situationer där någon ur personalen utför en handling som i kollegornas och chefernas ögon framstår som suspekt och som strider mot vad de uppfattar som sunt förnuft. Kan det finnas ett sunt förnuft som bara gäller bland en grupp av människor? Sörensdotter tar exempel på en situation där en man som jobbar i hemtjänsten blir anklagad för sexuella trakasserier av en äldre, lindrigt dement kvinna som bor hemma och som mannen varit ansvarig för att hjälpa. Ord står mot ord och det enda man med säkerhet kan säga, som skulle kunna ligga

¹² Se sida 13-14, denna uppsats

mannen i fatet, är att han besökt kvinnan fler gånger än vad han hade behövt enligt sitt dagsschema. Hemtjänstgruppen som mannen jobbar i är en heterogent sammansatt grupp men mannen sticker ändå ut då han är man, svart, invandrad från ett land i norra Afrika och djupt troende kristen. Han har sett det som sin uppgift som medmänniska att besöka den ensamma dementa kvinnan så ofta han har kunnat men i den svenska kontexten uppfattas det som avvikande och misstänkt.

För vissa framstår det som att ju mer man anstränger sig och ju mer tid man lägger på att vara med sina patienter, desto bättre är det. För andra framstår det som oprofessionellt att träffa patienter eller vårdtagare utanför arbetstid. Flertalet av de som jobbar inom hemtjänsten är kvinnor och även om allt fler människor med rötter utanför Sverige arbetar inom hemtjänsten bär yrket med sig sitt historiska arv av att utföras av svenska kvinnor i övre medelåldern (Sörensdotter 2008:181). *De* är den grupp som har *det rätta* sunda förnuftet; inte mannen som gick ”för ofta” till den äldre kvinnan.

Många människor som jobbar inom vården, och framförallt inom hemtjänst och äldreomsorg på institution har ingen formell vårdutbildning, vilket innebär att om personalen på något sätt socialiseras in i ett sätt att vara, så sker det ute på arbetsplatserna. Silfverberg tar exempel på en vikarie inom hemtjänsten som vägrat köpa en liter mjölk åt en vårdtagare på en lördag eftersom vårdtagaren, enligt reglerna, borde ha sagt till om handling på fredagen. Vikarien fick senare kritik från verksamhetschefen för att hon varit stelbent och inte förstått att det i detta fall varit mer korrekt att bryta mot regeln än att följa den (Silfverberg 1996:136).

Vikarien hade inte *det rätta* sunda förnuftet då hon följde reglerna istället för att handla mjölk åt vårdtagaren på en lördag. *Hennes* sunda förnuft sa henne uppenbarligen att det var rätt att hålla sig till reglerna men hon *borde* ha använt någon annans sunda förnuft. När man talar om magkänsla eller sunt förnuft bortser man ofta från att två personer kan komma fram till helt olika slutsatser om vad som är förnuftigt att göra i en viss situation.

Silfverberg menar att förebilder och egen praktisk övning blir extra viktiga sätt att ta in ny kunskap just eftersom det inte finns någon formell skolning i hur man ska bete sig i olika situationer eller vilka normer som ska styra ens arbete (Silfverberg 1996:134). Dessa normer ska på något sätt vara underförstådda men, som jag visat, fungerar det inte alltid så.

2.3.4 *Moderskänslor*

Cathrine Lutz har visat hur känslor, kropp och den privata sfären har länkats till kvinnor och kvinnlighet medan tankar och rationalitet har länkats till män (Lutz 1988).

Att se omsorgsarbete som ett kall och något som kvinnor av naturen är lämpade att utföra kan i många fall leda till svårigheter när personalen försöker höja sin lön eller förbättra sina arbetsvillkor (Silfverberg 1996:60). Sörensdotter informanter vill ha in fler män i hemtjänstarbetet, då de tror att det skulle leda till att yrket fick högre status och på sikt höja lönen (Sörensdotter 2008:190). En informant menar att män skulle kunna införa makt och beslutsamhet i arbetet (Sörensdotter 2008:192). Många efterfrågar även männens kroppsstyrka då det förekommer många tunga lyft i arbetet. Samtidigt, påpekar Sörensdotter, undviker såväl kvinnlig som manlig personal ofta att använda de lyfthjälpmiddel som finns, då de tycker att det tar onödigt lång tid att ta fram dem, och utför istället lyften med sin egen kroppsstyrka (Sörensdotter 2008:193) vilket betyder att kvinnorna visst klarar att utföra arbetet; det måste finnas någon annan anledning till att de vill ha in fler män i yrket.

En manlig informant berättar att han har lättare att handskas med en del vårdtagare eftersom han är kille. Han beskriver hur han anlägger en mörk och auktoritär röst, vilket får vårdtagarna att göra som han säger (Sörensdotter 2008:195). Hans sätt att byta skepnad, för att framkalla de önskvärda känslorna hon vårdtagarna kan ses som ett emotionellt arbete (se stycke 2.1.2.) och fungerar på liknande sätt som när Stella och Setareh visar för sina patienter och andra som de träffar i arbetet att de är bra på vad de gör och att patienterna kan känna sig trygga i deras vård.

2.3.5 *Embodied knowledge*

Hittills i denna text har jag fokuserat på *vad* vårdpersonalen säger och *hur* de menar att de talar med patienter och anhöriga. Jag har skrivit om *vad* de gör, *när* de gör det och hur kunskapen om detta kan tänkas föras vidare från person till person. Vad jag däremot inte gått in på är *hur* personalen gör det de gör. *Hur* kramar man någon som just förlorat en anhörig? Det står inte att läsa i mina anteckningar och inte heller i den övriga litteraturen. Och det beror just på att denna kunskap som kan kallas embodied knowledge inte går att överföra till text utan finns i fingrarna,

i balanssinnet, i blicken, reaktionsförmågan. Att cykla tas ofta som ett exempel på vad embodied knowledge är. Det hjälper inte hur mycket teori om balans och trampande och hållande i styre man läser; man måste vara på cykeln för att lära sig cykla. Man övar och övar, och trillar och skrapar sig och så plötsligt en dag rullar man fram utan stödhjul och utan att någon håller i en. Efter det går det inte att glömma bort hur det går till att cykla.

I mitt eget arbete med äldre och förvirrade människor har jag ofta fått frågan om jag kommer ”väldigt långt norrifrån”, trots att jag är skåning och aldrig bott längre norrut än Uppsala. Jag har, utan att jag har varit medveten om det, anlagt en norrländsk dialekt när jag varit i kontakt med oroliga människor på sjukhus. Jag antar att jag genom min erfarenhet av att norrländska verkar lugnande på människor har inlemmat förmågan att byta till just detta sätt att prata när jag behöver skapa en lugn stämning.

I detta kapitel har jag visat hur kvinnor traditionellt sett har antagits passa för omvårdande arbete och hur vissa personer förutsätts ha en naturlig auktoritet som skulle göra att patienter och kollegor känner förtroende för dem. Detta förhållningssätt till vem som passar för vårdarbete riskerar att utestänga personer som inte passar in i mallen från början. Om ett omvårdande förhållningssätt antas vara något som vissa människor har med sig ”naturligt” eller genom sin uppfostran, kan det betyda att man tycker att utbildning är överflödigt, vilket exkluderar vissa personer från vårdarbete.

*

Ingen människa är en robot, ingen är ett renodlat proffs och de flesta behöver ta hjälp av mallar och ”veta-att”-kunskap eller episteme ibland för att komplettera sin erfarenhetsbaserade kunskap. Men idag delas arbetet upp på det sätt som verkar förutsätta att de renodlade typer som jag har målat upp faktiskt fanns i verkligheten. Någon ska leverera matlådor på löpande band, en annan ska lägga om sår och en tredje ska hälsa på en vårdtagare för att ha social samvaro en timme i veckan.

3 Sammanfattning och slutsats

3.1 Sammanfattning

I uppsatsen har jag arbetat med att undersöka vad som händer med kunskap inom vårdsektorn när det arbete som utförs ska passas in i förutbestämd mall. Jag började med att presentera några sociologiska och antropologiska sätt att se på kunskap och känslor och slöt mig till att kunskap är förbundet med känslor och att känslor är förbundna med sociala relationer mellan människor.

För att tydliggöra mitt empiriska material använde jag Webers sätt att tala om Idealtyper – tänka typer som inte finns i praktiken men som ska underlätta att se olika aspekter av ett problem.

I Hochschilds teori om emotionellt arbete och känsloregler fann jag belägg för att vårdpersonalen alltid behöver manipulera sina känslor för att undertrycka vissa känslor och visa upp andra i arbetet med patienter och vårdtagare. När vården effektiviseras och delas upp i mindre enheter, måste personalen ställa om mellan olika känslolägen allt oftare, vilket kan leda till att de distanserar sig från sina känslor. Då vårdpersonalens kunskap ligger i relationerna mellan dem som kollegor och mellan dem och deras patienter finns det kunskap som riskerar att ignoreras och gå förlorat när vårdpersonalen förväntas agera enligt mallar och regelverk som minskar handlingsutrymmet i relationerna.

Undersköterskan Stella menade att personalen ”bara vet” hur de ska förhålla sig till anhöriga som just förlorat en vän eller släkting. Vissa människor har, enligt henne, kunskapen med sig om hur de ska agera. Om det inte går att beskriva hur man bör agera i olika situationer, torde det vara svårt att föra in kunskapen i en mall. Även om de Värdeflödeskartläggningar som jag beskrivit att man använder inom Region Skåne uttryckligen ska göra helheten synlig – inte bara enskilda aktiviteter kan endast kunskap som är möjlig att uttala med ord och skriva ned, vara möjlig att föra in i en sådan mall.

I sjuksköterskeutbildningen i Uppsala strävar man uttryckligen efter att det arbete som de blivande sjuksköterskorna ska arbeta ”evidensbaserat”¹³, bland annat i samtal med patienterna. Detta anses inom sjuksköterskeskolan vara ett tecken på professionalitet – någonting positivt och

¹³ Se fotnot 1

eftersträvansvärt. Jag ställde dessa mallar mot det som Polanyi kallar tyst kunskap och som enligt honom är en mängd erfarenhetsbaserade detaljer som man inte kan artikulera för sig själv eller andra samtidigt som man håller ett grepp om helheten. Utifrån detta drog jag slutsatsen att vårdpersonalen riskerar få svårare att skaffa sig en helhetsbild av patienten i den aktuella situationen när de samtidigt måste förhålla sig till en detaljstyrning i hur de ska agera i varje situation. Denna process kan alltså påverka den känslomässiga delen av vårdarbetet.

Jag tog exempel på hur omvårdnad av sjuka har lärts ut historiskt sett och jämförde detta med dagens sjuksköterskeutbildningar. En tydlig skillnad var att man tidigare lärde sig omvårdnadsarbete genom att se upp till en auktoritet – ofta en äldre och mer van sjuksköterska – som sjuksköterskeeleverna härmade, medan sjuksköterskestudenterna idag tillbringar mindre tid på avdelningarna än i skolbänken under sin utbildningstid och att de förväntas ifrågasätta vana sjuksköterskor och annan vårdpersonal när de väl kommer ut på avdelningarna.

Bilden av vårdpersonal och omvårdnad i allmänhet har kopplats till kvinnor och hur man har sett kvinnors arbete som något naturligt och samtidigt mystiskt. De förväntas bära med sig erfarenheter och egenskaper som gör att de klarar av många delar av jobbet utan instruktioner. När män både accepteras och efterfrågas inom vården ser situationen ut på ett liknande sätt; man räknar med att männen ska ha med sig vissa erfarenheter och egenskaper just eftersom de är män. Dessa egenskaper visade sig vara desamma som de som efterfrågas hos kvinnor inom vården: trygghet, auktoritet, styrka.

Jag visade på hur sunt förnuft blir viktigare ju mindre formell utbildning som finns att tillgå samt att sunt förnuft är svårt att ringa in eftersom det kan variera mellan olika personer vad man anser vara sunt förnuft.

Jag har alltså argumenterat för att det standardiserade och tidseffektiva systemet är för snävt och inte ger plats för vårdpersonalen att bygga upp relationer med sina patienter. Jag har visat på hur det evidensbaserade förhållningssättet som lärs ut på sjuksköterskeskolan gör det svårt att se helheten i arbetet när man har för många små detaljer att förhålla sig till. Vidare har jag påpekat att det inte är all typ av erfarenhet eller alla människors erfarenheter som av andra accepteras som något som kan ligga grund för ett ”sunt förnuft” och det istället är det man stödjer sig på när man argumenterar för sina beslut.

3.2 Slutsats

Syftet med denna uppsats var att undersöka vilken typ av kunskap som var involverad i olika sociala situationer i vården.

Omvårdnadsvetenskap och medicinsk vetenskap grundas på hypoteser som ska gå att leda i bevis. För att veta att ett sätt att agera leder till det resultat man vill ha måste vi *veta* hur vi har handlat. Sedan kan vi, teoretiskt sett, bedriva forskning genom att be fler personer agera på samma sätt och dra evidensbaserade slutsatser av resultatet. Om vårt sätt att vara och våra handlingar är bundna till en relation, och om vi inte kan beskriva med ord exakt hur vi har handlat i ett eller annat sammanhang, är det svårt, för inte säga omöjligt, att bedriva traditionellt vetenskaplig forskning och producera generaliserbara riktlinjer för hur omvårdnadsarbete ska gå till.

För att lära sig att hantera ett arbete där kunskapen ligger i de mellanmänniska relationerna behöver de blivande sjuksköterskorna och andra människor som är på väg in i vårdarbetet just vara i dessa relationer.

Att lära sig att arbeta inom vården genom att vara med bland människor som redan har arbetat där under lång tid är en beprövad modell. Genom en historisk återblick har jag funnit att detta sätt att få kunskap om vårdarbete länge har varit det gängse. Hemtjänstpersonal har rekryterats bland människor som man antar har en omvårdande stil med sig från privatlivet – medelålders kvinnor – och barnmorskor har rekryterats bland människor som själva har fött många barn – medelålders kvinnor. Dessa personer som har kunskapen med sig från början har möjlighet att hävda att de handlar utifrån sunt förnuft – ett begrepp som kan sägas bygga på en ”naturlig” känsla för vad som är rätt. Jag hävdar att detta sätt att arbeta också är problematiskt eftersom det utesluter människor som inte hör till normen för vårdarbetare – och därmed normen för en person som har den rätta känslan för vad som är rätt – från vårdarbete.

Av detta drar jag slutsatsen att det inte finns *en* typ av kunskap att förhålla sig till inom vården. Det finns inget fel i sig med att skapa mallar för omvårdnadsarbete eller att försöka utvärdera vilka behandlingsmetoder som är de bästa. Det viktiga är att inse att det kan finnas kunskap som inte går att föra in i dessa mallar och att de människor som arbetar inom vården därför behöver ett visst handlingsutrymme för att kunna använda sig av denna kunskap. Om handlingsutrymmet inte finns, om tiden inte finns kan vårdpersonalen visserligen *ta* sig tid och *ta*

sig frihet att handla på det sätt som de tycker verkar bäst, till exempel, som i Setarehs fall skriva in lite administrativ tid, här och var i det upphackade schemat, för att på så sätt lösgöra några timmar att gå och umgås med sina patienter – hålla relationerna till dem vid liv.

3.3 Vidare forskning

I stycke 2.3.2 nämner jag behovet av att titta närmare på förhållandet mellan personer som har jobbat länge inom vården men som saknar formell utbildning och personer som har studerat vårdvetenskap till exempel inom ramarna för sjuksköterskeutbildningen men inte har någon praktisk erfarenhet av vårdarbete. Gerd Lindgrens sociologiska studie *Doktorer, systrar och flickor: om informell makt* (1992) rör sig kring detta förhållande med fokuserar, som titeln antyder på maktförhållanden relaterat till kön och klass bland vårdbiträden (personal utan formell vårdutbildning), undersköterskor (gymnasieutbildning eller motsvarande), sjuksköterskor (högskoleutbildning) och läkare (mer omfattande högskoleutbildning) på en vårdavdelning. En liknande studie men med mer fokus på kunskapsöverföring mellan dessa grupper och med antropologisk angreppssätt hade kunnat ge en djupare förståelse för den kunskap som jag har försökt sätta fingret på i denna uppsats.

Att bygga min empiri på skriftliga källor och ett par intervjuer har gjort det svårt att fånga vad som händer ute på sjukvårdsavdelningarna och i hemtjänsten, relaterat till mina frågeställningar. Detta eftersom jag bara har kunnat utgå från vad mina informanter och informanterna i mina skriftliga källor *säger* att de gör och tycker – inte vad de faktiskt gör. Därför skulle det vara givande att göra en studie inom samma ämne som denna uppsats men med en fältstudie som empiriskt material.

4 Källförteckning:

- Alsterdal, L. (2009) "Dilemma i äldreomsorg – Reflektionsarbete som utbildning" *Vad är praktisk kunskap?* red. Bornemark, J. & Svenaeus, F. Södertörn studies in practical knowledge 1:162-189, 2009.
- Barth, F. (2002), "An Anthropology of knowledge" *Current Anthropology*, 43, 2002.
- Bergå, I (1959) *Syster Lillemor i valet och kvalet*, Wahlströms flickböcker.
- Bohlin, H.(2009) "Tyst kunskap: ett mångtydigt begrepp" *Vad är praktisk kunskap?* red. Bornemark, J. & Svenaeus, F. Södertörns studies in practical knowledge 1:55-84, 2009
- Bornemark, J. Svenaeus, F. (2009) *Vad är praktisk kunskap?*, Södertörn Studies in Practical Knowledge I.
- Crick, M.R. (1982) "Anthropology of knowledge" *Annual Review Anthropology* 11:287-313 1982
- Göranzon, B. (2009) *Det praktiska intellektet*, Santérus Academic Press Sweden.
- Harris, M. (2007) "Introduction 'Ways of knowing'" *Ways of knowing* red. Harris, M. Berghahn Books 1-24, 2007
- Hochschild, A. R. (2012) *The Managed heart*, University of California Press.
- Holm Ivarsson, B. (2013) *Motiverande samtal – Praktisk handbok för socialt arbete: med exempel från socialtjänst, beroendevård, ungdomsvård, försäkringskassa, arbetsförmedling, kriminalvård*, Gothia.
- Holmdahl, B. (1994) *Sjuksköterskans historia*, Liber.
- Lindgren, G. (1992) *Doktorer, systrar och flickor: om informell makt*, Carlsson bokförlag.
- Lutz, C. A. (1988), *Unnatural emotions – Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll & Their Challenge to Western Theory*, The University of Chicago Press.

- Mazzarella, M. (2005), *Den goda beröringen: Om kropp, hälsa, vård och litteratur*, Forum.
- Merley-Ponty, M. (2012) *Phenomenology of perception*, Routledge.
- Nilsson, C. (2009), "Fronesis och den mänskliga tillvaron: En läsning av Bok VI i Aristoteles 'Nikomachiska etik'" *Vad är praktisk kunskap?* red. Bornemark, J. & Svenaeus, F. Södertörns studies in practical knowledge 1:39-54, 2009.
- Polanyi, M. (1996), *Den tysta dimensionen*, Daidalos.
- Ritter, A (2014). Den nya vården. *Fokus* 2014-11-21
- Ryles, G. (1949), *The Concept of Mind*, Chicago University Press.
- Silfverberg, G. (1996), *Att vara god eller att göra rätt: En studie i yrkesetik och praktik*, Bokförlaget Nya Doxa.
- Sivik, T. Theorell, T. (1995) *Psykosomatisk medicin*, Studentlitteratur.
- Stoller, P. (2007), "Embodying knowledge: Finding a path in the village of the sick" *Ways of knowing* red. Harris, M. Berghahn Books 158-177, 2007.
- Sörensdotter, R. (2008) *Omsorgsarbete i omvandling – Genus klass och etnicitet inom hemtjänsten*, Makadam.
- Weber, Max (1949), "Objectivity in Social Science and Social Policy" *The Methodology of the Social Sciences*, E. A. Shils and H. A. Finch (red. och översättning.), Free Press.