



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

## **Villkorad (be)handling**

Patientkonstruktioner, alienation och självstyrning i en tvärprofessionell kontext.

Masterutbildning i socialt arbete  
Vetenskapligt arbete, 30 hp  
Författare Elisabet Sernbo  
Handledare Helena Johansson

## **Abstract**

**Titel: Villkorad (be)handling. Patientkonstruktioner, alienation och självstyrning i en tvärprofessionell kontext.**

**Författare: Elisabet Sernbo**

**Handledare: Helena Johansson**

**Nyckelord: Patientkonstruktioner, alienation, självstyrning, tvärprofessionella team**

Studien baseras på observationsreferat och transkriptioner från åtta tvärprofessionella teammöten, utan patientdeltagande, inom ramen för neurologisk rehabilitering. Syftet var att problematisera patientkonstruktioner i teamens framställningar. Dessa konstruktioner har vidare problematiserats genom organisatoriska/institutionella logiker och praktiker samt övergripande samhälleliga perspektiv. Materialet har analyserats med hjälp av interaktionistisk-konstruktivistisk observationsmetodik och kritisk diskursanalys. Bland studiens resultat märks att de patientkonstruktioner som skisseras är inkluderande på så sätt att de innehåller fler faktorer än verksamhetens primära fokus, samtidigt som de är exkluderande på så sätt att patienterna genom dessa konstruktioner beskrivs som mer eller mindre möjliga att hjälpa och behandla, baserat bland annat på sociala faktorer. Relationerna mellan patienterna och de professionella har analyserats med hjälp av begreppet självstyrning och denna relation betraktas som villkorad av organisatoriska paradoxer samt övergripande samhälleliga strukturer. I relation till profession diskuteras hur teamens framställningar konstituerar en gemensam professionell identitet, ”vi”, vilket antas maskera ojämlika möjligheter att få gehör för yrkesspecifik kunskap och samtidigt bidra till alienation i förhållande till patienterna. Den medicinska diskursen framträder som starkast avseende professionell legitimitet, men generellt överhängande status och därmed strukturerande för teamen framträder en antaget gemensam administrativ diskurs. För att uppnå förändring diskuteras behov av nya organisatoriska arbetsformer samt ett behov av en ökad problematisering av behandlingsrelationen och dess inneboende asymmetri, med fokus riktat såväl mot patienterna som de professionella. Konkret skulle detta kräva arbetsmetoder som förmår problematisera och fördjupa förståelsen för sociala faktorer, på alla nivåer, samt formerandet av gemensamma behandlingsstrategier där behandlingens ”vi” har fokus på patienten snarare än de professionella.

## **Abstract**

**Title: Conditioned (inter)action. Patientconstructions, alienation and governmentality in an interprofessional context.**

**Author: Elisabet Sernbo**

**Supervisor: Helena Johansson**

**Key words: Patientconstructions, alienation, governmentality, interprofessional teams**

This studie is based upon observational notes and trancriptions from eight interprofessional teammeetings, without the participation of patients, in the field of neurological rehabilitation. The aim of the studie was to problematize patientconstructions in the teams representations. These constructions were also problematized though institutional logics, practices and overarching perspectives on society. The material has been analyzed through interactionalist-constructivist methods of observation and critical discourse analysis. Among the results it was noted that the constructions of patients that emerge are inclusive, in the sense that they include more factors than the primary focus of the institution, among them social facors. At the same time they are exclusive in the sense that the patients, through these constructions, are described as more or less possible to help and treat. The relations between professionals and patients has been analyzed through theories of governmentality and these relations are described as conditioned by institutional paradoxes as well as overarching societal structures. Regarding professions the study shows how the teams constitute a common professional identity, "us". This is assumed to disguise unequal possibilities to be heard in relation to specific professional knowledge as well as contributing to alienation from the patients. The medical discourse emerges as the strongest in order to be heard as a professional, but generally strongest status, and thereby structuring for the teams, a common administrative discourse emerges. To achieve change, the need for new organizational methods of working as well as the need for an increased problematization of the treatment relationship and its immanent asymmetry, focusing on the patients as well as on the professionals, is discussed. To be concrete, this would demand work methods that can problematize and deepen the understanding of social factors, at all levels, as well as the development of treatment strategies where the "us" focuses on the patient rather than the professionals.

# Innehållsförteckning

1. Inledning	6
1.1 Personlig bakgrund	6
1.2 Det medicinska sammanhanget	6
1.3 Syfte och frågeställningar	7
2. Tidigare forskning	8
2.1 Institutionella problembeskrivningar	8
2.2 Makt och omsorg	9
2.3 Den professionella gruppen	11
3. Teoretiska och metodologiska perspektiv	12
3.1 Grad av konstruktion	12
3.1.1 <i>Interaktionistisk-konstruktivistisk observation</i>	12
3.1.2 <i>Kritisk diskursanalys</i>	13
3.2 Teoretiska utgångspunkter	15
3.2.1 <i>Det sociala perspektivet i den medicinska kontexten</i>	15
3.2.2 <i>Patientkonstruktioner</i>	17
3.2.3 <i>Alienation</i>	18
3.2.4 <i>Organisation och profession</i>	19
3.2.5 <i>Självstyrning</i>	21
3.2.6 <i>Det senmoderna sammanhanget och kritisk forskning</i>	22
4. Tillvägagångssätt	25
4.1 Studiens inriktning	25
4.2 En etnografisk blick	25
4.3 Fokus på texten	26
4.3.1 <i>Intertextualitet och antaganden</i>	26
4.3.2 <i>Logik och legitimitet</i>	27
4.4 Fokus på interaktion och samhälle	27
4.4.1 <i>Dialog och diskurs</i>	27
4.4.2 <i>Representationer, identitet och identifikation</i>	28
4.4.3 <i>Modalitet och evaluering</i>	28
4.5 Checklista för kritisk diskursanalys	29
4.6 Urval och förhållningssätt till materialet	29
4.7 Reflektion kring tillvägagångssätt, förhållningssätt och värde	32
5. Kommenterad empiri	36
5.1 Samtalet om ”Annika”	37
5.2 Samtalet om ”Anders”	46

6. Analys	53
6.1 Teamet som röst	53
6.2 Patientkonstruktioner	57
6.3 Alienation	60
6.4 Självstyrning	62
6.5 En modell för integrerad problematisering	64
6.6 Frågan om förändring	66
7. Avslutande diskussion	68
8. Referenslista	69
9. Bilagor	73
9.1 Informationsbrev	73
9.2 Samtyckesformulär	75

## Förord

Detta arbete har varit långt ifrån ett ensamarbete och den uppsats du nu håller i dina händer är ett resultat av många inblandade, varav några förtjänar att omnämnas specifikt.

Studien hade inte varit möjlig utan deltagande från professionella och gentemot er är jag oerhört tacksam. Inte bara för att ni deltog, utan också för det sätt på vilket ni bemötte mig och hjälpte mig att utvecklas i mina metoder.

Ett mycket stort tack riktas till Kristian, Lena och Jan. Utan er hade det inte gått.

Ett stort tack riktas vidare till handledare Helena Johansson, som genom en unik kombination av att vara tuff och snäll varit ett ovärderligt bollplank och stöd.

Tack också till Kristina Alstam, Leila Billquist och Eóin Shortt.

# 1. Inledning

## 1.1 Personlig bakgrund

Efter att ha blivit färdig socionom som glad men säkert något naiv 24 åring har jag, bortsett från en kort sejour inom skolan, arbetat inom den somatiska sjukvården. Jag minns min första dag på sjukhuset med stolthet, men också med förundran. Min erfarenhet av sjukvård var minst sagt begränsad, något jag gjorde mitt bästa för att maskera, och min uppfattning om vad en kurator ska göra var mycket oklar. Med min naivitet som kanske största styrka beslöt jag mig för att låtsas som om det regnade och ta mig an uppdraget. Jag fick ett rum, en nyckel och en kort beskrivning av de avdelningar jag skulle ansvara för. Mitt första möte med en patient visade sig vara med en man i medelåldern som på grund av en hjärnskada fått opererat bort en ganska stor del av sitt skallben. För mig såg det mycket underligt ut och det närmsta jag kunde komma erfarenhetsmässigt var en scen i "Jurtjyrkogården" (Lambert & King 1989), som skrämte mig rejält när jag var barn. Nu, drygt nio år senare, är en sådan kraniektomi inget jag höjer på ögonbrynen för, men då fick jag uppbåda ganska mycket kraft för att inte visa ett förvånat och ganska skrämt ansiktsuttryck. Mitt första tvärprofessionella teammöte var av samma slag. Mycket terminologi, snabba ryck och jag som ensam kurator. Låtsas som om det regnar.

Det tog mig några år att förstå vad vi pratade om på teammötena, vad patienterna varit med om och vad det kunde få för konsekvenser. Detta var nödvändigt att förhålla sig till, även om det medicinska perspektivet inte skulle bli mitt. Mitt perspektiv skulle, och ska vara, socialt arbete. Att jag var ensam om detta orsakade mig från början inte så mycket oro, jag hade med mig kunskaper som hjälpte mig i mina bedömningar, men det tog tid innan jag kunde öppna blicken och se att jag, som ensam med mina perspektiv, borde ha mer att erbjuda sjukvården än enskild behandling. Den hierarkiska miljön är dock snårig att finna en position i, i en ständig balansgång mellan inordning för acceptans och vaksamhet för sitt utrymme att göra självständiga bedömningar. Men, om medicinska perspektiv kunde gynna min professionella utveckling borde ju också mina perspektiv kunna gynna sjukvården? Problemområdet var således personligt definierat och brett, uttryckt som en önskan att problematisera det sociala livets och arbetets uttryck, möjligheter och begränsningar i den medicinska kontexten. Med detta i bakhuvudet började min resa mot denna studie.

## 1.2 Det medicinska sammanhanget

I arbetet befinner jag mig inom det neurologiska fältet och träffar i huvudsak patienter som drabbats av stroke eller traumatiska hjärnskador.<sup>1</sup> Det är också inom detta medicinskt definierade område studien genomförts.

Eftersom hjärnan är det organ som styr våra funktioner kan en hjärnskada få mycket stora konsekvenser. Grovt indelat kan konsekvenserna beskrivas inom områdena sinnen och

---

<sup>1</sup> Stroke drabbar cirka 30 000 personer i Sverige/år och innebär en blodpropp i hjärnans blodkärl eller en hjärnblödning, med följd att en del hjärnceller skadas och dör i det aktuella området. Vilka symtom detta ger upphov till är beroende av var skadan är lokaliserad samt dess omfattning. De individuella skillnaderna är mycket stora. Traumatiska hjärnskador drabbar cirka 23 000 personer i Sverige/år och innebär skadad hjärnvävnad exempelvis till följd av häftig fysisk påverkan. Det kan då uppstå blödningar, svullnader och tryckökningar (Krogstad 2010).

motorik, kognition, beteende och personlighet, tal, kommunikation och förståelse samt mellanmänniska och sociala sammanhang. Såväl stroke som traumatiska hjärnskador kan alltså innebära ”hel eller delvis oförmåga att utföra saker tankemässigt och motoriskt och ibland förändras även personligheten.” (Krogstad 2010:11). Skadorna kan innebära stora konsekvenser för individen och därför inflytande och intresse över ett stort område för de professionella. Under de veckor patienterna är inskrivna i öppenvårdens rehabilitering kan de, och ibland deras anhöriga, träffa sjuksköterskor, läkare, logoped, kuratorer, psykologer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Också sekreterare är delaktiga i vården. Dessa professionella träffas, utan deltagande av patienter, en gång/vecka för att samtala om patienterna och vården.

### 1.3 Syfte och frågeställningar

Mina reflektioner inför denna studie kan sägas vara sprungna ur självkritik, en upplevelse av att inte riktigt hitta rätt med mina perspektiv i den sjukvårdande kontexten. Målsättningen har därför varit att ta ett steg tillbaka och betrakta kontexten igen, med en klar ämnesvetenskaplig deklARATION. Fokus, utifrån erfarenhet och upplevelse av kunskapsbrist, vilar på patienten och behandlingens villkor, genom det tvärprofessionella sammanhanget och den interaktion genom vilket bilden av patienten och organisationen skisseras, med en språkvetenskaplig och etnografisk blick. Som metod används därför kritisk diskursanalys och interaktionistisk-konstruktivistisk observation. Syftet med studien är att problematisera patientkonstruktioner i teamens framställningar. De frågeställningar som konkretiserar syftet uttrycks som:

Vad innehåller de patientkonstruktioner som skisseras?

Vilka organisatoriska/institutionella logiker och praktiker villkorar dem?

Hur kan ovanstående problematiseras med hjälp av övergripande samhällsrelaterade perspektiv?



## 2. Tidigare forskning

De metoder som valts för denna studie, kritisk diskursanalys och interaktionistisk-konstruktivistisk observation, fungerar inte enbart som ”rena” metoder. De är istället förknippade med filosofiska premisser och säger således också något om hur världen betraktas. Detta kommer jag att fördjupa mig i längre fram, men det är av central vikt att nämna redan nu eftersom det också innebär att det inte är möjligt att förhålla sig till tidigare forskning förutsättningslöst. Fokus flyttas nämligen från representativitet till motivering av urval och en transparens i de processer som leder arbetet framåt. De studier som presenteras är därför ett resultat av ett urval av såväl teoridrivna som ämnesrelaterade karaktär. Urvalet har skett successivt genom tre parallella spår; inledningsvis har jag guidats av den kunskap jag hade med mig sedan tidigare eftersom denna också låg till grund för valet av studie, därefter har jag gått vidare genom bredare sökningar i databaser, med inriktning mot medicin, socialt arbete och sociologi med söklyset riktat mot centrala teoretiska begrepp, ämnesvetenskaplig deklARATION och det medicinska området. Slutligen har jag, genom studier som väckt intresse, funnit vägar att gå vidare genom de referenser som presenterats.

### 2.1 Institutionella problembeskrivningar

Inledningsvis vänds blicken mot Danmark och Järvinens (2003) studier på behandlings- och omsorgscenter för missbrukare i Köpenhamn, där hon undersöker alkoholmissbruk som en social problemidentitet. Genom livshistorieintervjuer närmar hon sig klienternas egna förståelser av sina situationer och kopplar dem vidare till de behandlingsstrategier klienterna möter. Järvinen (ibid.) diskuterar hur problemidentiteter behöver formuleras på ett sådant sätt att de harmonierar med den samhälleliga diskursen, om de ska vinna trovärdighet och överleva. På den organisatoriska nivån innebär detta att en behandlings framgång är beroende av individens beredvillighet att erkänna den problemformulering organisationens arbetsmetoder grundar sig på. På motsvarande sätt är organisationens anseende i samhället, och därmed konkreta möjligheter att bedriva erkänd behandling, beroende av att de problemformuleringar man arbetar med anses bära generell giltighet. För att vinna giltighet måste problembeskrivningarna dock också vara exkluderande, på så sätt att organisationen förmår ringa in sina problembeskrivningar, men samtidigt ogiltigförklara andra. Järvinen (ibid.) finner att detta innebär att man också måste ogiltigförklara klienter, som inte passar in i den problembeskrivning man arbetar efter. Problembeskrivningar är således inte enbart berättelser om ett specifikt problem, utan säger också någonting om människosyn i bredare bemärkelse. Järvinen konstaterar att detta sätt att ladda arbetet med betydelser, som inramar mer än ett neutralt sätt att möta och betrakta en specifik problematik, också bär giltighet för andra sociala verksamheter. Hon exemplifierar genom arbete med hemlöshet, där det konkreta arbetet med hemlösa innefattar fler element än det klienten kan uppleva som det basala, bostadsbristen, varför behandlingsarbetet blir mer än ett arbete mot missbruk eller hemlöshet, det blir ett arbete med identiteter (ibid.).

Att arbeta med identiteter är vidare ett arbete som kräver relationer. Böcker Jakobsen (2003) diskuterar i relation till detta hanteringen av klagomål från klienter hos Danmarks motsvarighet till Socialtjänsten. Böcker Jakobsen finner att klagomålen upptar mycket tid inom organisationen, de diskuteras ofta och de anställda lägger ner tid på att förhålla sig till dem. Böcker Jakobsen (ibid.) problematiserar de logiker som karaktäriserar och konstruerar ramar för dessa samtal och konstaterar att klienterna i relation till klagomålen presenteras som resursstarka eller kverulanta, och att detta har stor betydelse för hur deras klagomål hanteras. Om klienten förstås som kverulant blir hon samtidigt en besvärlig person och därmed inte

längre en person som ingår i den grupp som omfattas av den hjälp organisationen arbetar med. Hon har så att säga diskvalificerat sig själv. Klientens behov kvarstår, men institutionen förmår inte hantera dem. Lösningen blir att definiera klienten som kverulant och på så sätt presentera henne som en person man inte kan nå (ibid.).

Också Egelund (2003) närmar sig denna problematik, som jag uppfattar som en typ av dubbelbestraffningens logik. Egelund (ibid.) har under ett år genomfört observationsstudier av socialt arbete riktat mot barn och familjer samt genomfört gruppintervjuer med handläggare som arbetar inom området. Också hon diskuterar institutionella konstruktioner av avvikelse och normalitet och finner att klienternas inställning till de organisatoriska ramarna har betydelse för bedömningen av dem. Om du som klient inte håller med, riskerar du att förstås som än mer avvikande. Klienter skiljs ut i relation till om de betecknas som oförmögna eller ovilliga, och får därigenom beteckningar som värdiga respektive ovärdiga. Detta relateras alltså inte till deras förmåga som förälder, utan till de professionellas bedömning av deras kapacitet som klient (ibid.).

## 2.2 Makt och omsorg

För att spinna vidare på relationen görs ett litet avsteg från socialt arbete och sjukvård, till skolans värld och ”jumpasalen” (M Öhman begrepp). M Öhman (2007) har här genom videospelat material studerat styrningsprocesser och förhållningssätt till kropp och hälsa mot vår tids ideal om autonomi och självstyrning. Hon finner att relationen mellan styrning och självstyrning fungerar, bland annat, genom att påbudna handlingsalternativ från läraren riktas till elevens egen vilja, men där ansvaret för utförandet blir individens och tvånget närmast blir en rekommendation för önskvärda handlingen. Det skapas således en dimension av valfrihet, även om det samtidigt framstår tydligt vad som bör göras. Det som är föremål för insatsen är viljan, vilket tydliggörs genom det fokus som tillmäts elevernas upplevelse av ”jumpa”. M Öhman (ibid.) konstaterar att frågan om det är roligt tar stort utrymme, och att denna fråga är helt ointressant om det är den fysiska prestationen som är i fokus. Hon konstaterar framt att ”kul har man först när det egna jaget fullföljt sina plikter att styra sig själv.” (ibid:144). Självstyrning förutsätter ett fritt subjekt, men som M Öhman (ibid.) påpekar är frågan om subjektets autonomi minst sagt intressant att problematisera.

Kroppen och det hälsosamma idealet är vidare i fokus då A Öhman (2004) från ett sjukgymnastiskt perspektiv studerar förhållningssätt till hälsa och kön, inom vårdutbildningar och sjukgymnastisk praktik. A Öhman (ibid.) diskuterar hur vårdutbildningar generellt utgår från kunskap om den ”friska” kroppen, mot vilket avvikelser ska urskiljas och behandlas. Hennes avhandling grundar sig i en longitudinell enkätstudie av attityder hos sjukgymnaststudenter i Sverige och Kanada där hon finner att ett starkt idrottsintresse och fokus på den friska kroppen dominerar tankar om framtida yrkespraktik. Hon konstaterar två problem med detta, dels att ett underteoretiserande av psykosociala perspektiv innebär svårigheter att bemöta många av de problem patienter brottas med, dels att ideal om kroppen kommer att stå i kontrast till de kroppar man möter inom sjukvården, vilket hon ser som ett hinder i sig. A Öhman (ibid.) menar därför att sjukvården inte enbart kan betrakta den biomedicinska kroppen, utan också måste se att det finns en social kropp som måste analyseras utifrån samhällsvetenskapliga perspektiv.

Ovanstående kan dock liknas vid en utvidgning av sjukvårdens uppdrag och bör därför följas av en analys av makt. Holmes (2002) undersöker genom intervju- och observationsstudier

sjuksköterskors vård inom den psykiatriska tvångsvården i Kanada och fäster uppmärksamhet vid hur den pastorala maktutövningen, genom att utövas av en person, kräver att den andra gör sig själv till ett verktyg för kunskap. Detta kräver en relation, vilket i sin tur kräver att förtroenden etableras. Kvaliteten på relationen är avgörande, liksom kunskapen sjuksköterskan har om patienten. Holmes (ibid.) betonar hur denna relation kräver arbete. Avvägningen mellan omsorg och maktutövning är dock inte enkel för sjuksköterskan och Holmes (ibid.) betonar att den ofta utgör en utmaning, inte minst relaterat till idealiserade yrkesideal och diskurser om yrket som ofta avspeglar moraliska ideal. Denna paradox problematiserar också Hyde et al (2006), som med sjuksköterskan i fokus belyser såväl makt som relation och avgränsningen för sjukvårdens uppdrag. De undersöker sjuksköterskors journaltexter från fyra somatiska sjukvårdsavdelningar på Irland och fokuserar på beskrivningar av ADL, ett begrepp som beskriver aktiviteter i det dagliga livet, exempelvis kommunikation, andning, födointag, rörlighet, arbete, lek och sömn. Fokus vilar såväl på sjuksköterskans vaktande och kontrollerande roll relaterat till patienternas aktiviteter, som på hur dessa dagliga aktiviteter inom kliniken förmedlas genom en biomedicinsk förståelseram. De beskriver denna process som ett övervakande och ett normaliserande arbete och relaterar detta till en sjuksköterskeroll som mer och mer prioriterar ett terapeutiskt förhållningssätt och på så sätt inlemmar fler och fler delar av patienternas liv inom ramen för granskning. Författarna ser dels att normaliseringen sker enligt moraliska kategoriseringar som baseras på kulturella normer, dels att patienternas upplevda vilja att följa dessa normer får betydelse för hur de kategoriseras. En kategorisering som kan vara svår att förena med ideal om individualiserad vård (ibid.).

För att spinna vidare på denna tråd har man inom samma forskningsprojekt (Hyde et al 2005) också undersökt sjuksköterskornas dokumentation utifrån vad de kan tänkas säga om sjuksköterskornas ”röst” genom hur professionen uttrycks genom texten, relaterat till förhållningssätt till det psykosociala. De utgår från en öppen fråga om vad arbetet innehåller, inte i dess praktik, utan i dess text och konstaterar att sjuksköterskans profession generellt uttrycks genom intresse av att kontextualisera sjukdom, men att detta inte får något egentligt avtryck i den undersökta dokumentationen. Där dominerar istället en instrumentell rationalitet och en närmast mekanisk inställning till kroppen. De finner också att patienternas egna upplevelser inte framhålls i dokumentationen och att de samtal som trots allt dokumenterats snarare har en strategisk än kommunikativ ton, där målsättningen karaktäriseras mer av försök att få patienten att hålla med, än om kommunikation i egentlig mening. I relation till viljan att kommunicera erbjuder dock författarna något annat än den hyperkritik som tyvärr kan upplevas ibland då forskning har en kritisk ansats (se t.ex. Alvesson & Deetz 2000). De ställer nämligen frågor om, och i så fall hur, man skulle kunna använda relationen till patienten och kunskapen om henne för att stärka henne och utveckla problematiserande kunskap. Tyvärr ser de svårigheter med detta, och ifrågasätter hur sjuksköterskan ska kunna förhålla sig till den komplexitet som karaktäriserar det psykosociala fältet. Inte minst då hög arbetsbelastning kan verka för lösningar som är snabba och lätta att utvärdera (Hyde et al 2006). Resultatet kanske inte blir att sjuksköterskan inte alls bryr sig om att kontextualisera sjukdom, dock kan det betyda att det psykosociala, eller de sociokulturella, aspekterna av sjukdom kolonialiseras av ett bio-teknokratiskt system. Hyde et al (2005) finner nämligen att även om kunskapen om patientens upplevelser skulle kunna innebära möjligheter för sjuksköterskan att arbeta för patienten, förefaller sjuksköterskans primära samarbetspartners snarare vara andra professionella.

### 2.3 Den professionella gruppen

Avslutningsvis vänds därför blicken mot den professionella gruppen och Nikander (2003), som genom observationer av inspelade möten mellan professionella i Finland, analyserar samtal som handlar om planering av äldre patienters fortsatta vård. Mötena beskrivs av Nikander som "the joint practices whereby the absent client is discursively drafted and talked into being through descriptions and categorizations." (ibid:112). Fokus vilar på patientkonstruktioner, men också på organisation och det tvärprofessionella sammanhanget. Nikander (ibid.) diskuterar hur mötena förutom samtal om den fortsatta vården för en enskild också åskådliggör förhandlingar kring föränderliga villkor och krav som organisationen behöver möta; patientkonstruktioner, moral, ekonomiska förutsättningar, olika aktörers ansvar och rättigheter samt praktiska överväganden. I relation till samtalens mångfacetterade innehåll och form lyfter hon vidare fram hur många beslut är "osynliga", på så sätt att de inte framträder tydligt som beslut, utan återfinns inom ramen för den allmänna diskussionen och framställningen. Nikander (ibid.) beskriver vidare hur medlemmarna i teamen representerar olika, och förhoppningsvis, komplementära kompetenser och kunskaper kring den aktuella patienten. Hon klargör också hur tvärprofessionell samverkan allmänt betraktas som ett bra sätt att kvalitetssäkra en verksamhet. Hon konstaterar dock också att området inte är speciellt väl utforskat (ibid.).

Utöver detta konstaterande av Nikander (ibid.) är det vanskligt att uttala sig om vad som fattas, och utmanande att försöka bidra med mer än belägg, eller kritik, av existerande teori. Jag vill dock hävda att det finns behov av perspektiv som förmår länka delarna i analysen till varandra; patientkonstruktioner och personalens stress, självstyrningens tekniker och sjukvårdens uppdrag. Det finns också ett behov av att explicit koppla dessa analyser till samhällseliga perspektiv samt försöka att erbjuda något annat än hyperkritik.

### 3. Teoretiska och metodologiska perspektiv

Genom detta kapitel skisseras en övergripande metodologisk och teoretisk bakgrund till studien. Inledningsvis fästs fokus vid vetenskapsteoretiska och metodologiska utgångspunkter, varefter intresset riktas mot mer renodlat teoretiska perspektiv.

#### 3.1 Grad av konstruktion

Winter Jørgensen och Phillips (2000:7) presenterar en översiktlig definition av diskurser och beskriver dem såsom ”ett bestämt sätt att tala om och förstå världen (eller ett utsnitt av världen).” Börjesson (2003) beskriver vidare hur diskursiva praktiker producerar förståelse- och meningssammanhang på ett sådant sätt att diskurserna bestämmer gränserna för vad som är möjligt att säga i ett visst sammanhang, vad som är trovärdigt och sant. Fokus flyttas alltså från frågan om hur verkligheten är, till frågan om hur verkligheten skapas och varför den skapas på just det sättet. Det som dock kan debatteras är graden av konstruktion och med hjälp av Johansson (2006) fick jag upp ögonen för hur vi kan använda Czarniawska (2005) för att åskådliggöra en sådan gradering. Enligt denna kan man föreställa sig fem nivåer:

1. Världen är konstruerad av människor
2. Verkligheten är en social konstruktion
3. Människor konstruerar sina världar
4. Människor konstruerar sociala institutioner
5. Kunskapen är socialt konstruerad

Påståendet är svårt att acceptera, inte minst inom en medicinsk verksamhet som har ett så uppenbart fysiologiskt fokus. Givetvis behöver vi prata om kroppen för att förhålla oss till den, men jag väljer ändå att utgå från att också den finns där som en fysisk realitet. Å andra sidan upplevs nivå fyra och fem som relativt oproblematiska, och kan ses som en utgångspunkt för studien. Människor konstruerar sociala institutioner och kunskaper. Detta ska dock inte förstås som att individer kan göra detta på vilka sätt de vill, när de vill och oberoende av varandra. Det är inte så att allting, med Winther Jørgensen & Phillips (2000:12) ord, ”flyter”. Kunskap och identiteter är visserligen kontingenta, men i konkreta situationer är ramarna begränsade för vilka identiteter som är möjliga att anta och vilka utsagor som accepteras (ibid.). Detta för mig fram till nivå två och tre, verkligheten är en social konstruktion och människor konstruerar sina världar. Frågan jag ställer mig är då givetvis, hur?

##### *3.1.1 Interaktionistisk-konstruktivistisk observation*

Johansson (2006) beskriver hur språket erbjuder vägar att problematisera såväl tanken som vårt själv och våra relationer. Eftersom studien är förankrad i ett organisatoriskt sammanhang präglad av interaktion behöver också interaktionen i rummet problematiseras. Men, vilka fokus är möjliga att inta i studier kring vad som händer vid ett teammöte, där flera olika professioner samtalar om någon som faktiskt inte är där? Med Czarniawska (2005) och hennes gradering av konstruktion i minnet är det inte möjligt att avgöra vad som är sant eller falskt i relation till den kunskap som produceras eller de sociala institutioner som studeras, eftersom jag positionerat mig på ett sådant sätt att jag inte antar att dessa fält ligger bortom konstruktion. Det blir därför inte heller fruktbart att försöka uttyda vad medlemmarna i teamen ”egentligen” menar eller vad de kan tänkas ha för dolda avsikter med det de säger. Inte heller kroppen som fysisk företeelse kan vara i fokus. Däremot är det möjligt att lyfta fram hur patienterna framställs och vilka effekter detta kan tänkas få.

Observation som metod är då, liksom diskursanalys, förknippat med sätt att betrakta verkligheten och således förankrat i teori. I relation till observation som metod kräver detta en del positionering, inte minst relaterat till kunskapsanspråk och studieobjekt. Observation som metod kan nämligen ha en naturalistisk slagsida som fungerar dåligt i kombination med de filosofiska resonemang som förknippas med diskursanalys. Detta är inte underligt, observation som metod är äldre och har ofta används som ett sätt att försöka förstå ”främmande kulturer” eller de studerades perspektiv, vilket inte är förenligt med ett socialkonstruktivistiskt förhållningssätt. Det är dock möjligt att skissera en modell för observation som harmonierar bättre med den kritiska diskursanalysen. Järvinen och Mik-Meyer presenterar ett interaktionistiskt-konstruktivistiskt perspektiv och fokus, med språket i centrum, och konkretiserar:

Da den sociala verklighed bliver skabt gennem social interaktion – og virkelighedskonstruktion altid handler om, at nogle udsagn får status som mere virkelige end andre – kan samtaler anskues som en slags retoriske kampe mellem konkurrerende udsagn. (Järvinen & Mik-Meyer 2005:104)

Observation ger då inblick i något annat än intervjuer eller enbart textbaserad diskursanalys, nämligen sociala handlingar och deras institutionella förankring, möjligheter till inblickar i aktörernas positioneringar och förhållanden gentemot varandra (ibid.). Även om diskursanalys ofta fokuserar på skriven text, lyfter Chouliaraki och Fairclough (1999:25) fram att det sociala livet utgörs av praktiker; ”habitualised ways, tied to particular times and places, in which people apply resources (material or symbolic) to act together in the world.”

Kombinationen av, och dialektiken mellan, diskursen och materialiteten löper alltså som en röd tråd, varför det också upplevs som meningsfullt att ge utrymme för både konkret tal och andra former av kommunikation som kan vara svåra att spela in eller transkribera. Chouliaraki och Fairclough (ibid.) beskriver nämligen diskurser som den sociala praktikens semiotiska element, bestående av såväl språk, som icke-verbal kommunikation och visuella bilder. De betonar också den etnografiska metodens möjligheter att bidra med denna typ av kontextuell information (ibid.).

### *3.1.2 Kritisk diskursanalys*

Med blicken riktad mot texten vilar fokus på det som kommit att kallas kritisk diskursanalys. Jag vill dock betona att indelningar mellan olika typer av diskursanalys inte bör betraktas som vare sig stora eller statiska. Centralt är istället teoretisk och metodologisk överensstämmelse och användbarhet. Fokus för den kritiska diskursanalysen vilar dock inte enbart på diskurser, utan också på vikten av att belysa samhällsliga fenomen och då gärna använda sig av teorier från andra områden, såsom sociologi, och betrakta förhållandena mellan diskurser och sociala fenomen som dialektiska (Winther Jørgensen & Phillips 2000). Här är det viktigt att påpeka att denna växelverkan mellan diskursanalys i sig och inspiration från andra discipliner också innebär att man förhåller sig till olika typer av texter på olika sätt. Sahlin beskriver detta och menar att:

När man alltså övergår till att beskriva diskursens relationer till sin sociala omgivning gör man utsagor om den senare på basis av diskurser, som nu behandlas som om de faktiskt representerar en extern verklighet och inte som

uttryck inom ramen för bestämda framställningsordningar. Med andra ord är det svårt att undvika en viss inkonsekvens, ett problem man måste förhålla sig till genom att motivera sina val att behandla olika texter på olika sätt. (Sahlin 1999:104)

För att anknyta till detta används Fairclough (1995) som beskriver en analys som bygger på tre element eller dimensioner: text, diskursiv praktik och sociokulturell praktik. Analysen av texten kan inte skiljas från analysen av de institutionella och diskursiva praktiker som ramar in den och i de interpersonella relationerna i kommunikationen kan texten ses som en arena för förhandling kring sociala relationer mellan dem som deltar (ibid.). Analysen måste dock också kopplas till ett socialt sammanhang i bredare mening genom hur sociala praktiker i den specifika situationen korresponderar med maktrelationer och samhällsvetenskapliga perspektiv. Fairclough (2003) hänvisar i detta sammanhang också till hegemoniska projekt, vilket tydliggör den ideologiska kopplingen i hans ramverk. Vidare framträder det hos Fairclough ett tydligt fokus på diskursens effekter samt en önskan om att lyfta fram kunskap som kan verka för förändring, vilket ofta står att finna just i skärningspunkten mellan diskursiv praktik och bredare social praktik (se t.ex. Winther Jørgensen & Phillips 2000).

För en socialarbetare upplevs Faircloughs perspektiv som lockande, inte minst tack vare den ständiga växelverkan mellan nivåer i analysen, som ofta utgör grundstenar för de egna teoretiska perspektiven. Också Faircloughs fokus på möjligheter till förändring upplevs som analytiskt verksamt för en socialarbetare, som inte sällan har detta som fokus i arbetet. Kopplingen till de samhälleliga perspektiven lockar också, inte minst på grund av en upplevelse av att dessa förhållanden ofta undervärderas i det sociala arbetet och att det därför finns behov av en ökad teoretisering av denna nivå samt en ökad koppling mellan de olika nivåerna i analysen.

För att tydliggöra vikten av kopplingar mellan olika nivåer i analysen har inspiration hämtats från Bröckling, Krasmann och Lemke (2011) som presenterar fem metodologiska principer. De är, i sin tur, tydligt inspirerade av Foucault när de uppmanar att:

1. Inte utgå från dikotomier, såsom makt och subjektivitet eller idéer och praktik. Sök istället efter systematiska sammanlänknings av gestaltningar av förnuft och styrandets teknologier. Du finner då såväl vardagliga praktiker, politiska program och metoder för självstyrning, men också betydelsen av kunskapsproduktion och dess länkar till maktmekanismer.
2. Fokusera på lokala praktiker och tänk uppåtgående/uppåt snarare än nedåt.
3. Öppna upp för diskursiva verkningar, talarpositioner och institutionella mekanismer som skapar sanningsanspråk samt vilka makteffekter dessa anspråk får. Gör detta istället för att söka sanning eller falsifikation.
4. Fokusera på tekniker, och de teknologiska aspekterna av styrning, i form av mekanik, men också relaterat till mänskliga relationer. Relatera till hur dessa reglerar hur individer och grupper formar sina och andras beteenden genom exempelvis sanktioneringar, normalisering, uppmaningar och andra uttryck för stöd.

5. Analyser av självstyrning är analyser av politik. Dock inte i meningen att politik antas, utan i form av intresse för hur politik skapas, genom skillnadsskapande, definiering av problem och konceptualiseringar av möjligheter. Och kanske det mest centrala, hur människor framställs och utvecklas som autonoma, fria och ansvarstagande medborgare.

### 3.2 Teoretiska utgångspunkter

Med ovanstående uppmaningar i minnet vänds fokus nu mot mer renodlat teoretiska perspektiv. För att lokalisera studien i sitt sammanhang inleds denna del med fokus på sociala perspektiv inom sjukvården. Därefter presenteras de perspektiv utgör studiens egentliga fokus; patientkonstruktioner, alienation, organisation och profession och självstyrning. För att placera dessa perspektiv i en bredare samhällslig kontext avslutas denna del därefter med en övergripande skiss över det senmoderna sammanhanget.

#### 3.2.1 *Det sociala perspektivet i den medicinska kontexten*

Sjukvård är ingenting som pågår i slutna rum med egna logiker bortom samhället utanför. Johannisson uttrycker det på följande sätt:

Sjukdom är både en händelse i den enskilda kroppen och en bestämd repertoar av språkliga konstruktioner – diagnoser – som svarar mot medicinens position och kunskapsläge vid en given tidpunkt. Sjukdom är också en individuell identitet och en social roll. Den är det strukturerande elementet i en rad relationer, exempelvis mellan läkare och patient, familj och individ, och mellan individen och sociala institutioner som arbetsgivare, försäkringskassa och sjukvårdens alla nivåer. Inte minst är sjukdom dynamiska spegelsystem för norm- och värderingsförskjutningar i den större samhällskroppen. (Johannisson 2006:29)

Att placera sjukdom i en socialkonstruktivistisk förståelseram innebär dock inte att säga att sjukdom inte finns, inte upplevs, inte medför lidande eller behöver bot eller lindring. Det betyder dock, som Johannisson uttrycker det, att sjukdom aldrig är en neutral konsekvens av biologiska faktorer (ibid.). Den medicinska sociologin har här ett tredelat fokus, från ohälsa i samhället, sjukdomsmönster och sjukvårdens organisation, till intresse för sjukvårdens organisering och individens hantering av sjukdom (Svensson 1993).

I relation till övergripande perspektiv och sjukdomsmönster visar Svensson (ibid.) hur fokus för sjukvården successivt flyttats från akuta insatser till mer kroniska sjukdomstillstånd, vilka i ökande omfattning påverkar patienternas livsvillkor i stort och kräver att patienterna sköter mer av sin behandling i vardagen. Likaså har ett ökat fokus riktats mot betydelsen av psykosociala faktorerens betydelse för hälsan. Vidare har det blivit en viktig del av vår kultur att leva hälsosamt och därmed ett ansvar för individen att utveckla en livsstil som främjar hälsa. Sammantaget påverkar detta relationerna mellan den enskilda patienten och sjukvården och ställer krav på samarbetsformer som går utöver snabba behandlingar i akut sjukvård. Svensson (ibid.) menar att dagens sjukdomar därför i större omfattning än tidigare är en fråga om definitioner. Gränserna mellan vad som är en angelägenhet för sjukvården och inte är därför inte alltid lätta att dra, vilket leder till ett ökande fokus på normalitet och avvikelse. Johannisson (2006) tydliggör vidare hur sjukdomsbilder inte uppstår ur intet, utan ur livliga samtal mellan kropp, samhälle och kulturella koder lokaliserade i tid och rum.



Vidare är det av vikt att belysa medicinens, och i synnerhet läkarens, mandat i välfärdssamhället. Att avgöra vem som är sjuk och frisk är centralt för bedömningen och fördelningen av socialförsäkringens förmåner, genom exempelvis sjukskrivningen (Svensson 1993). Dessa gränsdragningar blir dock allt svårare att göra i takt med att större delar av människors livsvärldar kommer under medicinsk lupp. Järvinen och Mik-Meyer (2003) belyser detta vidare genom hur diagnoser utgör en del av ett institutionaliserat identitetsarbete, som bland annat fyller en funktion av att standardisera människors problem, på ett sådant sätt att de kan bli föremål för hjälpinsatser inom ramen för specifika välfärdsinstitutioner.

Det är dock av vikt att påpeka att även om man kan argumentera för att en ökande del av människors livssammanhang utgör intresse för sjukvården, innebär inte detta att man med självklarhet kan säga någonting om vilka förklaringsmodeller som då vinner giltighet. Ett ökat fokus på sociala faktorer behöver inte i sig innebära ett ökat fokus på samhällsvetenskap. En del menar istället att de biologiska förklaringsmodellerna ökar i popularitet, bland annat beroende av biomedicinens höga status och inflytande från läkemedelsbolag, helt enkelt beroende på att om fler sjukdomar kan behandlas medicinskt betyder det möjligheter till ökande intäkter (se t.ex. Brante 2006). Det sociala livets intåg i medicinen behöver alltså inte innebära en motsvarande skjuts för samhällsvetenskapliga tolkningsmodeller.

Också för de professionella kräver dock ett ökande fokus på vardagslivet nya arbetsformer. Krav på engagemang, där inte enbart den sjuka kroppen ska tas om hand, utan hänsyn också ska tas till patientens individuella förutsättningar. Som Svensson (1993) påpekar är detta inte alltid enkelt, utan kan vara en källa till frustration. Svensson (ibid.) lokaliserar i relation till denna utveckling en konflikt kring sjukvårdens förhållningssätt till patienternas sociala liv. Detta kan åskådliggöras genom följande två textutdrag. Å ena sidan;

Problemet är inte vårdens avskärmning utan att våra förväntningar på den ställs för högt. Även om många sjukdomar har sin upprinnelse i människors vardagsituation är det, enligt det här sättet att se, inte rimligt att förvänta sig att läkaren skall kunna ta sig an människors problem i vardagen. Läkaren kan inte skapa ett meningsfullt arbete åt sin patient, han (sic) kan inte återskapa förlorade kulturella eller sociala sammanhang, raserade äktenskap eller lösa människors existentiella problem. Vården kan helt enkelt inte ta sig an människors vardagsproblem utan den måste begränsa sig till det som den klarar av och är bra på. (ibid:112)

Här ser man öppenheten för vardagslivet som ett hinder för effektiv sjukvård. Ett direkt motsatt synsätt, alltså att hänsyn till vardagslivet är ett villkor för effektiv vård kan å andra sidan uttryckas som;

Det är först när man tar hänsyn till att patienten måste bemästra sin sjukdom i vardagslivet och att denne ingår i ett socialt sammanhang som man kan nå framgång med behandlingen. (ibid:113)

Denna konflikt beskrivs ofta som en konflikt kring huruvida sjukvården ska verka i riktning mot en mer helhetsorienterad vård. Denna problematik måste dock fördjupas genom perspektiv på makt. Kort sagt, om medicinen ska rikta intresset mot hela livet, vad innebär det

för patienten och relationen mellan patienten och sjukvården? För de professionella? För samhället?

### 3.2.2 Patientkonstruktioner

Ingen institution kan, oavsett eventuell strävan mot helhetsorientering, möta en ”hel” människa, i betydelsen alla faktorer och omständigheter som kan vara av betydelse för den enskilda. Som Järvinen och Mik-Meyer (2003:16) påpekar är det därför en nödvändig del av den institutionella logiken att anpassa individen och hennes problem på ett sådant sätt att hon blir möjlig att ”(sam)arbeta” (min översättning) med. Med detta följer att institutionen tolkar individens problem genom en organisatorisk ram, och när själva hjälpen eller behandlingen sedan är igång har denna beskrivning större giltighet än individens egen upplevelse, vilket kan få effekter för den enskilda också framåt i tiden. Som Järvinen och Mik-Meyer (ibid.) påpekar behöver detta dock inte innebära att de professionella själva upplever att de konstruerar identiteter, de kan istället uppleva att de arbetar genom neutrala kartläggningar av problem, resurser och mål.

De identiteter som blir aktuella för individen i mötet med institutionen utgörs dock inte av en enkel återspeglning av individens upplevda problematik, utan formas av de behandlingsmöjligheter, kontrollmöjligheter och hjälpstrategier som ryms inom den aktuella institutionen. Järvinen och Mik-Meyer (ibid.) menar vidare att det sociala arbetet i ökande omfattning karaktäriseras av ett individfokus som medför att förändring kommit att handla mer och mer om individens förståelse av sig själv och ansvar för att förändra sin livsstil på ett sådant sätt att det motsvarar de modeller institutionen arbetar efter. I dessa modeller ingår förståelser om orsak och verkan, ansvar, bra respektive dålig behandling och hur man bäst använder de resurser man har till sitt förfogande. Järvinen och Mik-Meyer (ibid.) använder Bourdieus (1977) begrepp doxa för att beskriva hur dessa förståelser ofta inte uttrycks, utan tas för självklara. För klienten/patienten innebär de dock att den hjälp institutionen erbjuder inte kan betraktas som ett neutralt sätt att möta individens problematik, utan att institutionen och dess praxis återspeglar bestämda sätt att betrakta världen.

Järvinen och Mik-Meyer (2003) konstaterar att ovanstående innebär en del paradoxer eller konflikter, vilka de presenterar enligt nedan:

1. Paradoxer mellan individens och organisationens målsättningar. Individen kan exempelvis önska praktisk hjälp, men blir erbjuden råd och anvisningar i riktning mot personlig utveckling.
2. Paradoxen i den professionellas dubbla roll, där diagnostik och kontroll ska förenas med hjälp och stöttning. En svår kombination som dock ibland ”löses” med att kontrollfunktionen uttrycks som ett medel för stöd.
3. Paradoxen mellan organisationens möjligheter att erbjuda likvärdig behandling, men med hänsyn till individens specifika förhållanden.

Den fjärde paradoxen kan betraktas som en följd av de tre tidigare, men presenteras här självständigt:

4. Ideal om att erbjuda service grundar sig på möjligheten till en jämlik relation. Detta omöjliggörs av institutionens tolkningsföreträde över individens problematik, vilket är svårt att kombinera med ideal om individens egenansvar.

### 3.2.3 Alienation

Ovan beskrivna paradoxer är av strukturell art och kan därför vara mycket svåra för den enskilda professionella att förhålla sig till. Dock har ansatsen till de professionella hittills varit relativt instrumentell. Diskursanalys och interaktionistisk-konstruktivistisk observation har visserligen inte som fokus att "gå bakom" texter för att förstå avsikter, eller dolda agendor. Istället öppnar dock perspektiven för problematiseringar av hur människor, som ofta vänder sig till människovårdande yrken för att de vill göra gott, kan hamna i situationer där det blir svårt att följa sina ideal. Lipsky menar att de

... often spend their work lives in a corrupted world of service. They believe themselves to be doing the best they can under adverse circumstances, and they develop techniques to salvage service and decision-making values within the limits imposed upon them by the structure of their work. They develop conceptions of their work and on their clients that narrow the gap between their personal and work limitations and the service ideal. These work practices and orientations are maintained even while they contribute to the perversion of the service ideal or put the worker in the position of manipulating citizens on behalf of the agencies from which citizens seek help. (Lipsky 1980:xiii)

Lipsky (ibid.) berör, såsom många andra, dubbelheten i arbetet; att å ena sidan ge individuellt anpassad vård, å andra sidan göra det genom en byråkratisk mall som kräver distans och generaliserbarhet med resurser som understiger det upplevda behovet. Lipsky (ibid.) konstaterar dock inte enbart att så är fallet utan problematiserar betydelsen av detta med hjälp av begreppet alienation. Han konstaterar att majoriteten av dem som arbetar inom denna typ av organisationer har högtflygande ideal, men att de i realiteten förhandlar kring suboptimala lösningar för den enskilde och att de jonglerar en hjälpare och en dömande funktion på samma gång, vilket är svårt. Lipsky (ibid.) konstaterar att individer som arbetar inom människovårdande organisationer ofta också arbetar ensamma, med egna utredningar och bedömningar, men att de ofta har goda relationer med sina arbetskamrater. Det är alltså inte i relation till dem som alienationen verkar, utan i relation till de hjälpsökande. Lipsky (ibid.) beskriver alienationen genom fyra aspekter:

1. De arbetar enbart med delar av den produkt de arbetar med

Samtidigt med ett ideal om helhetstänkande måste de relatera till människor genom ett filter av byråkratiska indelningar eller attribut. Detta förtjänar en liten utveckling, eftersom Lipsky menar att vetenskapen om patienternas komplexa problematik fungerar som ett argument för att anställa socialarbetare och psykologer inom det medicinska fältet. Att bredda verksamheten på detta sätt ska dock inte undgå kritisk granskning då Lipsky menar att det utökade arbetsområdet också kan analyseras som en källa till än mer alienation för de professionella.

2. De kontrollerar inte resultaten av sitt arbete

Detta medför att man aldrig kan vara säker på vilka resultat man kommer att uppnå, oavsett hur nöjd man är med den egna arbetsinsatsen. Även om man strävar efter att lösa problem, är inte alla problem ändliga eller möjliga att lösa. Detta leder till en skillnad mellan

förväntningar och resultat, vilket kan upplevas som en kontrollförlust över en situation som man upplever att man bör kunna kontrollera.

### 3. De kontrollerar inte arbetsmaterialet

Det är inte möjligt att kontrollera de hjälpsökandes omständigheter och det finns därför alltid en osäkerhet inför vilka situationer man kommer att möta.

### 4. De kontrollerar inte arbetets takt

Lipsky konstaterar att man visserligen kan ägna mycket ansträngning åt försök att planera verksamheter på ett sådant sätt att arbetstakten ska upplevas vara under kontroll, men att detta inte är möjligt. Effektivitet är helt enkelt svårt att förena med flexibilitet.

Lipsky (ibid.) ser denna alienation, och de kumulativa effekterna av ovanstående, som en av anledningarna till att de professionellas lojalitet, eller förändringsbenägenhet, i större utsträckning relateras till organisationens skiftande krav än patienternas skiftande behov och relationerna med patienterna. Att göra sig själv till en förkämpe för patienternas behov eller rättigheter är inte heller lätt, inte minst då utgångspunkter om likabehandling omöjliggör olikheter. Det brukar inte heller avsättas resurser med fokus på att underlätta för de professionella att alliera sig med de hjälpsökande (ibid.). Detta kan också, genom Svensson (1993), kopplas till den övergripande svenska kontexten av ökande administrativ kontroll, styrning och standardisering samt intresse, främst från administration och politik, med önskan om mer mätbar vård.

Lipsky (1980) konstaterar att den enskilda arbetstagaren måste förhålla sig till ovanstående genom att söka efter tillfredsställande arbetsprocesser snarare än optimala. En konflikt som måste hanteras, vilket Lipsky (ibid.) ser tre sätt att göra:

1. Organisera arbetet inom de resurser som finns tillgängliga genom att begränsa efterfrågan, maximera de egna resurserna och söka patienternas samförstånd för dessa begränsningar.
2. Förändra sina egna upplevelser av arbetet för att minska gapet mellan de egna målen och de tillgängliga resurserna.
3. Förändra synen på människorna de arbetar med för att minska skillnaderna mellan det som kan åstadkommas och det som är möjligt.

#### *3.2.4 Organisation och profession*

De enskilda arbetstagarna arbetar dock inte i ett vakuum, utan i en institutionaliserad kontext, såsom professionella med olika kompetenser, ett sammanhang som måste problematiseras i sig. Hasenfeld (1992) använder begreppet "human service organizations" och definierar dessa såsom "organizations (that) work on people". (ibid:1). Han definierar därefter varför det är intressant att sammanföra dessa organisationer, liksom varför det är intressant att särskilja dem från andra typer av organisationer; "As a result, they experience particular normative and structural issues the solutions to which give these organizations distinctive qualities." (ibid:1). Vidare beskriver han organisationernas uppdrag såsom "the core activities of the organization are structured to process, sustain, or change people who come under its jurisdiction." (ibid:4-5).

Hasenfeld (ibid.) utgår från den dubbelhet som karaktäriserar organiserat arbete riktat mot människor; att arbeta med individuellt stöd, men med begränsningar såväl materiellt som normativt. Motsägelserna problematiseras genom de egenskaper som karaktäriserar dessa organisationer, som alltså har människor som sitt arbetsmaterial, och behandlar dem genom en process som gör människorna till klienter. (Begreppet arbetsmaterial är mitt, Hasenfeld använder begreppet "raw material") (ibid:4). Människovårdande institutioner påverkas av såväl finansiering och politisk legitimitet som organisationens inre struktur, regelverk och förhandlingar. Men också anseende i samhället och anseende relaterat till deras tilltänkta klienter och olika intressegrupper.

Abbott (1992) diskuterar dessa mer subjektiva faktorer och de legitimitetsprocesser som kopplas till dessa. I centrum finner han då anspråk på att klassificera, diagnosticera, slutleda och behandla. Diagnostisering behandlar två processer, samordning och klassificering. Samordning handlar om att avgöra vad som är relevant respektive irrelevant, men också graden av acceptabel osäkerhet, vartefter klassificering handlar om en översättning av det relevanta till de problembeskrivningar som den professionella legitimiteten erbjuder. Abbott (ibid.) påpekar att dessa processer kan vara vanskliga när man arbetar inom ett område där det kan vara svårt att veta vad som är relevant, det kan vara okänt, det kan vara tvetydigt och det kan vara föränderligt över tid. Arbetsfördelningen inom sjukvårdsorganisationen handlar vidare till stor del om sjukvårdens sätt att fungera som kunskapssystem, som kan karaktäriseras som ett flöde av kunskaper, med två aspekter; hur kunskap om patienter ska inhämtas och hur kunskap kan förmedlas internt. En aspekt av detta är att olika yrkeskategorier ofta har bristfälliga kunskaper om andra yrkesgruppers kompetensområden (Svensson 1993), vilket ytterligare sätter fokus på vikten av, och svårigheterna med, tvärprofessionell förhandling.

Diagnostik relateras vidare till behandling. Dock ska detta samband inte förenklas eller betraktas som kausalt. Behandlingens effektivitet är nämligen beroende av individuella faktorer hos patienten, alltså ofta samma faktorer som man bortser från i strävan efter klassifikation. Som Abbott (1992:152) uttrycker det; "Who the client is thus determines much of what he och she gets." Detta blir en paradox, för att få legitimitet måste den professionella fjärma sig från individen, men också liera sig med henne, en process där vissa individer blir lättare att arbeta med än andra, men också en scen för interprofessionell osäkerhet eller otydlighet. Mycket hög grad av professionell distans kan å ena sidan skänka professionell legitimitet, å andra sidan kan detta påverka behandlingens effektivitet och då bli en arena för ifrågasättande. Å andra sidan riskerar man med en större närhet till individen, hennes språk och hennes önskemål att förlora legitimitet. Stor närhet ställer dock också krav på patienten då det blir lättare att arbeta med personer som kan förstå sin behandling på relativt professionell nivå och också kan prediagnosticera sina problem. Som Abbott (ibid.) påpekar rör man sig med stor närhet också ofta utanför de områden professionen eller organisationen ringar in som sitt arbetsfält, och alltså har någon typ av egentlig behandling för.

Slutligen slutledning, en process som Abbott (ibid.) placerar i tid och rum mellan diagnos och behandling och där sambanden mellan dessa två är höljda i dunkel. Denna öppenhet relaterar Abbott till arbetets natur, eftersom det exempelvis för socialarbetare eller sjukvårdspersonal ofta pågår flera parallella processer som kan avbrytas eller intensifieras relaterat bland annat till sannolikheten att de bär frukt. Och här placerar Abbot (ibid.) mycket av professionens kärna, att avgöra när det är dags för den enskilde att ägna sig åt mer komplex slutledning

snarare än rutin. Just inom sjukvården åskådliggör Svensson (1993) hur denna process av slutledning ofta kan relateras till relationerna mellan professionerna då det ofta är läkaren som i slutändan är ansvarig, även om många beslut fattas på grundval av andras bedömningar.

### 3.2.5 *Självstyrning*

Vem och vad som ska bli föremål för insatser, liksom vilka insatser som blir aktuella, är alltså inte att betrakta som självklart, utan relaterat till den hjälpsökande, de professionella, de institutionella ramverken och sambanden dem emellan, vilket i sin tur relaterar till relationer och makt. I detta sammanhang har jag därför valt att diskutera makt genom begreppet självstyrning, ett begrepp och analytiskt verktyg som har sitt ursprung hos Foucault. Tyvärr hann han inte publicera så mycket material om självstyrning innan sin bortgång, men begreppet får ändå sägas ha fått ett stort genomslag. På grund av det ganska sparsmakade material som finns att hämta från honom själv har jag valt att vända mig också mot några tolkare av Foucault; Bröckling, Krasmann och Lemke (2011) samt Gustavsson och Hörnqvist (2003). För teoretiska implikationer nära mitt eget material har jag vidare vänt mig till Holmes (2002) och M Öhman (2007).

Foucault (2001; 2003) används främst för att illustrera två centrala processer eller tankeled, länken mellan makt och vetande samt makt betraktat som en skapande, snarare än repressiv kraft. Dessa båda ska komma att ha central betydelse och redan i inledningen till ”Övervakning och straff” konstateras att vetenskap innebär makt att ordna. ”De som ordnar världen i tanken bestämmer indelningsgränser och kategorier, som sedan kommer att lämna tankens värld, när kunskaper och vetenskaper institutionaliseras och blir maktapparater.” (Foucault 2001:vii). Detta kopplas sedan specifikt till den mänskliga kroppen då Foucault (ibid.) konstaterar att kroppen bara blir användbar om den är produktiv och underkastad på samma gång. Som Gustavsson och Hörnqvist (2003) konstaterar fanns det dock en del problem eller svårigheter med den maktanalys som presenterades. För det första handlade den i egentlig mening inte om människor och mänskliga relationer. Den förblev istället ganska oförstående eller teknisk i sitt fokus på objekt snarare än mänskliga varelser. För det andra var det inte säkert att resultatet gick att generalisera, i betydelsen få någon slags giltighet utöver särskilda institutioner eller individer. Dessa aspekter är därför centrala i begreppet självstyrning, som utvecklades genom ett antal föreläsningar Foucault (2003) höll under rubriken ”Säkerhet, territorium och befolkning.” I den fjärde föreläsningen i serien konstaterar Foucault att det som särskiljer styrningskonsten är etablerandet av kontinuitet uppåt och nedåt; den som önskar styra staten måste å ena sidan först lära sig styra sig själv, å andra sidan måste den goda styrningen av staten överföras till individuella beteenden och familjeangelägenheter. Styrningen handlar då inte längre främst om territoriella stridigheter utan territoriets egenskaper, visserligen också i form av klimat och jordmån, men med fokus på resurser i form av befolkning; människor, relationer, vanor, seder, fertilitet, sjuklighet och mortalitet (ibid.). Fokus flyttas därmed från att underställa människor till att förfoga över föremål, att använda taktik före lagar, men också om att använda lagar som taktik. Styrningen har ett eget ändamål där fokus vilar på befolkningen och på dess välfärd snarare än styrningen i sig (ibid.). Detta får en mängd effekter, och här upplever jag Foucault som aningen vag. Han fokuserar på ekonomins betydelse, kopplat till styrning av befolkningen och är också tydlig med att statens uppdrag blir svårfångat och i föremål för ständig omdefiniering. Hans skiss av hur makten fungerar som en triad av suveränitet, disciplinering och styrning är också illustrativ, men upplevs som en inledning, eller öppning för vidare utveckling.

För mer handfasta tankar om hur maktteori kan användas för att sammanlänka subjektivitet, stat, organisation, underkastelse och kreativitet används Bröckling, Krasmann och Lemke (2011), M Öhman (2007) samt Holmes (2002). De förra konstaterar att självstyrning som analytisk modell fått en stor geografisk och ämnesvetenskaplig spridning, men med gemensamt fokus på ”the technologies and rationalities of (self-)government in distinct fields.” (Bröckling, Krasmann & Lemke 2011:11) Rationalitet förstås alltså inte i singular, utan i plural, och är beroende av antaganden, om resurser, möjligheter, utgångspunkter, av kriterier för legitimitet och av vilka kunskapssystem som reglerar vad som tas för sant. Styrandets rationaliteter och tekniker, tankesätt och interventioner är sammanflätade (ibid.). Därför också intressanta att se vidare på.

Holmes (2002) använder begreppet självstyrning för att undersöka maktutövning inom sjukvården och diskuterar makt med två ingående delar, polisiär och pastoral makt. Polisiär makt kan beskrivas som en disciplinär agent som kräver lydnad och foglighet. Kanske kan man säga att denna typ av makt liknar det man traditionellt betraktar som just maktutövning, med en tydlig asymmetri och, ofta, ett tydligt mål och formella regelsystem. Pastoral makt har sitt ursprung i kristendomens genomslag och relationen mellan pastorn och pastoratet och den förres upptagenhet av den senares välfärd och välmående, en välviljans maktutövning som kräver att en individ fungerar som guide för en annan. En individualiserad och välvillig form av maktutövning som kräver kännedom om individen som är föremål för guidningen och syftar till att normalisera individer och grupper. Självstyrning kan vara mer eller mindre kalkylerad och utföras på en mängd olika sätt, men med syfte att forma beteenden på ett sådant sätt att den som är föremål för maktutövningen sköter om sig själv på det sätt som eftersträvas. Makt behöver således inte handla om bestraffning, utan lika gärna om administration, korrektion, disciplin, normalisering och omsorg (ibid.).

Som M Öhman (2007) påpekar, är individen och synen på henne av central betydelse. Och hennes frihet, eftersom denna ingår som en beståndsdel i styrningsprocessen. Friheten ifråga blir dock något av en paradox då individerna ska bli villiga att handla, inte hur som helst, utan i linje med den ordning som anses önskvärd. M Öhman (ibid.) tydliggör; det handlar om relationen mellan att styras och att styra sig själv. Och vidare, det handlar inte enbart om individer, utan i det större sammanhanget om medborgare.

### *3.2.6 Det senmoderna sammanhanget och kritisk forskning*

Genom att på detta sätt koppla individen till ett medborgarskap skapas länkar mellan olika nivåer i analysen. Det blir därför av vikt att också förhålla sig till övergripande samhällliga perspektiv. Det finns olika sätt att beskriva och förstå samtiden, och det är av vikt att här göra en viss positionering, inte minst eftersom dessa makroperspektiv är en del av det sociala arbetets verksamhetsfält och också en viktig del av de metodologiska angreppssätt som valts för denna studie; kritisk diskursanalys och interaktionistisk-konstruktivistisk observation. Jag avslutar därför denna del med att skissera en övergripande förståelse av samtiden.

För att beskriva begreppet senmodernitet används Bauman (2004) som beskriver hur moderniteten till stor del handlade om möjligheter till expansion, vilket innebar att privilegierade länder kunde söka nya marker, i rent geografisk mening, på andra ställen, i andra länder. Likaså kunde nya marknader införlivas i en kapitalistisk logik genom kommodifikation och kommersialisering av nya delar av livet. Bauman (ibid.) beskriver detta som en möjlighet att finna globala lösningar på lokala problem. Hans tes är dock att vi i

övergången till det senmoderna inte längre har denna möjlighet till expansion, eftersom utrymmet är uttömt, och att vi därför nu står inför utmaningen att försöka finna lokala lösningar på globala problem.

Bauman (ibid.) driver tesen att dessa förhållanden har stor inverkan på människors konkreta livsvillkor och relationer. Då den geografiska expansionen har nått sin yttre gräns har den fått övergå till att spela över mänsklighetens kroppar, känsloliv och livsvillkor. Och där expansionen tidigare lämnade efter sig soptippar av uttjänt material, utgörs nu soporna av människor, med Baumans egna ord ”When it comes to designing human togetherness, the waste is human beings.” (ibid:30). Detta får effekter inte bara för den enskilda individen, utan också för kommunikationen individer emellan, organisationer, institutioner och samhällen. Fairclough (2003) diskuterar detta med fokus på just kommunikation och konstaterar att det sociala livets tilltagande komplexitet, med fokus på instrumentell rationalitet, innebär att kommunikation tenderar att bli mer strategisk än egentligt kommunikativ, på så sätt att den innefattar en strävan efter effektivt producerade resultat.

Denna utveckling sker samtidigt som nationalstaten förlorat delar av sin makt till andra aktörer (transnationella företag, unionsbildningar och organisationer) och en ömsesidig osäkerhet riktas mot individens (o)säkerhet snarare än dess sociala och ekonomiska rötter. Bauman (2004) driver tesen att denna utveckling, åtminstone delvis, kan förklara den psykiska ohälsa som förefaller öka. Detta då människan i sitt nya sammanhang hela tiden är medveten om att det finns en risk att bli överflödiga och en ständig osäkerhet kring vilka krav som kan villkora ett fortsatt berättigande. Young (1999) å sin sida liknar denna tid vid en maskin, vars motor är marknaden, med egenskaper som mäter människan, och som genom sin struktur skapar en genklang av exkludering. Detta får effekter för individen då exkludering leder till en kris för identiteten, inte bara för de exkluderade i utkanten, utan i stor utsträckning också för dem i centrum, vars ontologiska trygghet är lika utsatt (ibid.).

Kategorier blir alltså suddiga i sina konturer och förlorar sin skärpa, vilket får betydelse för bilden av normalitet. Pluralistiska samhällen föder en osäkerhet och otrygghet hos individen då den upplevda normaliteten destabiliseras av relativism. Den andre är inte längre tydlig, utan hybrid (ibid.). Detta har, enligt Young (ibid.), fått som effekt att man frångått det moderna samhällets idé om det sociala kontraktet där den andra inte betraktades som utanför, utan som någon som saknade de attribut som eftersträvades i termer av socialisation. Moderniteten ryggade visserligen inför olikhet, men inte inför besvärlighet, som man såg möjligheter att rehabilitera. Modernitetens fokus på inkludering eller assimilering har dock nu istället ersatts av exkludering. Fokus vilar inte längre på försök att skapa rättvisa, utan på försök att minimera risker. Såväl individer som institutioner skapar därför verktyg för isärhållande och sortering och försök att strama upp normaliteten är vanligt, såväl inom populärkultur som inom människovårdande praktik (ibid.). I fokus finns då den enskilda individen, och idén om hennes, och kulturens, essentiella värden. Exkludering följs nämligen av en inkludering, kopplad till föreställningar om möjligheter och valfriheter, genom bilden av det normala livet och den normala livsstilen som alla kan uppnå om de bara vill och försöker. Individuella svårigheter, liksom sociala problem i stort, betraktas som individens eget fel, då strålkastarljuset vilar på individen istället för exkluderande sociala strukturer. Denna argumentation stärker dock inte enbart bilden av den andre, utan också bilden av normaliteten (ibid.).



Johannisson (2006) kopplar detta explicit till den svenska kontexten och beskriver hur folkhemstanken fått minskad betydelse då valfrihet och konkurrens kommit att prioriteras högre än trygghet. Mulinari och de los Reyes (2005:108) fokuserar på liknande sätt på arbetsmarknaden och tydliggör hur kapitalismens utveckling medfört osäkra anställningsvillkor för underordnade grupper i en tid som karaktäriseras av ”en normalisering av instabiliteten.” Svensson (1993) slutligen, relaterar explicit till sjukvård och hälsa och konstaterar att sjukdom och ohälsa inte drabbar blint, eftersom risker är relaterade till sociala och samhällseliga faktorer, till arbete, klass, kön och sociala relationer. Folkhälsoproblem, framställda som frågor om livsstil, ger intryck av att risker är möjliga att välja och påverka. Med ovanstående kunskap blir det dock inte lika enkelt och Svensson (ibid.) tydliggör den framträdande bilden av hur individen blir utsatt för risker, snarare än väljer dem.

## 4. Tillvägagångssätt

Arbetet med denna studie har på många sätt varit en berg- och dalbana. Ibland har jag känt stor tilltro, men oftast har jag känt osäkerhet och villrådighet, inte minst i relation till metod. När jag funnit tilltro har det oftast varit tack vare att andra, i sina texter, varit öppna med osäkerheter och försök att manövrera mellan viljan att göra "rätt" och vetskapen om att metoder som bygger på socialkonstruktivistiska antaganden om kunskap innebär att man får, eller måste vara, flexibel och kreativ snarare än schematisk. Min avsikt är därför att tydligt redogöra, inte bara för hur jag gjort, utan också för de val jag gjort och varför, liksom jag vill framhålla att arbetet varit en närmast dialektisk process genom empiri, metod, tidigare forskning och teori där delarna korsbefruktat varandra på sätt som jag inte förutsett.

### 4.1 Studiens inriktning

Mina funderingar inför studien var inledningsvis relativt vaga, men koncentrerade kring den osäkerhet jag upplevt relaterat till de sociala perspektiven i den medicinska kontexten. Genom studier av tidigare forskning växte en önskan om fokus på det tvärprofessionella sammanhanget successivt fram som ett sätt att konkretisera denna bakomliggande osäkerhet. Men, vilka team? Jag ville förlägga studien inom neurosjukvården där jag är verksam, då jag upplevde att kunskap om den medicinska kontexten och neurologiska funktionshinder kunde fungera som en tillgång. Verksamhetschefen (och, som det kom att bli, verksamhetscheferna) var mycket positiva, men det var av vikt för mig att genomföra studien inom en klinik där jag själv inte arbetar eller har personlig kännedom om personalen. Urvalet var därefter strategiskt, då jag önskade att valda team skulle vara knutna till en verksamhet med något längre vårdtid, åtminstone ca 14 dagar, för att lämna möjlighet för personalen att "lära känna" patienterna. Patienterna skulle vidare vara vid medvetande och kunna kommunicera med personalen, varför intensivvården valdes bort. Mötena skulle vara tvärprofessionella, utan deltagande av patienter. Önskemålet blev, mot bakgrund av dessa faktorer, att förlägga studien till dagvårdsverksamheten inom rehabiliteringskliniken.

### 4.2 En etnografisk blick

Eftersom målsättningen var att problematisera framställningen av patienterna vid teammötena behövde jag på något sätt vara där. Jag kunde välja att vara där personligen och fokusera på att göra en observationsstudie, eller spela in samtalen på band/video och sedan analysera dem i efterhand. För att prova mig fram genomförde jag pilotobservationer och inledde med att delta vid teammöten i andra verksamheter inom kliniken. Fokus vilade då på observationsreferat utan inspelning. Detta upplevdes dock som otillräckligt för den typ av språkligt fokus jag ville ha. Jag förmådde helt enkelt inte anteckna tillräckligt mycket och ville inte heller från början låsa fast mig i allför strikta modeller för vilken typ av information som skulle inhämtas. Jag provade därför att delta och anteckna, men med stöd av inspelningsutrustning. Jag använde en digital diktafon och antecknade sådant som inte går att spela in på band, stödanteckningar för den senare transkriptionen samt spontana teoretiska och metodologiska reflektioner. Detta upplevdes som ett verksamt tillvägagångssätt, dock med tillägg att jag sedan valde att använda två diktafoner, för att minska risken för teknikstrul och min oro för teknikstrul, samt för att öka spännvidden av inspelningen i rummet, då jag visste att teammötena skulle komma att ha uppemot tio deltagare, ofta samtidigt talande, spridda över ett stort rum. Med vikten av den sociala kontexten och den sociala interaktionen bortom språket i minnet valde jag att kombinera fokus på den språkliga framställningen med en etnografisk blick, ett angreppssätt som också bl.a. Fairclough (1995) rekommenderar.

Också Forkby (2005) rekommenderar denna kombination, inte minst i studier av kommunikation i institutionella sammanhang. Detta innebär konkret att jag valde att närvara vid de möten som ingår i studien och att jag under mötenas gång gjorde observationer av det som föregick i rummet och inte kan spelas in på band, upplevelser av icke-verbal kommunikation, upplevelser av stämningen i rummet och spontana reflektioner kring teori och metod. Efter varje tillfälle gjordes dessutom en sammanfattande reflektion kring aktuellt teammöte. Målsättningen är då inte att söka efter essentiella egenskaper utan att studera hur aktörer genom sina vardagliga aktiviteter skapar mönster, hur de interagerar och hur den sociala kontexten påverkar deras interaktion (Järvinen & Mik-Meyer 2005). I centrum återfinns sociala identiteter och positioneringar, inte strävan efter att förstå hur något fungerar ”bakom” en social mask, utan hur individer konstrueras genom social interaktionen och hur man manövrerar inom och mellan olika institutionella ramar. Fokus vilar på det som sägs och det som görs, inte det som antas tänkas eller upplevas (ibid.). Avsikten i detta sammanhang är därför att frångå försök till värderingar av vilkas utsagor som stämmer eller hur väl dessa korresponderar med patientens tillstånd, utan att problematisera framställningen i interaktionen och de institutionella ramar som omgärdar denna interaktion.

Dessvärre får observationerna förhållandevis snålt med utrymme i denna studie. Det beror dels på tekniska aspekter, men sannolikt också på en ovana hos mig. Efter beslut av verksamhetschef var jag hänvisad till att använda enbart ljudband och därmed mina observationsanteckningar gjorda på plats. Osäkerhet i tillvägagångssättet påverkade mig inledningsvis så att jag helt enkelt hade svårt att hänga med. Trots att jag inlett arbetet med pilotobservationer upplevde jag det som stressande att vara, så att säga, i skarpt läge. Vidare påverkade mitt successivt förändrade fokus mina frågeställningar på ett sådant sätt att observationsanteckningarna inte riktigt kunde följa med i samma förändringsprocess. Jag kunde helt enkelt inte se vad jag sett igen, med delvis förändrade perspektiv. Eftersom jag ändå upplevde att observationerna bidrog med visst material av betydelse för min urvalsprocess och min analys lät jag detta material arbeta med mig i studien. Dock inte i den omfattning jag från början avsett, varför ett större fokus nu riktas mot samtalen som text.

### 4.3 Fokus på texten

Det kan vara en utmaning att undersöka språk när man inte har någon utbildning i språk. Jag använder Fairclough (1995; 2001; 2002; 2003<sup>2</sup>), men väljer fokus efter hur väl jag upplevt att olika modeller passar texten, sammanhanget, mina frågeställningar och kunskapsanspråk. Jag väljer också att ibland generalisera mer än fördjupa specifika språkliga begrepp.

Användbarheten är här central. För enkelhetens skull presenteras centrala begrepp med en kort diskussion kring deras analytiska möjligheter. Begreppen delas in efter fokus, på texten och på interaktion och samhälle. Därefter presenteras en checklista för kritisk diskursanalys.

#### 4.3.1 Intertextualitet och antaganden

Med fokus på texten i sig används begreppen intertextualitet och antaganden. Intertextualitet refererar då till införlivandet och påverkan av andra ”röster”, liksom specifika texter.

Antaganden refererar till det som inte behöver uttalas, antagna gemensamma utgångspunkter om vad som existerar, vad som är önskvärt/oönskat, aktuellt/inaktuellt eller bra/dåligt.

Fairclough (2003) presenterar vidare skilda förhållningssätt till oenighet om antaganden där grupper kan ha öppna konflikter kring mening, förhandling/försök att överkomma skillnader,

---

<sup>2</sup> Relaterat till konkret metod vilar fokus på Fairclough 2003

fokusera på samhörighet eller helt enkelt osynliggöra skillnader genom att uttrycka konsensus. Som alltid kan man förvänta sig att en grupp använder olika strategier. Uppmärksamhet kan dock riktas mot rörelser i texten, såväl mot konflikt som mot konsensus, genom hur man exempelvis kan röra sig mot en gemensam definition på ett problem som inledningsvis förstås olika (ibid.). Här kan det också vara av vikt hur stöd eller motstånd uttrycks. Som Nikander (2003) påpekar är ett uttalande inte möjligt att ställa för sig själv, utan måste relateras till det tidigare sagda, då uttalanden och argument har performativa funktioner.

#### *4.3.2 Logik och legitimitet*

Liksom vikten av att uppmärksamma uttryck för antaget gemensamma ståndpunkter lyfter Fairclough (2003) fram vikten av semantiska relationer relaterat till uttryck för grad av samband. Fairclough (ibid.) rangordnar dessa från uttryck för kausalitet, genom temporala samband, additiva samband och utvecklande samband till kontrastiva samband. Uttryckssätten kan också skilja sig, mellan exempelvis en förklarande logik och beskrivande logik. Den förklarande logiken beskriver kontingens och förändring samt öppnar upp för analys, medan den beskrivande logiken istället fungerar genom att få påståenden att framstå som givna, essentiella och oemotsägliga. En beskrivande logik innehåller mer av uppräknande av fakta, ofta med en tonvikt vid likvärdighet i sats. Detta ska dock inte misstolkas som om det inte finns några antaganden eller avsikter, då dessa lika gärna kan vara implicita och behöver därför relateras till samhällliga diskurser och ideologier (ibid.).

Vidare diskuterar Fairclough (2003) uttryck för legitimitet, vilket kan hävdas på olika sätt och med olika skärpa. Ett anspråk kan vara auktoritativt, exempelvis relaterat till institutionella regler, men också rationaliserat och relaterat till en samhälleligt erkänd kunskap eller institutionell logik, uttryckt som en moralisk värdering eller övertygande genom ett narrativ. Relaterat till uttryck för samband, och antaganden, tydiggör Fairclough hur skilda uttryck för legitimitet kan åskådliggöra också det som inte uttrycks i texten. Det är nämligen inte alltid så att ståndpunkter eller upplevda behov av åtgärder presenteras tydligt, genom uttalade föreställningar om vad som ska uppnås, hur eller varför. Uppräkningen av olika typer av legitimitetsanspråk ska alltså inte ses som en betoning på skillnad då olika uttryck som regel existerar parallellt. Det kan dock vara av vikt att ha dem i minnet eftersom de kan säga något om vilken typ av legitimitet ett påstående ”behöver”, vilka moraliska värderingar som fungerar i ett specifikt sammanhang eller vilka institutionella regler som bär giltighet (ibid.).

### 4.4 Fokus på interaktion och samhälle

Empirin utgörs dock inte enbart av text, utan text som varit samtal och en etnografisk blick. Från den enskilda texten måste därmed länkar skapas till dialogen och samhället.

#### *4.4.1 Dialog och diskurs*

Fairclough (2003) framhåller att dialog kan innehålla såväl mer av renodlade informationsutbyten som aktivitetsutbyten, där fokus i det första faller vilar på utbyten av konstaterande av fakta och det senare relaterar till utbyten av arbetsuppgifter. Fakta innehåller dock alltid en urskiljning i sig, där något valts ut som intressant och annat valts bort. Därför måste också målsättningen med texten problematiseras, inte bara som text i sig, utan också med ett samhälleligt, eller övergripande teoretiskt, perspektiv. Uppmärksamhet måste då också riktas mot att målsättningar med en text kan skrivas i plural, att de kan vara mer eller mindre implicita samt att det kan finnas en intern hierarki mellan dem (ibid.). Skillnaderna

mellan informationsutbyte och aktivitetsutbyte framstår genast som mindre tydliga än vad man kunnat tro, och därför viktig att fördjupa sig i. En fråga är exempelvis inte alltid en klar fråga utan kan lika gärna vara ett påstående som genom sin intonation söker bekräftelse. Dessa skillnader kan verka små, men får betydelse för kommunikationen och kan därmed tjäna som verktyg i en analys.

För att fokusera specifikt på diskurs och relatera till den samhälleliga kontexten hålls diskursernas föränderlighet i minnet. Dock också Winther Jørgensen och Phillips (2000:12) påminnelse om att allting inte "flyter". Det finns istället olika grader av stabilitet hos olika diskurser och olika diskurser existerar normalt parallellt i samma text. I analysen av text får man därför undersöka såväl hur världen uttrycks i texten, eller vilka teman texten presenterar, samt från vilka perspektiv dessa teman presenteras. Enskilda ord är här av vikt eftersom orden inte enbart innebär sig själva, utan har också en metaforisk, liksom ofta en ideologisk komponent.

#### *4.4.2 Representationer, identitet och identifikation*

Texten innehåller vidare mer än referenser till den fysiska världen och handling, den innehåller också representationer av den känslomässiga sfären, eller mentala världen som Fairclough (2003) uttrycker det. Han använder sig då av en processdimension, en deltagardimension och en dimension med inriktning mot omständigheter. Fokus kan vila mer eller mindre på aktörskap, liksom mer eller mindre på omständigheter eller processer. Detta är inte en neutral konstruktion av mening, utan en beskrivning som lyfter fram vissa aspekter och lyfter bort andra. Genom att uttrycka aktörskap kan exempelvis processer ges en mänsklig och påverkbar dimension eller presenteras som neutrala och oundvikliga. Sociala aktörer kan vidare presenteras i relation till individens karaktäristik, exempelvis titel eller namn, men också indelas, såsom i termer av "vi" och "dem", eller helt depersonifieras genom grupperingar såsom "de arbetslösa".

För att, så att säga, gå nedåt kan också diskursiva aspekter av identiteter och identifikation analyseras. Fairclough (ibid.) är också här tydlig med distinktionen mellan den fysiska världen och diskursen då han menar att identiteter inte enbart handlar om diskurser, utan också om materiella omständigheter såsom klass och det dialektiska förhållandena dessa dimensioner emellan, där den förra så att säga internaliserar den senare. Liksom i fallet med diskurser kan olika typer av identiteter betraktas som mer eller mindre fasta och vara möjliga att uttrycka mer eller mindre abstrakt, även om deras faktiska innehåll kanske inte alls är så självklart som man kan tro. Fairclough (ibid.) exemplifierar med identiteter såsom terapeut eller politiker och tydliggör att detta är identiteter med en relativt hög grad av abstraktion, vars konkreta innehåll dock kan vara mer mångfacetterat eller olik än graden av abstraktion kan låta påskina.

#### *4.4.3 Modalitet och evaluering*

Identifikation i texten kan också relateras till modalitet och evaluering, eller graden av säkerhet liksom graden av önskvärdhet i ett uttalande. Fairclough (ibid.) använder begreppet modalisering brett och relaterar till såväl frågeställningar som påståenden och uppmaningar, liksom till sanningshalt, grad av skyldighet och grad av användbarhet eller möjlighet. Men också intonation kan säga något om modalitet, tolkat exempelvis som tvekan eller övertalning liksom frågeställningar kan formuleras som direkta sakfrågor eller ha mer försökande, föreslagande karaktär. Också evaluering används brett, inte enbart relaterat till grad av

önskvärdhet utan också till hur användbart/oanvändbart eller viktigt/oviktigt ett påstående markeras. Evaluering kan också vara mer implicit, såsom om något underförstått impliceras eller antas som önskvärdt, utan att tydligt uttalas. Evaluering och modalisering säger vidare något om tilltalet, uttalar sig den enskilda i form av expert, medborgare, lekman? (ibid.) En modalisering eller evaluering relateras alltså inte enbart till säkerheten eller önskvärdheten i det sagda, utan också till den talandes position, vilket kan jämföras med graden av abstraktion, eller i den bredare bemärkelsen stabiliteten i en diskurs. Förhållanden som är viktiga att undersöka, inte minst med tydliga referenser till makt.

#### 4.5 Checklista för kritisk diskursanalys

En språkteoretisk fördjupning är inte i fokus i sig, teori om språk och diskurser används istället för att undersöka sociala förhållanden och maktrelationer. De analytiska verktygen fungerar då idealt som just verktyg för analys, inte som mål med läsningen. För att fokusera på användbarheten avslutas denna del därför med en mer kortfattad checklista för kritisk diskursanalys:

1. Fokusera på ett socialt problem och börja med detta snarare än en färdig frågeställning, för att hålla möjligheter till förändring öppna, i linje med ideal för kritisk forskning.
2. Identifiera problem som kan analyseras genom såväl det nätverk av praktiker inom vilka problemen är situerade, som genom dess relationer till språk/diskurser och diskurserna i sig.
3. Reflektera över hur problemen förhåller sig till den sociala ordningen relaterat till effekter för social ojämlikhet.
4. Reflektera över möjliga vägar för förändring.
5. Var kritiskt reflekterande också mot den egna texten (ibid.).

Men, hur gör jag när detta ska omvandlas till en uppsats? Det är inte möjligt att ha med allt, långt ifrån. Det är inte ens möjligt att ha med allt som upplevs vara riktigt intressant i relation till det specifika syftet. För att konkretisera metodernas användning går jag nu därför vidare med att diskutera och tydliggöra de urvalsprocesser som format arbetet.

#### 4.6 Urval och förhållningssätt till materialet

Efter att ha lyssnat på, transkriberat och läst närmare åtta timmars i stort sett oavbrutet tal av engagerade professionella, och dessutom läst ett oräkneligt antal sidor observationsreferat och spontana reflektioner, är det uppenbart att urval är av central betydelse när teman väljs ut för analys. Det är dock viktigt att påpeka att urvalet inte sker ur det insamlade materialet allena. Som Fangen (2005) påpekar har många val redan gjorts, problemområde, studieobjekt, metod och, inte minst, teoretiska perspektiv. Jag relaterar detta också till kontexten för min studie och det medicinska sammanhanget. Jag upplevde, i synnerhet inledningsvis, att det var viktigt att betona att mina ingångar och mitt kunskapsområde inte var det medicinska och att min avsikt inte var att utvärdera behandlingsmetoder eller vården i sig. Sannolikt är det alltid viktigt att deklarerat sina avsikter och kompetensområden, men liksom Widerberg (2002) påpekar, tror jag att det kan vara extra viktigt i den medicinska kontexten då den ofta upplevs ha en särställning som ”gammal” vetenskap och på många sätt en modell för hur forskning ska gå till. En tydlig ämnesvetenskaplig deklaration är därför viktig. Som Widerberg (ibid.)

påpekar blir nämligen dialog mellan olika perspektiv fruktbar först när man vet vad man kan bidra med.

En problemställning har man alltså med sig. Detta är viktigt, dels för att teori och empiri aldrig går att strikt särskilja, dels för att det, som bland annat Fangen (2005) påpekar, skulle vara i stort omöjligt att genomföra observationer där man fokuserar på allt som händer. Dock betonar Fangen (ibid.) vikten av att kombinera detta, på förhand formulerade fokus, med en explorativ ansats och en öppenhet för att de frågor du formulerat på förhand kan komma att ändras under arbetets gång. Också Widerberg (2002) betonar detta, att man faktiskt inte riktigt kan veta vad man kan bidra med förrän man gett sig in i det. Detta blev uppenbart också för mig redan under de inledande observationerna, vilket inledningsvis orsakade en del stress. Vad skulle jag leta efter? Vad blir det av detta? Dock valde jag att lyssna till Henriksson och Månsson (1996) som definierat arbetet som en ständigt pågående definitionsprocess med en kontinuerlig växelverkan mellan empiriskt kunskapssökande och analys. Också Forkby (2005) betonar vikten av att försöka lyfta blicken från rigorösa metodtvång och istället vara öppen för tolkning och reflektion.

Mitt inledande syfte var brett, att problematisera framställningen av patienternas sociala liv, och jag hade funderat över vilka frågeställningar som kunde konkretisera detta. I arbetets inledning var jag då fokuserad på patienternas individuella sociala förutsättningar och vilket genomslag jag upplevde att detta kunde få för framställningen av dem på teamen. Jag var påverkad av tidigare forskning, av i huvudsak kvantitativ art, som visat att sociala faktorer kan ha betydelse för vården av enskilda och grupper.<sup>3</sup> Jag upplevde detta som en lockande arena för en socionom och tänkte mig att jag skulle kunna säga någonting om hur det kan gå till när vården påverkas av exempelvis kön, klass och etnicitet/ras, relaterat till framställningen av enskilda patienter. Det fanns också sådana tendenser i mitt material, men jag blev ganska snart klar över att det inte var här jag skulle lägga fokus. Jag går nu därför vidare med en diskussion kring hur jag formulerade det modifierade syftet som fungerade som riktmärke i det fortsatta arbetet med materialet.

Urval kan ske efter olika principer och det är därför viktigt att beskriva hur man närmar sig sitt material och motivera de val man gör. Inspiration kan hämtas från metodologin och Fairclough (2002) lyfter exempelvis fram vikten av att söka efter avsnitt där det förefaller som om kommunikationen inte flyter på som vanligt utan upplevs som störd, eller i utmaning, i kris. Detta då kris kan visa på vad som upplevs som svårt att hantera. Fangen (2005) å sin sida betonar vikten av att vara uppmärksam, inte minst på det du inte tycker dig förstå. Det kan nämligen vara ett tecken på att det du ser inte finns med i din förförståelse eller det du hade väntat dig, och just det kan innebära att det du ser är extra intressant. Detta var viktigt för mig, som undersökte ett fält som jag redan är bekant med, och den medföljande risken för ”hemmablindhet”. Trots detta vill jag påpeka att jag tror att det var viktigt för mig att få en distans, inte bara genom teori, utan också i praktiken. När materialet samlades in var jag mitt i en graviditet och mycket av skrivarbetet och ”arbetet i huvudet” har därför skett under en

---

<sup>3</sup> Under arbetet med denna studie har jag tagit del av flera studier som undersöker hur social stratifiering får genomslag i medicinsk behandling. Fokus vilar som regel på hur patienter behandlas olika, ofta genom kvantitativa studier som delat in patienter i kluster efter exempelvis kön. Det finns också studier som problematiserar framställningen av patienter i journaltext. Jag kommer inte att arbeta vidare med detta i denna studie, men vill ändå hänvisa den intresserade läsaren till exempelvis Hammarström 2006, Esseveld och Eldén 2002 och Hammarström, Hovelius, Wijma 2004.

tjänstledighet som kom att handla om barn och uppsats. En distans i rummet som jag tror var nödvändig för att kunna gå några extra vändor i tanken. Det är nämligen av motsvarande vikt att inte enbart fästa ögonen vid det som direkt framträder som utmanande eller obekant, då det enkla och välbekanta likaväl kan säga någonting intressant. I samtal som inte upplevs som ovanliga eller besvärliga ryms nämligen det som kan antas vara som vanligt, där deltagarna är överens och vet vad de ska göra. Också Johansson (2006) hänvisar till detta sökande efter det vanliga och ovanliga, genom betoningen av att lägga vikt vid såväl mönster som varians.

Mot bakgrund av ovanstående är det av vikt att transkribera allt och därefter successivt välja ut passager av intresse. Fairclough (2002) betonar vikten av att inlemma andra i denna process, och här har handledning varit av central betydelse. Också tidigare kunskap har varit centralt, på så sätt att det guidar den läsande blicken, med ett sökarljus som jag inte vill bortse ifrån, utan istället tydligt deklarerar. Det blev nämligen tydligt, när jag läste det transkriberade materialet och observationsanteckningarna, att andra teman än de jag tänkt växte fram. Arbetet är ett reflexivt arbete och studiens alla delar förändras kontinuerligt, så också syftet och de konkreta frågeställningarna. Jag vågar till och med säga att det enda som varit beständigt under arbetets gång är den ämnesvetenskapliga deklARATIONEN och den breda problemformuleringen. En rörelse går dock att urskilja i denna förändringsprocess och den går i riktning från det enskilda till det generella, från konstateranden till problematisering. Kort sagt, det blev under arbetets gång mindre och mindre intressant att se hur enskilda sociala faktorer framställdes och relaterades till enskilda patienter (och deras anhöriga) och mer och mer intressant att fördjupa mig i rörelserna mellan nivåerna och ställa frågor, inte så mycket om enskilda patienter och uttryck för social stratifiering, utan om mönster i framställningar och de praktiker och logiker som ramar in dessa.

Inledningsvis arbetade jag med materialet som helhet, i en process där fyra teman successivt växte fram; teamet som röst, patientkonstruktioner, alienation och självstyrning. Med dessa teman som vägledande princip vävde jag samman materialet i en kombination av observationsanteckningar och utdrag ur transkriptionerna, indelade efter respektive tema. Dock upplevde jag att detta blev ett alltför splittrat förhållningssätt. Texterna blev för korta och präglade av förspel av interaktion som inte fanns med, vilket gjorde det svårt att lyfta fram teamen som just team. Tematiken tog över fokus från det tvärprofessionella sammanhanget, de samtal, den interaktion och de förhandlingar som karaktäriserar de resor jag upplevde att teamen genomgick i sina resonemang. Konkret har jag därför istället valt att lyfta fram två samtal, om två patienter. Att det blev just dessa samtal har två anledningar som relaterar till varandra, för det första var de rika på innehåll i den mening att det var jämförelsevis långa samtal. Detta tolkas i sig som att de innehåller något som teammedlemmarna upplever som intressant. För det andra innehåller dessa samtal funderingar kring tillvägagångssätt och arbetets innehåll. De är också intressanta eftersom det ena innehåller samtal kring en patient som just avslutat sin behandlingsperiod och det andra innehåller samtal kring en patient som just ska inleda sin. Sannolikt är det också i dessa faser i behandlingsprocessen mer fokus på samordning av intryck, reflektioner kring uppdraget, frågeställningar kring patienten och behandlingens möjligheter och begränsningar, än vad det är i mitten av processen. Här har jag också valt att reflektera kring användbarheten av min studie och vill lyfta fram dessa samtal, med förhoppning om att bidra med kunskap kring frågeställningar som jag upplever att teamen, på olika sätt, har svårt att hantera. Samtalen är hämtade från två olika tillfällen och två olika team.



Ur de två samtal jag valt som huvudfokus har jag utvecklat de teman som växte fram i mötet med materialet som helhet. Dessa teman har slutligen vävts samman och relaterats till en övergripande samhällelig kontext genom en integrerad modell för problematisering som förhoppningsvis också kan visa på vägar för förändring.

#### 4.7 Reflektion kring tillvägagångssätt, förhållningssätt och värde

Min förhoppning är att de funderingar jag brottats med under arbetets gång ska vara en integrerad del av studien; mina osäkerheter, mina förhoppningar, mina förkunskaper och mina resor i teori och frågeställningar. För att tydliggöra dessa processer än mer väljer jag dock att här problematisera tillvägagångssättet tillsammans med en diskussion om hur man kan närma sig frågan om en studies kvalitet eller värde. Inte för att allting, oavsett teoretiskt, metodologiskt och empiriskt fält alltid kan jämföras, men därför att man, i synnerhet som novis, behöver riktlinjer för att våga experimentera. Jag kan här jämföra med grundförutsättningarna för diskursanalys, att premiera utforskanden framför schematik men med tydliga teoretiska utgångspunkter, och den observerande forskarens önskan om att observera mycket men inte allt. Jag måste alltså ha en riktning, eller en uppsättning grundläggande kunskaper. Tracy (2010) presenterar åtta kvalitetskriterier för kvalitativ forskning och jag använder dem här, integrerat med funderingar kring det egna tillvägagångssättet.

##### 1. Ämne av värde

Ämnesområdet bör givetvis vara intressant, men också relevant och associationsrikt. Inspirationen kan vara såväl given av en aktuell samhällelig debatt, teoretiska frågeställningar eller personliga intressen, vilka ofta också sammanfaller. I mitt fall har den inledande inspirationen utgjorts av den egna professionella resan, och behovet av att ta ett steg tillbaka från viljan att orientera mig i den medicinska kontexten, till en drivkraft att premiera och bidra med en tydligare ämnesvetenskaplig deklARATION. Detta driv har fötts i det kliniska arbetet, men under resans gång förstärks och förändrats i mötet med empirin, tidigare forskning samt de teoretiska och metodologiska perspektiven.

##### 2. Noggrann fyllighet

Inom det kvalitativa fältet är komplexiteten i fokus, och därmed variationsrikedom. Fyllighet kräver dock också noggrannhet, avseende såväl data som tidsåtgång och tillvägagångssätt. Transparens är i fokus eftersom tillvägagångssättet karaktäriseras av val. I relation till det egna arbetet framträder här vikten av ett tydligt ämnesvetenskapligt fokus, de teoretiska möjligheter och begränsningar det medför, samt en tydlig deklARATION av de urvalsprocesser som varit vägledande i arbetet med att omvandla det empiriska materialet till en uppsats.

##### 3. Uppriktighet

Mot bakgrund av det fokus som vilar på komplexitet är också självreflexivitet centralt, i form av såväl ärlighet som transparens och sårbarhet. Såväl styrkor som svagheter i det egna tillvägagångssättet bör blottas och läsaren bör påminnas om författarens existens och närvaro i texten och processen. Det rent personliga framträder också då Tracy (ibid.) framhåller vikten av att vara vänlig snarare än snobbig, liksom tillgänglig snarare än självgod. Och att ge beröm där beröm hör hemma. I det rent personliga vilade en svår balansgång för mig. Jag ville verkligen inte vara till besvär när jag skulle observera, jag ville knappt synas eller märkas, även om jag visste att det varken är möjligt eller eftersträvänsvärt. För att utveckla en konkret metod för observation var jag därför helt beroende av det bemötande jag fick på plats under

datainsamlingen. Deras vänlighet, omtänksamhet och tydlighet i att de betraktade mig som forskare, och medmänniska, snarare än kurator eller störande moment i deras arbete var en förutsättning för att jag skulle våga utveckla min metodologi och finna vägar att vara närvarande, tillgänglig och förhoppningsvis vänlig, utan att vara falsk eller försöka gömma mig. Öppenheten gäller dock inte enbart det rent personliga i studien, utan också hur studien utvecklats genom utmaningar, förvåning och överraskning. Hur frågeställningar och syften kan förändras under resans gång och att denna process kan vara berikande, men också innebär val, att välja och att välja bort.

#### 4. Trovärdighet

Även om man inte söker efter essentialitet, oföränderlighet eller oifrågasättbarhet, bör man sträva efter trovärdighet, rimlighet och sannolikhet. Detta kräver rikedom i detaljer, liksom utrymme i analysen åt det som inte sägs likväl som det som uttrycks. Tillvägagångssätt för att öka trovärdigheten kan vara genom metod- eller teoritriangulering eller det som kommit att kallas kristallisering, att visa på en mångfald av teorier och metoder, inte i syfte att skapa intryck av sanning, utan att uttrycka och fördjupa komplexitet. Avsikten i denna studie har varit att kombinera metoder och fördjupande teoretiska begrepp för att visa på komplexitet, men ändå med viss riktning, betydelse eller implikation. Mångfalden av röster hade varit möjligt att problematisera i en större omfattning, i synnerhet om jag valt att tydligare fokusera på maktrelationer inom de team jag besökt. Detta fokus har dock valts bort till förmån för perspektiv på patienterna. Reflektion från medarbetarna har inte inkluderats. Än. Avsikten är dock att fortsätta att använda materialet på detta sätt.

#### 5. Resonans

Resonans, eller genklang, är ett uttryck för hur väl forskaren lyckas överföra en erfarenhet till en text, att genom estetik eller associationsrikedom skapa en text som är identifierbar och ger uttryck för empati som påverkar i mer än det specifika. Min förhoppning är också att det finns spår av detta i texten, inte minst tack vare analytiska perspektiv som innebär öppningar för engagemang, genom begreppen självstyrning och alienation vilka innebär vägar för identifikation och en överförbarhet som tillsammans med övergripande teoretiska samhällsperspektiv förhoppningsvis kan vara intressanta också i bredare bemärkelse.

#### 6. Betydande bidrag

Resonans relaterar också till användbarhet och frågan är då inte enbart hur det aktuella läget ser ut kunskapsmässigt, utan också relaterat till praktik, och politik. Potential för förändring kan sedan ske genom teoretiska reflektioner kring en kontext, men också genom utveckling eller problematisering av det rådande kunskapsläget, alltså en form av teorigenerering snarare än teoribeläggning. Min förhoppning är kanske inte i första hand att utveckla ny teori, men att kombinera teoretiska perspektiv på ett sådant sätt att det blir möjligt att belysa svårigheter på andra sätt, och då kanske också finna nya vägar att agera. Det är inte lätt att alltid säga något helt nytt, men det kanske går att säga något på ett annorlunda sätt.

#### 8. Meningsfull samstämmighet i stil och tanke

Detta sista kriterium rör frågan om uppfyllande av syfte, frågan om de metoder som används svarar mot syftet och är kompatibla med de teoretiska perspektiv studien vilar på samt huruvida man lyckas sammankoppla litteratur, egna fynd, metod och fokus på ett förtjänstfullt sätt. Studien får gärna vara komplex, spretig och motsägelsefull, eftersom verkligheten oftast är sådan, dock bör en studie vara koherent, i såväl stilistik som sammanhang. Och detta kan

vara en balansgång, för mig främst relaterat till viljan att framträda som person, och göra studien lättillgänglig, utan att förlora teoretisk udd. Hur kombinerar man uttryck för egen osäkerhet med teoretisk skärpa?

Den uppmärksamme läsaren kanske noterade att kriterie 7 saknades. Jag har valt att presentera detta sist, eftersom nummer 7, etik, kräver lite mer utrymme. Etik är, liksom övriga delar, inte möjligt att särskilja från helheten, utan bör utgöra ett genomgripande förhållningssätt. Etiskt genomtänkt genomförande bör dock karaktärisera såväl konkret tillvägagångssätt som frågan om värdet av att genomföra studien liksom relationerna till deltagarna.

Studiens genomförande föregicks av en lång period av planering. Som alltid när man befinner sig inom människovårdande institutioner är man omgärdad av känslig information om människor, och detta ska behandlas med försiktighet. Inom sjukvården, som är en forskningsintensiv verksamhet, är former för etiska överväganden rutiniserade på så sätt att studier föregås av ansökningar till den regionala etikprövningsnämnden. En sådan ansökan har också gjorts, och beviljats, i detta fall.<sup>4</sup> Med anledning av detta kommer jag inte att vara långrandig, dock måste några funderingar tydliggöras. I fokus är då de professionella eftersom jag här inte kan garantera full oidentifierbarhet. De utgör en relativt liten grupp individer och kan därmed vara kända, i egenskap av profession och arbetsplats. Information till dem och samtycke från dem har därför varit av central vikt.<sup>5</sup> Kontakten med dem gick nedåt i linjen och inleddes med att söka tillstånd från klinikchefen. Jag fick därifrån bifall, dock med begränsningen att enbart använda ljudband, inte videoinspelning. Därefter kontaktades klinikerådet på den berörda kliniken, i syfte att efterhöra om de kunde tänka sig att låta mig genomföra studien. Efter godkännande därifrån gick jag vidare med den etiska ansökan. När denna godkänts gick jag åter till klinikchefen, som hunnit bytas ut, och klinikerådet, som förändrats. Jag fick åter tillstånd och kontakt med en teamledare, som fungerade som grindvakt genom att presentera studien för tre av klinikens team samt dela ut mitt informationsbrev. Därefter besökte jag teamen, för vidare information och frågan om samtycke, för vilket teamen fick en veckas betänketid. En deltagare i ett av teamen tackade nej till medverkan, men jag fick jakande svar från två team. Därmed kunde studien genomföras. Inga av deltagarna hade under tiden för studiens genomförande önskemål om att avbryta sin medverkan.

Vid transkription har jag vidtagit en del åtgärder i syfte att söka skydda identiteten hos de professionella. Deras namn är borttagna, så också specifikation avseende vilket team utdragen är hämtade från. Jag använder vidare det könsneutrala personliga pronomet ”hen” och ”henom” eftersom det ökar antalet potentiella professionella relaterat till specifika uttalanden. Icke desto mindre kan de vara identifierbara för en del människor med god insyn i organisationen. De utsätter sig alltså för granskning i och med studien och för att de trots detta samtyckt till deltagande är jag mycket tacksam.

I relation till patienternas säkerhet vidtogs en del försiktighetsåtgärder på plats. Jag valde exempelvis alltid att placera mig i rummet så att jag var förhindrad att se den text, oftast journaltext, som visades på projektorduk under mötets gång. På detta sätt såg jag aldrig mer information om patienterna än vad de professionella uttryckte varför personuppgifter

---

<sup>4</sup> Den etiska ansökan beviljades 110620 och för den intresserade finns den att hämta diarieförd med nr. 416-11

<sup>5</sup> Det informationsbrev och samtyckesformulär som använts bifogas uppsatsen som bilaga.

framkom ytterst sparsamt. En anmälan om behandling av personuppgifter gjordes dock innan studien påbörjades.<sup>6</sup> Det förekom vid två tillfällen att patienter, som jag tidigare haft kontakt med som professionell, diskuterades vid teammötena. Detta vållade mig en del huvudbry, i synnerhet eftersom teamet i ett av fallen visste om detta och också efterfrågade min kompetens som kurator. Dock måste jag också här ge dem beröm för hur de hanterade detta. Jag tog upp till diskussion hur vi kunde förhålla oss och vi valde att inte låta det påverka mötets gång, utan att istället efter ett team ha en kollegial diskussion kring patienten ifråga, med avstängda diktafoner. Jag upplevde här att deras förhållningssätt till mig förändrades, och att jag här fick framstå som kurator. Den som hade svårast med detta tror jag var jag själv, av osäkerhet och rädsla för att göra fel. Jag funderade länge på hur jag skulle välja att förhålla mig till materialet om denna patient och kom fram till att ingen särskilnad skulle göras. Dock har det av slump blivit så att inga utdrag från samtal om henom valts ut för analys. Inte heller den andra patient jag tidigare behandlat förekommer i materialet, av samma anledning.

För patienternas säkerhet har jag också vidtagit en del försiktighetsåtgärder vid transkription. Dels är deras namn borttagna. Av etiska skäl har jag också valt att ta bort när teamets medlemmar nämner specifik yrkestitel eller bostadsort och min bedömning är att de med detta är avpersonifierade och ej identifierbara för andra än dem själv, teammedlemmarna eller andra som av någon anledning redan har den kunskap om dem som utdragen innehåller.

---

<sup>6</sup> Anmälan sändes till Datainspektionen 110826

## 5. Kommenterad empiri

Ett av de svåraste beslut jag fattat i arbetet med denna uppsats var hur empirin och analysen skulle presenteras. Jag har arbetat med olika modeller med olika grad av integrering och sett för och nackdelar med olika tillvägagångssätt. Generellt måste jag säga att jag fördrar en stark integrering av empiri och analys och det var också, som jag tidigare nämnt, på detta sätt jag arbetade inledningsvis. Dock upplevde jag att det empiriska materialet, även om det nu enbart utgjordes av två samtal, på detta sätt blev alltför splittrat. Detta upplevdes som negativt ur tre aspekter; för det första upplevde jag att det rent estetiskt inte fungerade tilltalande, för det andra upplevde jag att det var svårt att göra en sammanhängande analys eftersom många teman återkom och splittrades eller gjordes onödigt repetitiva om de skulle bakas in i empirin. Men det övervägande skälet att dela in materialet var att jag upplevde att läsningen skulle påverkas negativt. Med långa textutdrag följer nämligen stora möjligheter för läsaren att göra egna tolkningar, tolkningar som jag upplevde förstördes om långa analytiska resonemang ständigt avbröt läsningen. Med anledning av detta har jag valt en modell där det transkriberade materialet redovisas obearbetat, med instick av metodologiska, övergripande teoretiska och situationsspecifika observationsrelaterade kommentarer. Dessa uttrycks genom att skrivas ut som ”Kommentar” samt att kursiveras och omges av blankrad på båda sidor. Jag är på så sätt närvarande i empirin, men förhoppningsvis inte i sådan omfattning att det förhindrar läsarens tankeled.

Jag har valt att transkribera enligt förteckningen nedan. Val av transkriptionssätt har varit flexibelt och jag har inte utgått från någon exakt modell. I klarspråk har jag istället utgått från vad jag anser mig behöva kunna läsa ut av mitt material relaterat till de metoder och de teorier jag valt. Inspiration för transkriptionssätt och symboler har däremot hämtats bland annat från Forkby (2005) och Nordzell (2007).

(1), (3)	Urskiljbar paus i sekunder
<u>Understrykning</u>	Betonad stavelse alternativt betonat ord
(?)	Markering av att ett uttalande intoneras som fråga
(!)	Markering av att ett uttalande intoneras som uppmaning
/mot SS/	Markering av fråga/påstående riktad mot enskild
(AT)	Markering av att den professionella nämns vid namn. Namnet tas då bort och ersätts av yrkestitel
=	Direkt övertagande av tal
#Ja#	Markering av uttalande med förställd röst
Haha	Skratt
(NN)	Namn på patient eller annan utanför teamet. Namnen tas bort av sekretesskäl och ersätts alltid med NN

- (*kursiv stil*) Markerar att text tagits bort av sekretesskäl, men med tillagd kommentar. Syftet är att skydda identiteten på den enskilda utan att ta bort information som kan påverka förståelsen för samtalet
- (... ) Ohörbart tal alternativt kringljud
- (( )) Noteringar av kringhändelser av typ ”det ringer”

Vidare har jag gjort så att varje uttalande påbörjas med en versal om jag har bedömt det så att det utgör en ny påbörjad mening. Om jag däremot bedömt det så att uttalandet utgör en fortsättning på någon som tidigare sagts (eller inte sagts) har jag valt att markera detta med en gemen.

De talande beskrivs genom sina professioner enligt nedan:

AT: Arbetsterapeut  
 KUR: Kurator  
 LOG: Logoped  
 LÄK: Läkare  
 PS: Psykolog (Här inkluderas också psykolog under utbildning)  
 PS/TL: Psykolog och teamledare  
 SEK: Sekreterare  
 SG: Sjukgymnast  
 SSK: Sjuksköterska  
 TL: Teamledare

Då två talande med samma profession deltar betecknas detta med en siffra, exempelvis KUR och KUR2. I ett av teamen är psykologen också teamledare. Hen har alltså en dubbel funktion i teamet och skrivs ut som PS/TL. I relation till den dubbla funktionen teamledare/psykolog har jag valt att inte försöka tolka en särskiljning, dels därför att jag upplevde att en sådan distinktion var svår att göra, dels då den inte medförde något av värde analytiskt. Enkelt skulle man kunna tänka att uttalanden om patienterna görs i egenskap av psykolog och organisatoriska uttalanden är uttryck för ett teamledarskap. Jag vet dock inte vilka patienter psykologen träffar då alla professionella inte träffar alla patienter. Det är inte heller så att alla uttalanden av organisatorisk eller strukturerande karaktär görs av en teamledare, utan också andra professioner kan exempelvis starta och avsluta samtal. Att avgöra vad som är av vikt sker vidare i interaktion där den enes uttalanden påverkar de andra, även om makten att skapa riktning inte är jämt fördelad över professionerna. Om jag fokuserat mer på positioneringar relaterat till profession kunde distinktioner mellan funktioner varit av stor vikt att fördjupa ytterligare. För mitt syfte har jag dock valt bort att försöka göra denna tolkning.

### 5.1 Samtalet om ”Annika”

Annika talar de bara om vid detta tillfälle, av de tillfällen jag deltar. Vi kommer in ganska tidigt på mötet. Kuratorn har just lämnat rummet efter en kort diskussion kring tidbokning. De resterande deltagarna talar om att kuratorn skulle vara med på ett annat möte och därför inte ska vara med. Teamet består idag av en psykolog/teamledare, en läkare, två arbetsterapeuter och en sjukgymnast.

=LÄK. Den här patienten som har skrivits ut, eh

*Kommentar: Inget agentskap. Fokus på process. "som har skrivits ut".*

=PS/TL. Mm. Vi kan börja

=LÄK. Om nu (AT) går sen

=PS/TL. Mm, mm

=LÄK. Så vore det väl bra om vi tog henne först då

=PS/TL. Mm, vi kan börja med henne

*Kommentar: Bekräftande dialog. Dock tydligt att det är teamledaren/psykologen som kan positionera sig så att beslut fattas då läkaren uttrycker sig genom implicita frågor.*

=LÄK. Ja, mm. Det är (NN). Jag skrev en bevakning till dig, hon hade varit (1) på Mobilhetscenter och det gick ju inte alls, då va

=AT. Jag måste vara med, jag känner igen namnet, är det någon jag har (1)

=PS/TL. Jag försöker också, desperat

=LÄK. Ja, det är bra att ni inte heller kommer ihåg

((Spridda skratt))

LÄK. för då blir det inte så genant för mig.

((Spridda skratt))

PS/TL. Det här var bara en kort körkortsbedömning, var det inte det(?)

LÄK. Nja, alltså hon. Det var hon (*här talar läkaren om hennes arbete. Det är inom psykiatrin, men den specifika titeln utelämnas av sekretesskäl*).

=PS/TL. Aha

LÄK. Ja. Hon har

=AT. Ja

*Kommentar: Upplevelse av lättnad i rummet när de förstår vem det är de talar om. Uttrycket aha/ja upplevs i rummet som kollektivt genom bekräftande nickningar där deltagarnas blickar riktas mot varandra och stämningen för en stund upplevs som mer munter än formell. Diskursiv identifikation genom hur Annika förstås genom arbetstitel. Att anta att de genom arbetet kommer att förstå vem det är de talar om kan ses som ett implicit antagande om förvärvsarbetets betydelse.*

=LÄK. Hon har frontotemporal infarkt och hon saknar ju insikt uppenbarligen

PS/TL. Totalt

*Kommentar: Mycket stark modalisering. Uttryck för biomedicinsk diskurs med starkt kausalt, eller additivt samband. Egentliga uttryck för legitimitet behöver inte uttalas. Bekräftande dialog.*

=LÄK. och det är därför jag tar upp det här. Men ni hade planeringsmöte med henne och hon ville till varje pris återgå i arbete

=PS/TL. Ja, visst

=LÄK. Och det, (1) jag menar, det kan ni ju inte göra något åt, eh, eh

*Kommentar: Starkt aktörskap när "hon ville till varje pris". Implicit fokus på förvärvsarbete. Läkaren benämner övriga deltagare som "ni".*

PS/TL. Det gick inte på Mobilitetscentrum

LÄK. Nej absolut inte

=PS/TL. Jag kan känna mig lite lättad, för, för det förutsåg vi, men det gick inte att göra någonting åt det

=LÄK. Nej

=PS/TL. på något sätt

=LÄK. nej, precis

=PS/TL. Så jag känner mig lite lättad över vår insikt haha.

*Kommentar: Samtal med karaktär av informationsbyte. Psykologen/teamledaren talar om vi, "det förutsåg vi", "vår insikt".*

LÄK. Hon fipplade till det, eh, eh, alltså, det är ju, för det första är hon ju beroende av bilen i arbete

=PS/TL. Ja

=LÄK. (...) och för det andra då så (1) bröt hon den testning som de har där ute några minuter och sen rent praktisk uppkörning så fipplade hon till det med pedalerna och det gick inte alls va så att

=PS/TL. Nej

=LÄK. De fick bryta den praktiska uppkörningen

=PS/TL. Det är nog ganska ovanligt

=LÄK. Ja, alltså så illa. Och sen så sitter de ju alltid efteråt och talar om det hela och säger att hon bör inte köra bil, att hon bör avstå från bilkörning och det dom fick intrycket, eh, att hon inte förstod, eller att hon inte har den insikten. Orsaken till att jag tar upp det här idag, för att ni hade ett planeringsmöte och där skriver du också något liknande, hon verkar inte, eh, ta till sig

*Kommentar: Karaktär av informationsutbyte, men också en bekräftande dialog där uttalanden fungerar performativt, bland annat genom hur det enskilda exemplet förstärks genom förändrad abstraktionsgrad, "det gick inte alls" uttalas om Annika vilket följs av "Det är nog ganska ovanligt" genom vilket det enskilda får en generaliserad fond, som i sin tur följs av "så illa" där fokus åter vilar på Annika. Liknande kopplingar med performativ verkan sker genom den intertextualitet som märks genom hur texten från planeringsmötet och informationen från Mobilitetscentrum inlemmas i samtalet där delarna får en förstärkande effekt på varandra. Läkaren talar om övriga deltagare som "ni".*

=PS/TL. Ja, ja, visst

=LÄK. och ha insikt. Så att därför gör ju jag såhär att, eh, jag kallar inte in henne här på ett återbesök, för det brukar sticka folk i ögonen, ska de betala 300 kronor för att få reda på att de inte får köra bil. Haha, då va(?)

=PS/TL. Nej

=LÄK. Utan, eh, jag skickar ett brev till henne och då kan hon tänka, begrunda det och be om hjälp av andra och så och förstå det. Sen, eh, stod det så här i deras utlåtande från Mobilitetscenter att man skulle, eventuellt kunna om tidigast ett halvår göra om den här undersökningen eftersom det var ganska, relativt



=PS/TL. Ja

=LÄK. tätt inpå ja, och då skriver jag det till henne i så fall och så ber jag i så fall distriktsläkaren göra en uppföljning och skicka eventuell remiss, men

=PS/TL. Ja

=LÄK. Men hon får skicka tillbaka en sådan försäkran, som visserligen är helt juridiskt

=PS/TL. Ogiltig

=LÄK. Ogiltig, men det vet ju inte de flesta patienter om, jag menar skrivet är skrivet så att säga va. Eh, så att jag gör så istället, bara så

=PS/TL. Också skriver du det till distriktsläkaren också

*Kommentar: Informationsutbytet övergår nu i aktivitetsutbyte. Läkaren benämner det som ska göras med fokus på sig själv genom "jag".*

=LÄK. Ja, det gör jag för att, eh, eh, nu har det plötsligt varit flera, några såna här patienter, och eh, det, det är ingen idé att sitta och dribbla

=PS/TL. Nej

=LÄK. De glömmer av vad man säger, utan det är bättre att skriva att såhär är det

=PS/TL. Mm

=LÄK. Också är det ju ett förtäckt hot från ens egen sida då att gör du inte som jag säger så anmäler jag dig

=PS/TL. Mm

=AT. Mm

=LÄK. till transportstyrelsen, eh, då va, ja

*Kommentar: Annika blir här en del av en grupp, "såna här patienter" och får på så sätt en diskursiv identitet. Graden av abstraktion upplevs som hög då det egentliga innehållet i den diskursiva identiteten ej uttalas explicit. Diskussionen om försäkrans giltighet tolkas genom begreppet självstyrning.*

AT. Alltså jag, jag är ju, jag tycker ju synd om hennes chef.

=LÄK. Alltså, det känns ju inte riktigt bra.

=AT. Ah

=LÄK. Nu var det väl inte jag som hade skrivit sjukintyget på henne hoppas jag, nu har jag inte kollat det, för att jag har inte skrivit epikrisen, för att jag har inte, eh, (1) eller så är den inte utskriven, det är möjligt att jag har dikterat den, jag har inte kollat det. För att, det, man kan ju undra, vad har vi för ansvar egentligen(?)

=AT. Ja, precis,

=PS/TL. Mm

=AT. det är därför som det känns lite så

=LÄK. Ja

=AT. Vi pratade om det (LÄK) och jag också att det, ja

=LÄK. Ja

=AT. känns inte bra. Och därför lämnar vi över det till dig. /LÄK/ haha

=PS/TL. Men hela den situationen är väldigt, jobbig

=AT. Ja

*Kommentar: Upplevelse av ett starkt bifall i rummet där blickarna rikas mot varandra och deltagarna vänder sig mot varandra i rummet. Performativa effekter i samtalet genom hur*

*beskrivningen går från att: "det känns ju inte riktigt bra" till: "hela den situationen är väldigt, jobbig". Stärkande evalueringar i bekräftande dialog. Implicit fokus på förvärvsarbete genom hur arbetsterapeuten uttrycker att hen "tycker ju synd om hennes chef".*

=PS/TL. Därför att hon är så, ick, alltså, man ser att hon inte klarar sig och hon är så totalt avståndstagande och

=AT. Lite aggressiv nästan

=PS/TL. Nedvärderande av allting. Inte bara lite aggressiv nästan, utan

=LÄK. Nej

=AT. Ok

=LÄK. Ja

=PS/TL. alltså så otroligt nedvärderande

LÄK. Ja

=PS/TL. Av allting som hon har träffat, allting som hon har gjort

=LÄK. ja

=PS/TL. Och det är ett försvar

=LÄK. Ja, och det är ju illa, ja verkligen alltså, för att, ja, vi får nog titta på det där, för det är ju en viktig principiell fråga för att det där inträffar ju av och till

*Kommentar. Fortsatt bekräftande dialog med performativa evalueringar. Fokus på relation. Instick av en psykologisk diskurs där sambandet uttrycks närmast additivt, vilket tolkas som att det inte behöver något starkare uttryck för legitimitet. Det additiva sambandet gör det dock svårt att tolka någon evaluering i påståendet. Vidare ett instick av en övergripande/organisatorisk problematisering genom läkarens uttryck om "principiell fråga".*

=PS/TL. (..)

*Kommentar: Samtidigt som samtalet pågår tittar teamets medlemmar på projektorduken där de läser i Annikas journal. Relaterat till detta säger psykologen/teamledaren något om vad som står där, men jag kan inte höra vad hen säger.*

=LÄK. Ja, och jag känner såhär, (1) ska vi se, eh

=AT. Alltså. Och därför, vi erbjöd ju (1) henne, utan att ha helt klart för sig, men att, om möjligheterna

=PS/TL. (..)

=AT. Att vara ett stöd ute på arbetsplatsen

=LÄK. Mm

=AT. Och det var ju framför allt för arbetsgivaren, som vi tänkte. Men hon tackade snällt för erbjudandet, men avböjde

=PS/TL. behövde inte det för hon var sig själv och det var inga problem

=AT. Nej. Precis

=LÄK. och det är just de här patienterna som är så luriga alltså

=PS/TL. Mm

*Kommentar: Arbetsgivaren återkommer, implicit antagande om betydelsen av förvärvsarbete. Jag gör tolkningen i samtalet att arbetsterapeuten med "som vi tänkte", återkopplar till*

*"vara ett stöd ute på arbetsplatsen". Alltså att det var arbetsgivaren "vi" tänkte vara ett stöd för. Vidare görs tolkningen att det som semantiskt uttrycks som en fråga kring huruvida Annika vill ha stöd på sin arbetsplats i egentlig mening inte kan förstås som en fråga, eftersom utrymmet att svara nej egentligen inte fanns. Den diskursiva identitet som framkom tidigare återkommer genom läkarens beskrivning av "de här patienterna". En kategori som fortsatt inte explicit fylls med innehåll, men som trots hög grad av abstraktion förefaller vara begriplig för teamets medlemmar.*

=LÄK. det är ju för(jordat?) va, men, eh, vad har jag skrivit där, för att, ska se här, man blir lite

=PS/TL. Nej, det ser inte ut som att du har skrivit någon

=LÄK. nej, och då undrar jag, varför har jag inte gjort det(?) Det var väl konstigt, eh, men det

=AT. Det kanske inte är inskrivet än(?) /LÄK/

=LÄK. nej, ja, det är ju möjligt. Jag får bara skriva upp här så att jag skriver det. För att om det är jag som har skrivit sjukintyget, för att då kan man ju undra var

=PS/TL. Hur det ser ut

=LÄK. hur det ser ut ja

=AT. Men, eh, är det, (1) distriktsläkaren som är den viktiga personen i det här sammanhanget(?)

=LÄK. Ja, det går ju inte att pytsa över vad som helst heller till den personen för att nu har ju patienten varit här

=PS/TL. Mm

=LÄK. Det känns ju inte riktigt schysst, eh (2), eh, jag får kolla upp det sen, för, eh, det här är ju frågan alltså, eh, eh (2) eh

*Kommentar: Här framkommer en annan person bortsett från teamet, personalen på Mobilitetscentrum och Annikas chef; hennes distriktsläkare. Jag gör tolkningen att det framställs en grupp, en diskursiv kategori av professionella; teamet, mobilitetscentrum Annikas chef och hennes distriktsläkare. Märk också att Annika depersonifieras genom läkarens uttryck "patienten varit här".*

PS/TL. Men det värsta är att man kan inte, det går inte att möta henne i samförstånd

=LÄK. Nej

=PS/TL. På något sätt

=LÄK. nej

AT. Nej, det går inte

*Kommentar: Bekräftande dialog med fokus på relationen.*

=LÄK. Och, eh, (1), nej. Jag hittar inte något sjukintyg här, det är möjligt att hon har varit hos distriktsläkaren

AT. Och hon jobbar halvtid som facklig och halvtid, i vården då som (inom psykiatrin)

=PS/TL. Men det kräver ingenting, det kräver ingenting

AT. Eh

PS/TL. Det vill säga, det tror jag att det gör

AT. Ja

=LÄK. Ja. Nej, men och sen så, eh, som (hennes yrkestitel – inom psykiatrin) så har hon inte tillräcklig koll på sig alltså

=PS/TL. Nej  
=LÄK. det är ju det dom, eh, jag menar  
=PS/TL. Det är ju det hon ska ha, hon ska ha koll på sig och den andra  
=LÄK. Ja, så att  
=AT. Det är ju risker med det  
=LÄK. Ja, alltså det kan ju bli väldigt knasigt. Nej jag hittar inget sjukintyg här till all lycka.  
Haha. Eh, då va, så att  
=PS/TL. Men någonstans måste hon ju ha fått det ifrån(?)  
LÄK. Ja  
AT. Men, (1) Usch, ja(?) (1). Kan man inte lita på, jag menar(1), jag tror inte kör. Kan man lita på att hon meddelar sin arbetsgivare  
=LÄK. nej  
AT. Att hon inte får lov att köra  
=LÄK. Nej, alltså det, i och för sig så (1), nej, lita på, alltså det vet vi ju inte, det kan jag inte svara på. Nej, jag hittar det inte här faktiskt. Eh, jag får leta ytterligare sen  
=PS/TL. Mm  
=LÄK. när jag sitter själv, men jag, men, eh, nej, eh (3). Men jag ber henne skriva under en sån där  
=PS/TL. Hon har fortfarande  
=LÄK. en sån där försäkran  
=PS/TL. en från strokemedicin  
=LÄK. Ja  
PS/TL. Ser det ut som  
LÄK. Ja, det gör så ja  
AT. Men, eh, skulle man  
=LÄK. Och är det då, nu ska vi se, vad står det där nu då (?) Balansosäkerhet och, ja (2), behöver rehab, och sen så nästa sida har vi också, sidan två, ja, där någonstans, ska vi se, hur lång tid, om du kan scrolla upp en liten bit så är du snäll  
=PS/TL. Så(?)  
=LÄK. Där, start 10e , 30e i 9e  
=PS/TL. Det kan ju inte stämma  
LÄK. (Jesus?)Nej, eh, jag får kolla upp det här du. Eh, jag har en känsla av att (1) det, det kanske är, får jag låna

*Kommentar: Journaltexten om Annika från andra vårdgivare är här också intertextuellt närvarande som ett strukturerande/performativt element i samtalet. Här förefaller det vidare i rummet som om det pågår minst två samtal samtidigt. Läkaren vill se efter i Annikas journal om hon har en försäkran om körförbud redan. Psykologen/teamledaren är delaktig i samtal om detta bland annat genom att på olika sätt manövrera datorn och det är datorns mus läkaren vill låna. Samtidigt talar arbetsterapeuten om huruvida man kan lita på Annika. Läkaren svarar visserligen på detta, men hens fokus i rummet är riktat mot journaltexten på väggen. För övrigt uttrycker arbetsterapeuten sig genom pronomen "man". Det är oklart för mig vilka hen då syftar till.*

AT. Det är inte så att man skulle kunna gå utanför ramarna och erbjuda ett möte ute på vårdcentralen tillsammans med distriktsläkare och arbetsgivare och försäkringskassa bara för att rapportera över(?)

=PS/TL. Alltså jag tror att det är väldigt kränkande för henne om man gör det när hon har tackat nej till det

=LÄK. Mm

AT. Hon har inte tackat nej till, ett möte(?)

=LÄK. Eh, det ska inte vara något uppföljande möte på henne eller(?) Var det så(?)

PS/TL. Nej, vi är färdiga.

=LÄK. Mm

=PS/TL. Hon vill inte ha med oss att göra.

=LÄK. Nej

=PS/TL. Hon har artigt, men vänligt tackat nej till uppföljning

=LÄK. Ja. Ok

*Kommentar: Arbetsterapeuten får nu gehör, om än tillfälligt. Det är nämligen så att det är tydligt i rummet att läkaren fortsatt är sysselsatt med datorn, även om hen svarar på arbetsterapeutens byte av fokus. I övrigt återkommer fokus på relationens betydelse och relationen mellan polisär och pastoral makt. Legitimitetsanspråken för att ej ordna ett möte är snarast av moralisk karaktär, och uttrycks inte genom exempelvis juridik, eller institutionella regler, vilket också tolkas som fokus på relationen. Också här återkommer en semantiskt uttryckt fråga som egentligen inte hade ett nekande svar som alternativ. Annika uttrycks vidare genom ett tydligt agentskap. "Hon vill inte ha med oss att göra". "Oss" förstås som ett sätt att uttrycka teamet.*

=PS/TL. Det där kan ju vara, att jag inte har (1) behörighet till saker och ting där.

LÄK. Vad då menar du(?) /PS/TL/

=PS/TL. Du gick in i något program som jag aldrig har sett där.

=LÄK. Nej

=AT2. Du laddade ner

=LÄK. Det fanns inga intyg där. Nej, jag få kolla upp det här lite bättre

=PS/TL. Du kollar upp det /LÄK/

=AT2. Det verkar som om hon inte ens var sjukskriven när hon var här då, för hon var ganska nyligen utskrivna

=PS/TL. Mm, fast

=LÄK. mycket kontakt med arbetsplatsen under sjukskrivningen, gjort upp en plan med arbetsgivaren om arbetsåtergång under november, 25 %, 9 timmar i veckan, konstig nivå, eh, eh, ja

AT. Det beror nog på att hon jobbar skift

=PS/TL. Alltså jag har för mig att

=AT. Som (*hennes yrkestitel – inom psykiatri*) så blir det nog inte full, arbetstiden inte 40 timmar

=LÄK. nähä

=PS/TL. Fast jag har för mig att hon var sjukskriven, eller ni brukar alltid fråga det (?) /LÄK/

LÄK. Ja

=PS/TL. Eh, nej, kolla upp det

LÄK. Ja, alltså ja. Vi får, eh, titta lite närmre på det, eh. Det är mycket möjligt att jag har dikterat något och att det inte

=PS/TL. Och att det ligger där

=LÄK. Inte är utskrivet ännu för jag har för mig att jag träffade henne, är det inte så(?)

=PS/TL. Jo, det gjorde du.

=LÄK. Ja,  
=PS/TL. och det är ju du som har skickat henne till Mobilitetscentrum.  
=LÄK. Ja  
=PS/TL: Och din namnteckning är inte heller inskriven, nej  
AT. Nej det verkar så där  
=LÄK. nej, det tar ett tag att skriva  
=PS/TL. Men, det var ändå ett tag sen.  
=LÄK. Ja, det tar längre tid nu, de är färre sekreterare. De är mycket bekymrade.  
=PS/TL. Men om jag träffade henne den 14e i 10e så träffade du henne, inom ett par dar efter det  
=LÄK. Ja  
=PS/TL. för det är ju så vi har gjort  
=LÄK. Ja, ja.  
=PS/TL. Jag tror till och med dan efter  
=LÄK. Ja, det tror jag att det var något sånt  
=PS/TL. Också om hon är klar på Mobilitetscentrum  
=LÄK. Ja  
=PS/TL. Då är det ju jättekonstigt om din anteckning inte är  
=LÄK. Ja, eh, ja. Jag tittar på det sen då, om det är något, det är svårt att det hela  
=PS/TL. Det är inte den som heter nybesök här då, jo det är det.  
=LÄK. Jo, där är det ju. Dra ner lite. Jag får ta en titt på mina ögon, jag vågar inte köra bil  
haha  
((Spridda skratt))  
=LÄK. eller hur(?) Också dra ner lite är du snäll så ska vi se. Allmänremiss  
=PS/TL. Till Mobilitetscentrum  
=LÄK. Inget intyg i alla fall, nej. Nähä  
=PS/TL. (..) med sin distriktsläkarkontakt  
=LÄK. Ja, hon har i samråd med sin distriktsläkare, de har varit involverade  
=PS/TL. Så att de har en plan  
=LÄK. Ja, och då får de, ja, stackarna, ta ansvar för det, eh, så att säga, eh.  
=PS/TL. Mm  
=LÄK. Men, jag skriver det här brevet om bilkörningen i alla fall då  
=PS/TL. Mm, gör det(!) /LÄK/  
=LÄK. Eh, och så ger jag henne en respit att tänka på, tre veckor, eh, om hon inte inkommit med den här försäkran så skriver jag till Transportstyrelsen, i så fall.  
=PS/TL. Mm  
=LÄK. Så blir det  
=AT2. Hhm, ja

*Kommentar: Läkarens fokus på datorskärmen återkommer och också arbetsterapeuten deltar nu i samtalet om olika intyg och vad som egentligen står i journalen som visas på projektorduken. Denna diskurs, som jag förstår som en administrativ diskurs, tar ett förhållandevis stort utrymme. Inte enbart i samtalet, utan påtagligt i rummet, där ögonen och uppmärksamheten vänds mot projektorduken, vilket kan se lite lustigt ut när flera personer talar med varandra, men inte riktat mot varandra, utan åt en duk. Det administrativa upplevs ha en starkt strukturerande effekt på samtalet. Läkaren återkommer som "jag", övriga återkommer som "vi" (där läkaren visserligen kan ingå) eller "ni" (när läkaren talar om de övriga deltagarna). Dialogen, som har en karaktär av informationsutbyte, avslutas med fokus*

*på aktivitet. Jag väljer att tolka målsättningen med samtalet som aktivitetsinriktat, att ringa in vilka intyg läkaren ska skriva. Dock avslutas inte samtalet med det.*

AT. Sen var väl det en kvinna som vi inte tror var speciellt välbegåvad

=PS/TL. Nej det tror jag inte

AT. I botten heller va

PS/TL. Nej

=LÄK. Det tror jag också faktiskt, för hon, hade visserligen då skador på ett ställe som påverkar omdöme och insikt och sånt ja, men en del patienter med samma skador kan man ju ändå

=AT2. Ja, mm

=LÄK. få en viss respons ifrån va

PS/TL. Jag kan skicka med mitt utlåtande till vårdcentralen så blir det lite extra tyngd på att hon låg så lågt

=LÄK. Mm

=PS/TL. Jag gör det

=LÄK. Ja, ok.

=PS/TL. Jag ska bara kolla det här. (4) Hon har legat riktigt lågt på det mesta alltså.

=LÄK. Ja

PS/TL. OK(?) (3)

*Kommentar: Här avslutas samtalet med en fråga, implicit uttryckt som ett sökande av bekräftelse. ”Ok?” Och notera att jag uttryckt att målsättningen med samtalet är av administrativ karaktär, även om det inte är med det samtalet faktiskt avslutas. Här återkopplar man istället till Annika. Nu dock inte med ett starkt aktörskap, utan med performativa uttalanden, evalueringar, om hennes förutsättningar begåvningsmässigt. Detta relateras till en medicinsk diskurs, men med svag modalisering och hög abstraktionsgrad. Upplevelsen är ändå att legitimiteten är stark, inte minst relaterat till intertextualiteten i referensen till psykologens/teamledarens utlåtande, och dess potentiella påverkan på framtiden.*

## 5.2 Samtalet om ”Anders”

Anders diskuteras vid samtliga tillfällen jag besöker teamet. Vid det första teammötet diskuteras i huvudsak om de kan sätta igång med någon behandling innan jul, eftersom Anders ska inställa sig i häktet kort efter. Vid det andra mötet diskuteras när man kan ha ett möte med honom och i vilken lokal man då kan vara. Det framkommer också funderingar kring vad det är han är dömd för och hur långt straffet är, vilket relateras till möjligheterna att planera framåt. Kuratorn vet vad han är dömd för, men berättar det inte för de andra, mer än att det är ett relativt kort straff och att det rör sig om ett brott som är begånget för många år sedan. Vid det sista teamet diskuteras huruvida alla teammedlemmar kommer att bli klara med sina bedömningar till det datum man tänker sig för utskrivning. Också dessa passager innehåller självklart delar som hade varit intressanta att analysera vidare. För studiens fokus väljer jag dock att lyfta fram diskussionen vid det tredje mötet, när man bestämt sig för att Anders ska kallas in för en behandlingsperiod och diskuterar dennas upplägg. Deltar gör läkare, teamledare, två arbetsterapeuter, psykolog, sjukgymnast, kurator och sjuksköterska. Mötet har då pågått en stund och utdraget inleds med att läkaren avslutar diskussionerna om föregående patient och samtidigt påbörjar samtalet kring Anders.

LÄK. Nej. (NN)

AT. Vi har påbörjat lite grand, han var ju tyvärr sjuk igår, men hade fått magsjuka

=LÄK. Mm

AT. så, (1) jag har inte så jättemycket att säga än så länge där. Han kommer hit och så. Det jag känner med honom det är lite granna, alltså, (1) hur ska vi tänka framåt där(?)

=LÄK. Mm

=AT. för han har ju sin, han ska ju inställa sig där 7e januari

=LÄK. Ja

=AT. och vad ska våran plan va, är det att vi släpper honom nu eller ska vi ge någon rekommendation vad han ska ha för fortsättning efter den tiden sen, eller vad

=LÄK. jag tror det blir så, att vi, utifrån vad ni kommer fram till då, i era tester och så, hur han är kognitivt, får vi (1) planera (1) vad

*Kommentar: Arbetsterapeuten framställer en fråga, "hur ska vi tänka framåt där(?)" Frågan är vagt uttryckt, på så sätt att den refererar till en egen känsla, ett svagt legitimitetsanspråk som dessutom ges en svag modalisering, "lite granna, alltså". Men, det är inte bara arbetsterapeuten som avses, utan frågan formuleras genom ett "hur ska vi tänka" och "våran plan". Läkaren svarar på frågan, och det är mot honom arbetsterapeuten vänder sig i rummet. Arbetsterapeutens mening är inte klart avslutad. Läkaren svarar att "vi" ska planera, men utifrån "era" tester. För läkaren vilar fokus på kognition, vilket tolkas inom ramen för en medicinsk diskurs.*

AT. Jag menar, han har ju sin situation också sedan innan, känner jag, att det är nästan den största delen trots allt. Han har är, varit arbetslös sen 2006 och

=LÄK. Mm

=AT. det hela

=KUR. Vi pratade om det och jag frågade om alltså, det här med arbete, om han inte hade tankar på, för (LOG) sa ju förra gången att han, absolut inte vill jobba

=AT. Ja, precis, det var det som kom fram där

=KUR. men det handlade ju om att han har så jättestora skulder

=AT. ja

=KUR. och att om han får ett jobb så kommer dom, så kommer han få ännu sämre ställt än vad han redan har

=AT. Mm, det sa han till mig också

=KUR. och han har ansökt om skuldsanering tre gånger tror jag och fått avslag.

=AT. Ja

=KUR. Det är rätt hårt nu med det

=PS. Mm

=LÄK. Mm

=AT. Ja, det var det han sa till mig också, han sa det lönar sig ju inte ens att jobba, de skulle bara ta pengarna ifrån mig liksom

*Kommentar: Arbetsterapeuten uttrycker tankar om Anders "situation också sedan innan". En diskursiv kategori som inledningsvis fylls med betydelse av relation till förvärvsarbete. Anders relation till arbetsmarknaden diskuteras relaterat till idéer om hans inställning. Jag tolkar detta som ett försök att enas kring en evaluering av hans inställning/vilja/motivation. Implicit antagande om vikten av förvärvsarbete och framför allt, viljan till förvärvsarbete. Dock tolkas en situation av tvekan genom uttrycket, "känner jag, att det är nästan den största*



*delen trots allt". "känner jag" ger ett mycket svagt uttryck för legitimitet. Samtidigt "nästan den största delen trots allt" vilket är uttryck för en stark och en svag modalisering på samma gång, vilket tolkas som en implicit fråga genom en prövande framställning. Evalueringarna är implicita. Tilltalet upplevs närmast lekmanamässigt. Arbetsterapeutens generellt prövande framställning tolkas inom ramen för den talandes position i teamet.*

=LÄK. Mm, men jag förstår

=AT. Men vad han förmår

=LÄK. att bättre komma ihåg och kunna hantera

=AT2. Men om han inte vill(..)

=LÄK. Men det är det vi ska jobba med just nu, vi ska kartlägga hans funktioner och se

=AT. mm

=LÄK. Alltså, vi kan inte, i hans alltså, så kan inte planera så långt fram i tiden

=AT. Nej

=LÄK. Han ska ju avtjäna sitt straff här inom kort, men att till dess att kunna kartlägga de här funktionerna, hur pass trött är han, hur, hur är han kognitivt

=AT. Mm

=LÄK. det är inte mycket mer än så vi kan göra, sen utifrån det får vi (1) först då kan vi börja planera lite, om, om vi ska göra något ytterligare för honom då, i så fall när han har avtjänat sitt straff och så.

PS. Jag tänker på (NNs) forskning där också (LÄK), på traumapatienter, (1) alltså de som var utan arbete före sitt trauma

=LÄK. Mm

=PS. de kommer i stort sett aldrig tillbaka i arbete

=LÄK. Mm

=PS. efter att traumat heller, så att lägga rehabiliteringen på den nivån som är realistisk

*Kommentar: Här tolkar jag det som om målsättningen med samtalet är att ringa in teamets uppdrag. Läkaren är implicit och explicit den som har mandat, eller möjlighet att positionera sig som den som sätter dessa gränser. Psykologen vänder sig explicit till läkaren, både genom att uttrycka hans namn och att vända sig mot honom i rummet. Av intresse är då att psykologen sitter mitt emot arbetsterapeuten, som kan sägas vara den som uttrycker frågan. Psykologen får dock vända sig från arbetsterapeuten för att vända sig mot läkaren. Psykologen uttrycker referens till forskning, alltså starkt legitimitetsanspråk av rationaliserad art.*

=TL. Fast samtidigt så är det ju inte den, slutklämmen som ni ska lägga

=PS. Nej

=TL. utan ni ska lägga vad ni rekommenderar rent medicinskt och funktionsmässigt, sen är ju liksom nästa steg vad

=PS. Jo

=TL. arbetsförmedlingen kan hjälpa honom med

=PS. men jag tänker på att när det är så mycket sociala problem som det är här

=LÄK. Jo

=PS. så brukar det ju sällan vara så realistiskt

=TL. Nej

=AT. nej, och det är just det som är, här är ju så mycket såna faktorer som påverkar det, alltså

=PS. Mm

=TL. Mm

*Kommentar: Läkaren benämner övriga deltagare som "ni". Implicit koppling, underliggande antaganden om förvärvsarbete där "slutklämmen", "vad ni rekommenderar rent medicinskt och funktionsmässigt" kontrasteras mot "nästa steg" som av teamledaren kopplas till arbetsförmedlingen. Dialogen karaktäriseras av konsensus då oenighet maskeras genom en dialog med fokus på bekräftelse och samordning. Dialogen har vidare en performativ karaktär. Tidigare referens till forskning om förvärvsarbete kopplat till hjärnskada förefaller nu också gälla "sociala problem", en diskursiv kategori som inte fylls med innehåll direkt, men där jag gör en koppling till arbetsterapeutens inledande framställning om Anders "situation också sedan innan". Legitimitetsanspråken är nu närmast narrativa eller moraliska.*

=AT. Alltså jag tror att han skulle kunna vara (annan människovårdande organisation)-patient på sikt

=TL. Ja

=LÄK. Ja, precis

=AT. men ändå, om hans mål inte är att kunna jobba så

=KUR. Plus att det är att han bor ju i (det geografiska område där han bor – utanför Göteborgs Stads upptagningsområde)

=AT. Vad sa du(?) /KUR/

=KUR. Han bor ju i (det geografisk område där han bor)

=TL. Dessutom

=AT. Ah, men gud

=LÄK. Ja

*Kommentar: Avgränsningen av teamets uppdrag relateras implicit till andra människovårdande organisationer. Tidigare nämndes arbetsförmedlingen, nu en annan, som jag av sekretesskäl inte nämner vid namn. Anders egenskaper/förutsättningar i form av bostadsområde nämns också som en faktor att ta i beaktande och igen görs en återkoppling till hans relation till förvärvsarbete. Jag tolkar detta som att "situation också sedan innan" alternativt "sociala problem" blir en diskursiv identitet som successivt fylls med innehåll. Vidare framkommer teamets begränsade möjligheter att påverka framtiden för Anders, liksom hans förutsättningar.*

=AT2. Behöver han inte (..)

=AT. Vad sa du(?) /AT2/

=PS/TL. (..)

=LÄK. Men om han inte vill jobba av sociala skäl, det är en sak, men

=AT. Men jag tror att han skulle

=LÄK. vi skulle kunna svara kanske på frågan om han har potential att kunna jobba eller inte

=TL. Precis

KUR. Och sen är det upp till honom

=TL. ja, sen är det upp till honom och handläggare och hela den biten att väva ihop resten

=KUR. Ja

=PS. Utifrån ett kognitivt perspektiv kan vi svara

=TL. Ja

=PS. Men vi kan inte svara om du tar helheten

=TL. Nej  
=AT. Nej, det, exakt så känner jag med

*Kommentar: En medicinsk diskurs förefaller nu kunna ringa in uppdraget genom fokus på kognition. Denna diskurs innebär dock en särskilnad mellan potential och vilja. Psykologen menar att "vi" kan svara utifrån ett kognitivt perspektiv, men inte om "du" tar helheten. Både "kognitivt perspektiv" och "helheten" förstås som begrepp med hög grad av abstraktion, även om de till viss del fylls inom ramen för teamets framställan. Dialogen har bekräftande karaktär och de förefaller vara överens.*

=PS. Det finns kriminalitet, det finns missbruk  
=KUR. Och sen har  
=PS. jag menar det finns massor av grejer som hänger ihop  
=LÄK. Vi kanske kan svara utifrån hjärnskadan  
=PS. Ja  
=TL. Ja  
=LÄK. och det kanske är vårt uppdrag  
=SG. Ja, precis  
=LÄK. Det är inte mycket mer än så kanske vi kan göra  
=AT. Nej, men samtidigt (...)  
=PS. Men samtidigt måste man ju väga in det  
=AT. Precis  
=LÄK. Jo, jo självklart  
=SG. Men samtidigt är det ju andra instanser som tar hand om det  
=TL. Som tar in, hela vägen, ni behöver inte väga in det mer än till  
=PS. Nej  
=TL. en viss punkt, för ni kommer ändå inte att kunna planera

*Kommentar: Den diskursiva identiteten "situation också sedan innan" eller "sociala problem" fortsätter nu att fyllas med kriminalitet och missbruk. Psykologen hävdar att det hänger ihop, med narrativa legitimitetsanspråk. Läkaren hänvisar i sin tur till en medicinsk diskurs genom "hjärnskadan" och en administrativ diskurs genom "vårt uppdrag", uttalat auktoritativt och rationaliserat legitimitetsanspråk. Sjukgymnasten och teamledaren bekräftar den administrativa diskursen. Sjukgymnasten hänvisar till en avgränsning mot andra institutioner. Teamledaren hänvisar till möjligheterna att planera. Upplevelsen i rummet är att teamets medlemmar är i förhandling, men att stämningen är tryckt, rösterna låter mer ansträngda än vanligt. Arbetsterapeuten uttrycker sig frustrerat, tolkat av suckar, förhöjt tonläge och ett upplevt uppgivet ansiktsuttryck. Min tolkning är att hen inte har möjlighet att positionera sig på ett sådant sätt att hen får gehör, vilket åter refereras till henoms position i teamet.*

=AT. Men det handlar ju också lite grand om att få med sig honom på tåget,  
=TL. Mm  
=AT. alltså man måste ju ha nån, alltså varför ska vi göra allt det här, alltså på nåt sätt så känner jag lite  
=LÄK. men fokusera på, vi har haft planeringsmöte  
=AT. Ja, jag vet det, men  
=LÄK. fokusera på det, han vill ha hjälp med att hantera trötthet säger han, och så

=AT. Ja

=LÄK. komma bättre ihåg så jobba med strategier för att hantera det. Minskad stresskänslighet

=AT. Jo, men (LÄK) det är så här, han lever i sin livssituation också. Han ska inställa sig där, han har fem barn, han har ångest, alltså, det är mycket såna faktorer som gör att, ok, då ska vi jobba med strategier för att komma ihåg bättre, alltså det är inte så lätt, man kan inte bara bortse från allt det som är runt omkring

=LÄK. Men man måste avgränsa sig

=AT. Självklart, men för honom är det ju hans verklighet liksom

=LÄK. Jo, men vi kan inte, som, ta på oss alltför mycket

=AT. Nej, nej, men man måste ju också kunna nå fram

*Analys: Diskussionen om hur uppdraget ska ringas in fortsätter med arbetsterapeutens fråga om hur man ska få med sig Anders "på tåget". Tåget förstås som en metafor för behandlingen. Jag tolkar detta som om det inte går att särskilja styrning och självstyrning och att arbetsterapeuten uttrycker detta genom att problematisera hur de ska lyckas med behandling om Anders inte vill eller om det inte finns någon behandlingsrelation som bär. Modaliseringen är fortsatt svag "på något sätt så känner jag lite". Nu fortsätter också kategorin "sociala problem", eller "situation också sedan innan", att fyllas. Med kriminalitet och ångest. Och barn? Det antaget normala framkommer genom sin motsats och legitimitetsanspråket tolkas som narrativt, om än med moraliska undertoner.*

=TL. Speciellt inte på de få veckorna som ni har

=AT. nej, det är just det som jag känner

=TL. Nu har ni några veckor här

=AT. Ja

=TL. fram till jul

=LÄK. precis

=AT. det är ju så

=TL. det gäller att verkligen använda de veckorna till det lilla spektrat

=AT. Mm

=TL. som vi kan titta på här, det som vi klarar

=AT. Mm

=TL. och sen kommer hans livssituation att se ganska annorlunda ut när han går ut eller när han muckar eller vad det heter

=AT. Mm

=PS. Det är ganska dumt här när jag tittar

=AT2. Hur långt är straffet(?)

=KUR. 7 månader.

*Kommentar: Här avslutas diskussionen genom att ramas in av en administrativ diskurs. Det är teamledaren som kan positionera sig så att hen kan ringa in uppdraget genom att hänvisa till tid som den avgörande faktorn. Teamledaren betonar teamet som "vi". Avslutningen; "hans livssituation" kommer att "se ganska annorlunda ut", en mening utan något agentskap, med svag legitimitet av narrativ karaktär.*

Här bryter jag utdraget, trots att samtalen om Anders fortsätter en stund till. Samtalet som tagits bort handlar om planering för möte, vilka som behöver vara med och hur man ska få

ihop en tid då alla berörda professionella har möjlighet att delta. Alltså strikt organisatoriskt/administrativt. Anders har då helt fallit bort.

## 6. Analys

I denna del utvecklas empirin, genom metoderna problematiserat med hjälp av teoretiska perspektiv och tidigare forskning. För att underlätta läsningen har jag valt att dela in analysen i fyra övergripande teman; teamet som röst, patientkonstruktioner, alienation och självstyrning. Därefter skisseras en modell för integrerad problematisering vartefter analysen avslutas med en diskussion om möjliga vägar för förändring. För att underlätta läsarens koppling till det empiriska materialet görs en sidhänvisning, placerad inom parentes, efter varje direkt hänvisning till empirin. Varje direkt utdrag från transkriptionerna skrivs vidare ut med kursiv stil och placeras inom citationstecken.

### 6.1 Teamet som röst

Jag har valt att låna användningen av begreppet ”röst” från Hyde et al (2005) som studerar hur sjuksköterskans profession uttrycks genom journaltext. Inte heller jag undersöker vårdandets patientnära praktiker, utan muntliga framställningar. Det teoretiska materialet har också influerat valet av tema, i synnerhet genom Järvinen och Mik-Meyers (2003) diskussion om Bourdieus (1977) begrepp doxa, genom vilket det blir möjligt att problematisera hur förståelser som ryms inom teamets framställan ofta inte uttrycks, utan tas för så självklara att de inte behöver uttalas. Genom Bröckling, Krasmann och Lemke (2011) diskuteras vidare hur dessa processer inte är självklara utan beroende av antaganden, om resurser, möjligheter, utgångspunkter, av kriterier för legitimitet och av vilka kunskapssystem som reglerar vad som tas för sant. Institutionen, och teamen, får på så sätt en praxis, ett sätt att betrakta världen. Men också sätt att betrakta patienterna och själva arbetet.

Inledningsvis vänds blicken mot teamet i sig. Detta var inte ett syfte jag haft med mig från början, då hade jag ”bara” patienterna för ögonen och tänkte på teamen som en arena för patientkonstruktioner. När jag sedan befann mig på plats såg jag också detta, men samtalen upplevdes i minst lika stor utsträckning vara konstituerande också för de professionella och för institutionen i sig. Metodologiskt har jag valt att problematisera detta genom fokus på målsättningen med samtalen, uttryckssätt, diskursiva aspekter av identiteter och identifikation, förhållningssätt till oenighet, stämningen i rummet samt deltagarnas positionering.

Med blicken vänd mot framställningen av teamet kan man nu undra varför jag valt att kalla denna del ”teamets röst” istället för exempelvis ”teammedlemmarnas röster”. Detta var en tematik som inte framstod för mig genast. I rummet förefaller stämningen som regel vara trevlig, hierarkier professionerna eller personerna emellan är inte uttalat formaliserade inom ramen för dessa möten. Inga konflikter mellan teamens medlemmar framkommer tydligt, de anländer till rummet i olika ordning varje gång, någon har med sig fika, någon hämtar kaffe, någon är ombytt andra inte. Majoriteten av dem sitter på olika platser olika dagar. Någon tar emot ett samtal med sin mobil. De flikar in samtal om hur de ska kunna planera verksamheten 13 december eftersom många vill fira lucia med barnen på dagis. Det som slår an är upplevelsen av samhörighet i arbetet, även om det ena teamet är mer rapporterande i sin karaktär än det andra. Det är dock samhörigheten som gör att samtalet om Anders står ut och upplevs som i kris. Här är tonen nämligen inte lika trevlig och det var inte heller lika trevligt att befinna sig i rummet. Inledningsvis förstod jag detta enbart som en effekt av att Anders upplevdes som en svår patient, men efterhand växte bilden fram också av att teamet hade det svårt som team.

Inledningsvis uttrycker arbetsterapeuten en fråga, frågan är vagt uttryckt och har mycket svaga anspråk på legitimitet. Hen förefaller utgå från sin egen upplevelse. ”*Det jag känner med honom det är lite granna*” (47). Frågan är dock inte riktad mot den egna upplevelsen eller den egna behandlingen, utan mot teamet. ”*hur ska vi tänka framåt där(?)*” (ibid.) I samtalet som följer är svaret på arbetsterapeutens fråga inte självklart utan teamet ägnar sig åt vad jag förstår som förhandling. Som regel i mitt undersökningsmaterial görs detta utan större svårigheter och i samtalet om Annika är dialogen generellt av bekräftande karaktär utan synlig konflikt inom teamet. Fokus vilar på samhörighet. Teamets medlemmar förstärker varandra genom performativa funktioner i uttalanden kring såväl upplevelsen av situationen som evalueringar av Annika. När de samtalar om henne öppnar arbetsterapeutens uttryck för att tycka ”*synd om hennes chef*” (40) och läkarens beskrivning av situationen som ”*det känns ju inte riktigt bra*” (ibid.) upp för arbetsterapeutens ”*det känns lite så*” (ibid.) och psykologen/teamledarens ”*hela den situationen är väldigt, jobbig*” (ibid.). Bifallen har i sin tur öppnat upp för arbetsterapeutens skratt (ibid.). Läkaren skattade också en stund tidigare relaterat till valet att inte kalla in Annika för ett återbesök; ”*det brukar sticka folk i ögonen, ska de betala 300 kronor för att få reda på att de inte får köra bil. Haha, då va(?)*” (39). Liksom hen skrattar lite senare när de inte kan finna det intyg de söker efter i journalen; ”*Nej jag hittar inget sjukintyg här till alla lycka. Haha.*” (43). Skratten förstår jag inte som förlöjligande, tonen är inte rå på det sättet. Jag tolkar det snarare som ett sätt att uttrycka att arbetet är svårt, men att de är överens om detta i teamet och att det skänker viss lättnad. Detta öppnar i sin tur för performativa evalueringar av Annika där psykologen/teamledaren uttrycker ”*man ser att hon inte klarar sig och hon är så totalt avståndstagande*” (41) och får bifall av läkaren och arbetsterapeuten. Påverkan i rummet är inte alls densamma som i samtalet om Anders, trots att de båda kan anses vara ”svåra patienter”. Stämningen i rummet handlar därför kanske inte om patienten, utan om teamet. Jag tolkar detta som viktigt, att teamet är överens. Det är dock inte lika lätt att nå dit i samtalet om Anders. Där upplever jag snarare att olikheter hanteras genom konsensus, på så sätt att oenigheter finns, men riktningen i samtalet går mot konsensus på ett sådant sätt att dessa olikheter får stå tillbaka, eller jämkas, för att samstämmighet ska uppnås. Också här spelar evalueringar in, och den performativa effekt uttalanden om Anders får, exempelvis genom hur den diskursiva identiteten kring hans ”*situation också sedan innan*” (47) eller ”*sociala problem*” (48) successivt fylls med innehåll. I båda fallen tolkar jag det dock som att samtalen, eller förhandlingarna, är konstituerande för teamen på så sätt att de genom samhörighet eller riktning mot konsensus skapar vad som kan betraktas som en gemensam röst, eller en diskursiv identitet för den professionella gruppen, ”vi”. Hur läkarens positionering ska tolkas är dock inte lika säkert, vilket jag återkommer till.

Ovanstående kan vidare relateras till målsättningen med samtalen. Sökljuset riktas då mot vilka diskurser som urskiljs i materialet samt dialogens riktning mot information och/eller aktivitet. Här har texten varit det huvudsakliga arbetsmaterialet och i samtalet om Annika är det tydligt att det inledningsvis har en riktning mot informationsutbyte. Samtalet har karaktär av rapport då läkaren berättar för övriga teammedlemmar om hur det gått för Annika på Mobilitetscentrum; ”*så fipplade hon till det*” (39) och ”*De fick bryta den praktiska uppkörningen*” (ibid.). Lite tidigare har läkaren, med en mycket stark modalisering, betonat Annikas bristande insikt och kopplat denna till en medicinsk diskurs genom ett kausalt eller additivt samband; ”*Hon har frontotemporal infarkt och hon saknar ju insikt uppenbarligen*” (38) Legitimitetsanspråket är genom modaliseringen närmast auktoritativt, eller möjligen rationaliserat. Ganska snart övergår dock informationsutbytet till ett aktivitetsutbyte genom läkarens förändrade fokus från rapport till teamet till de egna planerade intygen; försäkran om

billkörning till patienten, information till distriktsläkaren och senare också frågan om sjukskrivning. ”Så därför gör ju jag *såhär att*, (39) Läkaren uttrycker agenten ”jag” och resten av deltagarna i teamet ”ni”. (38, 39) Även om läkaren framträder som en tydlig agent, upplever jag ändå att detta skifte från informations- till aktivitetsutbyte fungerar på det sätt Nikander (2003) påpekar, att beslut ofta är osynliga och ryms inom samtalets allmänna framställning snarare än görs explicita. Här görs tolkningen att den medicinska diskursen reglerar vad som anses som relevant, genom läkarens tydliga inledande fokus, men hur en administrativ diskurs sedan kan sägas ringa in målsättningen med samtalet. Här har jag också, i synnerhet i efterhand, haft nytta av observationsreferaten, där det är än tydligare än i transkriptionerna, att blickarna är riktade mot det som genom datorn projiceras på duken i rummet. Teamet utgörs då inte enbart av de personer som befinner sig i rummet, utan också av denna duk. Det upplevs som att också denna deltar i samtalet, genom bekräftelse eller frågor till teamet och på så sätt har en konstituerande funktion. Teamets medlemmar kommunicerar med texter från datorn genom ständiga klick med datorns mus, ljud som också återkommer ständigt på ljudbanden. Mycket information har gått mig förlorad, eftersom jag av sekretesskäl valde att placera mig så i rummet att texten på duken var osynlig för mig. Det som återgivs muntligt har dock också fokus på administration genom sökandet efter intyg, vad som är skrivet, inte skrivet, hur skrivet, skrivet av vem, för hur lång tid?

I samtalet om Anders förefaller målsättningen snarare vara att ringa in teamets uppdrag, eller gränser. Flera möjliga gränser diskuteras eller provas också under mötets gång. Det är tydligt att det är läkaren som kan positionera sig, och positionerar sig, på ett sådant sätt att frågorna om dessa gränser kan få svar. Frågorna kan förstås som explicita eller implicita och även om riktingen i frågorna inte alltid uttalas är det tydligt att det är mot honom i rummet de övriga deltagarna positionerar sig. Läkaren är placerad mitt på den ena långsidan vid ett ovalt bord och uttalanden, i synnerhet av frågande karaktär, riktas generellt med blick och kropp vänd mot honom. Det är också han som svarar. Läkaren hänvisar till en medicinsk diskurs, genom fokus på ”*hur han är kognitiv*” (47), ”*hans funktioner*” (48) och ”*hjärnskadan*” (50). Uttalandena förstås som auktoritativa och legitimitetsanspråken är rationaliserade. Dock uttrycker läkaren också en administrativ diskurs genom fokus på ”*vårt uppdrag*” (50). Också avgränsningen mot andra organisationer/institutioner diskuteras. Men, slutligen är teamledaren den som kan positionera sig på ett sådant sätt att uppdraget ringas in, genom en administrativ diskurs och fokus på tid som den avgörande faktorn; ”*det gäller att verkligen använda de veckorna till det lilla spektrat*” (51). Om en hierarkisering mellan olika diskurser ska göras förefaller det alltså vara så att det i dessa två samtal är den administrativa diskursen som är överhängande. Det är också så att detta, i synnerhet i samtalet om Anders, är ovanligt starkt uttalat, vilket kan betraktas som en av anledningarna till att just detta samtal upplevs som i kris. Som Järvinen och Mik-Meyer (2003) påtalar är praxis sällan så uttalat.

I samtalet om Anders är det alltså så att uppdragets gränser är föremål för diskussion. Dock talar de i egentlig mening inte om behandling och detta vill jag fördjupa mig något i, även om det i detta sammanhang är vanskligt att tala om vilken information som fattas i samtalen. Dels besöker jag teamen under förhållandevis kort tid, dels har teamen flera andra möten vars innehåll jag inte känner till. Jag reflekterar dock över att teamet i samtalet om Anders aldrig egentligen diskuterar vilka områden de har kompetens, eller saknar kompetens, att behandla. När teamledaren uttrycker; ”*som vi kan titta på här, det som vi klarar*” (51) upplever jag nämligen detta i första hand som refererande till tid, inte kompetens, vilket kan relateras till Abbotts (1992) problematisering av diagnosticering, slutledning och behandling. Abbott



(ibid.) framhåller att inga av dessa processer kan tas för givna, utan att de alltid utgör föremål för förhandlingar, inte enbart mellan de professionella utan också relaterat till institutionens legitimitet. I relation till Anders tolkas samtalet genom dessa processer och på så sätt åskådliggörs teamets svårigheter med samordning, att ringa in och avgöra frågan om vad som är relevant respektive irrelevant, genom teammedlemmarnas förhållningssätt till den diskursiva identitet som skapas kring Anders, ”*situation också sedan innan*” (47) eller ”*sociala problem*” (48). Att det är just detta som upplevs som svårt och blir föremål för diskussion är inte hellre underligt, eftersom det är just dessa avgränsningar, mellan det medicinska och det sociala, som genom den medicinska sociologin framstår som en allt svårare avgränsning att göra. Att dessa avgränsningar ändå söks, men utan att relateras explicit till teammedlemmarnas kompetens innebär att frågan om klassificering är svårare än frågan om slutledning. Upplevelsen av teamets förhållningssätt till det sociala förstås nämligen snarare som en önskan om att hålla det sociala fältet ifrån sig, än att försöka göra en översättning till någon professionell problembeskrivning. Abbott (ibid.) relaterar dessa processer till relationerna mellan de professionella och Svensson (1993) påtalar läkarens särställning. Till viss del återfinns också se det Svensson (ibid.) påtalar som läkarens ansvar, genom hur det är läkaren som i relation till Annika styr samtalets målsättning och att det är läkaren i samtalet kring Anders som är den som inledningsvis kan positionera sig på ett sådant sätt att uppdraget kan ringas in. Här kan man också reflektera över om läkarens generella positionering som ”*jag*” och benämning resten av teamet ”*ni*” (t.ex. 38) kan begripliggöras genom denna logik. Dock är det inte den medicinska diskursen som jag bedömer som övergripande när det, så att säga, kommer till kritan. Då är det istället en administrativ diskurs som fungerar som riktning för samtalets målsättning och konstituerar gränserna för uppdraget, för teamet eller, med andra ord, behandlingens möjligheter.

Sammanfattningsvis skapar rörelsen mot samordning och konsensus illusioner om samsyn, vilket kan antas främja teamet som diskursiv identitet som verkar stärkande för de professionella betraktat som grupp, men den diskursiva identiteten kan samtidigt antas innebära att hierarkierna mellan professionerna, relaterat till asymmetriska möjligheter att påverka målsättningen med samtalen genom den diskursiva framställningen, maskeras. Möjligheterna att positionera sig på ett sådant sätt att ett uttalande eller en diskurs får genomslag kan dock också diskuteras relaterat till hur väl de olika professionerna kan få genomslag med sin yrkesspecifika kunskap, då skilda kunskaper och skilda utgångspunkter får litet genomslag då rörelserna i samtalet har en dragning mot det gemensamma. Jag har här också funderat över att det i egentlig mening enbart framkommer en stark professionell diskurs, den medicinska, samt ett kortare inslag av en psykologisk diskurs. Detta har också förvånat mig. I likhet med Hyde et al (2005) hade jag förväntat mig att finna mer av översättningar, som i deras fall av psykosociala frågeställningar som beskrivs genom en medicinsk diskurs. I materialet som helhet fanns också sådana tendenser, genom exempelvis hur relationssvårigheter relaterades till anti-depressiv medicinering, dock i långt mindre omfattning än jag väntat mig. Det gemensamma, och det som bedöms vara starkast konstituerande för teamet som team förefaller inte vara styrt av specifik professionell kunskap, utan istället av en för teamen antaget gemensam, administrativ diskurs. Om jag ska avsluta där jag började vänds blicken tillbaka till Bröckling, Krasmann och Lemke (2011) och jag frågar om det är så att den medicinska diskursen i huvudsak är den som reglerar kriterier för legitimitet och möjligen vad som tas för sant, men att frågan om möjligheter, resurser och utgångspunkter regleras av en administrativ diskurs som får en överordnad status.

## 6.2 Patientkonstruktioner

Ovan problematiserades teamets röst och framställan av teamet som diskursiv identitet. Förhållningssättet var dock relativt instrumentellt på det sätt att litet utrymme gavs åt de inblandade patienterna. Järvinen och Mik-Meyer (2003) beskriver hur institutioner tolkar individens problem genom en organisatorisk ram, vilket innebär något annat än en neutral beskrivning. Dock behöver detta inte innebära att de professionella själva upplever att de konstruerar identiteter, de kan istället uppleva att de arbetar genom neutrala kartläggningar av problem, resurser och mål. Detta upplevs som speciellt problematiskt när teamet rör sig inom fält som de själva förefaller vara osäkra på hur de, med Abbotts (1992) terminologi, ska både diagnosticera, behandla och slutleda. Samtalen karaktäriseras vidare generellt mer av en beskrivande logik på så sätt att påståenden i hög grad framställs som givna och oemotsägliga, genom att exempelvis anta formen av uppräknande av fakta, än av en förklarande logik som öppnar för förändring eller analys. Som Fairclough (2003) påpekar ska detta dock inte tolkas som att samtalen är utan avsikt eller antaganden, varför intresset nu riktas mot dessa processer. Metodologiskt vilar fokus främst på diskursiva identiteter, men också legitimitetsanspråk och dimensioner i samtalen.

För att återknyta till de övergripande teoretiska begreppen används Bauman (2004) som genom att problematisera den ekonomiska utvecklingen beskriver hur själva människokroppen i det senmoderna utgör fält för exploatering. Detta relateras vidare till Young (1999) som visar hur relationen mellan inkludering och exkludering inte kan förstås som tydlig, utan som ett kontinuum där allas berättigande är mer eller mindre föremål för förhandling. Den andre är således inte längre att förstå som tydligt avgränsad, utan beblandad och hybrid. Om detta relateras till sjukvårdens förändrade uppdrag, med krav på engagemang och hänsyn till patienternas individuella förhållanden, blir det än mer tydligt att när Young (ibid.) problematiserar hur institutioner skapar verktyg för isärhållande och sortering, ska dessa processer inte förstås som självklara, objektiva eller neutrala. För att ändå kunna förstå hur problembeskrivningar används och får giltighet används åter igen Järvinen (2003) som konstaterar att institutionens problembeskrivningar å ena sidan måste vara exkluderande, mot vissa typer av problematik och därmed mot vissa människor, å andra sidan att denna exkluderingens praktik paradoxalt nog följs av en inkluderande praktik inom vilket arbetet med identiteter i sig innebär att själva arbetsfältet ramar in mer än det problem eller den situation som för tillfället är det basala, i Järvinens (ibid.) exempel hemlöshet, här relaterat till sjukdom och rehabilitering efter hjärnskada.

Redan inledningsvis i samtalet om Anders gör jag tolkningen att arbetsterapeuten upplever svårigheter med att planera sin behandling. Tidigare analyserades detta relaterat till teamet som röst, men jag ska här spinna vidare på denna tråd relaterat till framställningen av Anders. Arbetsterapeuten beskriver sin svårighet relaterat till Anders, inledningsvis genom en icke avslutad mening *”för han har ju sin”* (47) vilket relateras till att han ska inställa sig, underförstått hos Kriminalvården. När samtalet fortsätter framgår dock att detta inte är det enda som upplevs som en svårighet i planeringen av vården då arbetsterapeuten lyfter hans *”situation också sedan innan”* (ibid.) och tydliggör att hen upplever att *”det är nästan den största delen trots allt.”* (ibid.) Jag tolkar arbetsterapeutens uttalande som en tvekan, en fråga uttryckt implicit, med svaga anspråk på legitimitet, men samtidigt med en stark modalisering. *”situation också sedan innan”* (ibid.) tolkas som en diskursiv identitet för Anders, som i det omedelbara fylls med hans relation till förvärvsarbete. Diskussionen som följer tolkar jag som ett försök att evaluera Anders egentliga inställning till förvärvsarbete, vilket kan betraktas

dels som ett implicit antagande om förvärvsarbetets betydelse, dels som ett implicit uttryck för fokus på Anders vilja, eller inställning, dock inte till medicinsk rehabilitering, utan till förvärvsarbete. Fokus på förvärvsarbete återfinns också i samtalet om Annika. Här uttrycks att Annika *"till varje pris"* (38) vill återgå i arbete och hennes körförmåga relateras till hennes beroende av bilen i arbetet. Vidare uttrycker arbetsterapeuten att hen *"tycker ju synd om hennes chef"* (40) och vad jag tolkar som missnöje med att teamet inte får vara ett stöd för denna chef genom informationsöverföring. Annika har tackat nej till detta.

Relationen till förvärvsarbete förefaller alltså vara central då teamen ska ringa in en problembeskrivning. Om vi återgår till samtalet om Anders blir detta extra tydligt genom att psykologen, med rationaliserade anspråk på legitimitet, uttrycker forskning som referens relaterat till rehabilitering efter trauma och relation till förvärvsarbete. Detta är för övrigt det enda tillfälle under undersökningsperioden som någon hänvisar explicit till forskning som legitimitetsgrundande för ett uttalande. När det nu görs, görs det i det uttryckta syftet att *"lägga rehabiliteringen på den nivån som är realistisk"* (48). Relationen till arbetsmarknaden förstås därmed som en starkt konstituerande faktor för den problembeskrivning, och därmed det arbete med identiteter, som konstituerar behandlingen.

När teamet diskuterar Anders är det dock inte enbart relaterat till hans relation till förvärvsarbete. Inledningsvis uttrycks hans *"situation också sedan innan"* (47) och denna identitet har fyllts med relationen till Kriminalvården, relationen till förvärvsarbete och hans förmodade inställning till förvärvsarbete. Psykologen uttrycker dock nu *"så mycket sociala problem som det är här"* (48) och detta fungerar som en diskursiv identitet, som jag kopplar samman med *"situation också sedan innan"* (47) och som fortsätter att fyllas med innehåll. Först nämns Anders bostadsort och när det framgår att han inte tillhör upptagningsområdet för organisationer inom Göteborgs stad upplevs detta som problematiskt, och adress blir på så sätt en del av den problembeskrivning eller identitet man arbetar med, vilket kan relateras tillbaka till den överhängande administrativa diskursen och dess strukturerande funktion på arbetet. Vidare nämns kriminaliteten. Nu relateras den inte längre explicit till att han inom en snar framtid ska inställa sig hos Kriminalvården och att det innebär problem i den praktiska planeringen, utan nämns som en försvärande omständighet i sig, liksom missbruk. Lite senare nämns *"livssituation"* (51) och också detta förstås som den diskursiva identitet som tidigare benämnts *"situation också sedan innan"* (47) och *"så mycket sociala problem som det är här"* (48). Det som nämns nu är åter igen att han ska inställa sig, men också att han har fem barn och han har ångest. *"för honom är det ju hans verklighet liksom"* (51). Legitimitetsanspråken rörande Anders situation är från början mycket starka, rationaliserade genom explicit koppling till forskning. Forskningen i fråga är för mig inte känd. Det som uttrycks är dock enbart en koppling mellan förvärvsarbete och hjärnskada. Genom hur uttalanden länkas samman ger de dock upplevelse av att detta legitimitetsanspråk så att säga sipprar ner, eller fungerar performativt, på så sätt att det kommer att bli gällande för den diskursiva identiteten som helhet, även om legitimitetsanspråken utöver förvärvsarbete närmast är av narrativ, eller möjligen av moralisk karaktär, genom underliggande antaganden om normalitet.

Det intressanta är nu inte att diskutera om detta verkligen är *"hans verklighet"* (ibid.), alltså om beskrivningen kan betraktas som sann, utan att problematisera varför det är med dessa faktorer hans diskursiva identitet fylls. I synnerhet eftersom dessa faktorer av läkaren kontrasteras mot *"det, han vill ha hjälp med"* (50), vilket illustrerar den första paradox

Järvinen och Mik-Meyer (2003) skisserar mellan individens och organisationens målsättningar. Men också den fjärde paradoxen, svårigheterna med att kombinera institutionens tolkningsföreträdare med individens egenansvar och idealen om jämlika relationer. Värt att lyfta fram är också att problembeskrivningen verkligen blir en renodlad problembeskrivning. Inga potentiella resurser framkommer, vilket i synnerhet blir tydligt då Anders kommenteras som far, inte i egenskap av hans förmågor som förälder, utan i egenskap av far till (för?) många barn. Den önskade/förväntade patienten, framkommer genom sin motsats och det blir tydligt att institutionens problembeskrivning inte enbart handlar om medicinsk rehabilitering efter hjärnskada, skilt från resten av de potentiella livsvärldar en individ kan vara del av, utan att uppgiften att ringa in är komplex, eller med Youngs (1999) ord, hybrid.

I relation till Annika framkommer sparsmakad information om problembeskrivningen utöver relationen till förvärvsarbete och hennes insikt. Detta kan mycket väl ha diskuterats vid andra möten och det är som sagt vanskligt att i detta sammanhang diskutera vad som fattas i samtalen. En undran jag har är dock vilka ”andra” (39) hon ska be om hjälp att förstå en försäkran om bilkörning, när varken teamets medlemmar eller Mobilitetscentrums personal upplever det som möjligt. Det är synd om hennes chef, inga anhöriga återfinns här, inte heller Annikas situation i sig, för henne själv. Det blir vidare ”stackarna” (45) på vårdcentralen som får ansvara för vidare planering, även om läkaren inte vill ”pytsa över vad som helst” (42) till läkaren där. Det är som sagt mycket möjligt att det diskuterats vid andra möten, men frånvaron av Annikas livssituation blir ändå slående i just detta samtal.

Problembeskrivningarna är dock inte enbart inkluderande och kommer att behandla mer än vad som kan upplevas som det aktuella problemet, utan också exkluderande, vilket genom Young (ibid.) relateras till den enskilda individen. För vad är det Anders diskursiva identitet fylls med? Den gemensamma faktorn är inte enbart att det är faktorer som i egentlig mening kan tyckas ligga bortom institutionens primära uppdrag, utan att det är faktorer som teamets medlemmar inte kan göra något åt. När Svensson (1993) problematiserar sjukvården som kunskapssystem, ser han ett flöde av kunskaper med två aspekter; hur kunskap om patienterna ska inhämtas och hur kunskap kan förmedlas internt. Han ser en aspekt av detta som olika yrkeskategoriers bristfälliga kunskaper om andra yrkesgruppers kompetensområden och relaterar detta till svårigheter med tvärprofessionell förhandling. Här förefaller det dock inte som om de olika professionerna inte förstår varandra, utan snarare att de är överens om att de inte vet hur situationen ska hanteras, vilket kan relateras till Abbotts (1992) diskussion om närhet och distans. Distans handlar till stor del om möjligheten att ”översätta” patientens rapporterade problematik, men upplevelsen här är snarast att en sådan vokabulär, eller ett sådant uppslagsverk saknas. Detta förstärks också av att tilltalet i relation till Anders sociala situation upplevs som lekmannamässigt snarare än professionellt. Stor närhet ställer dock också krav på patienten då det blir lättare att arbeta med personer som kan förstå sin behandling på relativt professionell nivå och också kan prediagnosticera sina problem. Som Abbott (ibid.) påpekar rör man sig med stor närhet också ofta utanför de områden professionen eller organisationen ringar in som sitt arbetsfält, och alltså har någon typ av egentlig behandling för. Detta blir en paradox, som kan liknas vid det Egelund (2003) och Böcker Jakobsen (2003) diskuterar, och jag förstår som en dubbelbestraffningens logik, nämligen att en patient på samma gång kan upplevas som i stort behov av hjälp men omöjlig att hjälpa. En paradox som givetvis är svår för alla att hantera, med där konsekvenserna i första hand bärs av patienterna, vilket Böcker Jakobsen (2003) konstaterar bekräftar och

befäster maktassymmetrin mellan behandlare och hjälpsökande. Fokus vilar nämligen på den hjälpsökande individen och såsom Järvinen och Mik-Meyer (2003) påtalar, hennes ansvar att förändra sin livsstil och förståelse av sig själv på ett sådant sätt att det motsvarar de modeller institutionen arbetar efter. De diskursiva identiteter som inringar problembeskrivningarna fungerar konstituerande genom hur läkaren ringar in förståelsen av Annika genom att beskriva henne som en av *"de här patienterna som är så luriga alltså"* (41). Denna kategori ryms inom den allmänna framställningen och har hög grad av abstraktion. Ändå upplevs den diskursiva identiteten som begriplig för teamet. Vidare framkommer Annikas agentskap starkt genom hennes vilja att återgå i förvärvsarbete liksom ovilja att *"ha med oss att göra"* (44). I slutet diskuteras också hennes förutsättningar i form av begåvning, vilket jag tolkar som ett sätt att låta patienten bära ansvaret för att behandlingen inte blir lyckad, på så sätt att hon inte gjort sig möjlig att behandla eller ens var möjlig från början. Relaterat till Anders återfinns också detta fokus på agentskap från hans sida, såsom genom diskussionen om hans inställning till förvärvsarbete. Detta kan dock kontrasteras mot att agentskapet relaterat till förändring är helt frånvarande. Då utdraget avslutas handlar samtalen om hans livssituation som kommer *"att se ganska annorlunda ut när han går ut eller när han muckar eller vad det heter"* (51). Legitimiteten i detta påstående tolkas som svagt och karaktären är närmast narrativ. Agentskap saknas helt.

### 6.3 Alienation

Genom perspektiv på patientkonstruktioner och paradoxer inom människovårdande yrken har jag tidigare betonat hur människovårdande organisationer har människor som sitt arbetsmaterial. Det som dock inte får glömmas bort är ett tydligt fokus på att också själva arbetet är människor, från båda håll. För att analysera arbetet är det alltså inte möjligt att enbart rikta ljuset mot konstruktionen av patienter utan analysen måste också ha begrepp för att kunna problematisera konstruktionen av de professionellas arbete. De paradoxer Järvinen och Mik-Meyer (2003) skisserar för det människovårdande arbetet är nämligen av strukturell art och kan därför vara mycket svåra för den enskilda professionella att förhålla sig till. Detta är viktigt att poängtera, eftersom det annars skulle vara alltför lätt att skylla dessa svårigheter och dess konsekvenser på okunskap, attityder, fördomar eller ovilja, vilket inte bara skulle vara felaktigt, utan också enbart resultera i en hyperkritik som inte genererar fruktbara resultat. Liksom Svensson (1993) påpekar är kravet på ett ökande fokus på vardagslivet och individuell hänsyn inte enkelt för de professionella att tillgodose, utan istället ofta en källa till frustration. Dessa perspektiv var inte en del av min förförståelse eller mina inledande syften. På plats växte dock bilden fram av professionella som brinner för sina arbeten, som gör sitt bästa, som är kompetenta. Och vill väl. Det blev helt enkelt ohanterligt, och rent oetiskt att lämna deras villkor därhän. Istället väljer jag att lyfta fram och analysera deras förhållanden genom begreppet alienation, såsom det presenteras av Lipsky (1980). Metodologiskt vilar fokus på dimensioner i samtalen och diskursiva aspekter av identiteter och identifikation.

Lipsky (ibid.) tydliggör att människovårdande, även om det i sin praktik och juridiskt dikterade ansvar kan vara ensamt, ofta innebär goda relationer mellan kollegor. Det är alltså också nu av intresse att problematisera den professionella gruppen som grupp. I det empiriska materialet återkommer också relationerna mellan de professionella bland annat genom den frekventa beskrivningen av teamet som *"vi"* (t.ex. 39, 41, 44, 47, 49), dock som redan påpekats ibland med undantag av läkarna. Också rörelsen mot samhörighet eller konsensus i samtalen är värd att hålla i minnet. Om intresset mer explicit ändå ska beröra relationer vänds intresset mot samtalen om Annika och den svårighet de professionella delar i inledningen där

de inte kan komma ihåg vem hon är. Läkaren uttrycker en känsla av lättnad relaterat till att det då inte blir så ”*genant*” (38) för honom och lättnaden i rummet när de kan koppla informationen om Annika till just Annika är påtaglig och kollektiv. Jag förstår detta som om relationerna mellan de professionella skänker dem stöd, i den gemensamma upplevelsen av arbetets utmaningar och komplexitet. I inledningen av detta samtal återfinns också en mening som jag brottats med; ”*Den här patienten som har skrivits ut, eh*” (38). Jag har lyssnat på ljudbanden flera gånger i syfte att höra hur dimensionerna uttrycks. I meningen återfinns nämligen ingen agent, även om det torde vara så att det är teamets medlemmar som har skrivit ut henne. Att detta agentskap ändå saknas tolkas inom ramen för den paradox Lipsky (ibid.) presenterar som att inte kunna påverka resultatet av arbetet. Oavsett den egna arbetsinsatsen kan de professionella inte vara säkra på vilka resultat arbetet kommer att generera. Alla problem kan inte lösas, och detta kan upplevas som en kontrollförlust, vilket kan exemplifieras genom läkarens konstaterande att ”*det kan ni ju inte göra något åt*” (38), relaterat till att Annika vill återgå i arbete. De professionella kan inte heller kontrollera arbetsmaterialet, vilket också blir tydligt i relation till Annika, där de blir ställda av hennes nekande svar på deras förslag om stöd på arbetsplatsen, vilket innebär att de befinner sig i en situation de inte förutsett, där en skillnad mellan förväntningar och resultat är påtaglig och kanske det som innebär att behandlingen upplevs som omöjlig att genomföra. Kanske kan detta också tolkas som en kontrollförlust över en situation som teamet samtidigt upplever att de borde kunna kontrollera.

Relaterat till Anders kan samtalets själva målsättning, att ringa in behandlingen, relateras till Lipskys (ibid.) första paradox, att de enbart arbetar med delar av den produkt de arbetar med. Ideal om helhetstänkande måste här kombineras med byråkratiska indelningar, eller med Abbotts (1992) terminologi, klassificeringar. Att samtalet sedan också avslutas genom en administrativ diskurs med tid som den avgörande faktorn kan också analyseras med hjälp av Lipskys (1980) avslutande paradox, de avgör inte arbetets takt, och även om de som individer och som team kan ägna mycket kraft åt att planera verksamheten är det svårt att förena effektivitet med flexibilitet, vilket innebär att helhetstänkande i egentlig mening inte är möjligt att uppnå. Åtminstone inte om patienten i fråga kräver ett helhetstänkande som är mer omfattande än man tänkt sig, vilket kastar ljus också på hur alienationen kan tänkas hanteras. Ett handlingsalternativ Lipsky (ibid.) presenterar är nämligen att förändra synen på människorna man arbetar med för att minska skillnaderna mellan det som kan åstadkommas och det som är möjligt. I det empiriska materialet kan detta problematiseras ur två perspektiv, dels genom hur patientkonstruktioner beskriver vissa patienter som omöjliga, eller svåra att arbeta med, dels hur patientkonstruktionerna i sig, oavsett patienternas förutsättningar, inte är neutrala utan måste relateras till de institutionella logiker som konstituerar behandlingen. Jag vill dock fästa fokus vid en annan problematik, som jag kopplar till alienation och hanteringen av denna. Lipsky (ibid.) ser alienation, och de kumulativa effekterna av dess paradoxer, som en av anledningarna till att de professionellas lojalitet, eller förändringsbenägenhet, i större utsträckning relateras till organisationens skiftande krav än till patienternas skiftande behov och de professionellas relation med patienterna. I det empiriska materialet återfinns dock inte enbart den egna organisationen, utan också andra professionella. Detta framkommer kanske tydligast i samtalet om Annika där personalen på Mobilhetscentrum, personalen på vårdcentralen och Annikas chef också figurerar. Deras funktion i relation till personalen är här av intresse eftersom jag upplever dem närmast som samarbetspartners. Arbetsterapeuten ”*tycker ju synd om*” (40). Annikas chef och som jag tolkar samtalet vill arbetsterapeuten också vara ett stöd för denna chef. Omsorg riktas också mot distriktsläkaren till vilken man

inte kan ”*pytsa över vad som helst*” (42). Utlåtanden från Mobilitetscentrum har vidare en intertextuell verkan på teamet genom vilket de tillsammans med teamets bedömningar får en performativ effekt för förståelsen av Annika. Samarbetspartners förefaller här vara andra professionella snarare än patienten. Detta diskuterar också Hyde et al (2005) som finner att även om kunskapen om patientens upplevelser skulle kunna innebära möjligheter för sjuksköterskan att arbeta för patienten, förefaller sjuksköterskans primära samarbetspartners snarare vara andra professionella. Min upplevelse är här att diskursiva identiteter formas, inte enbart för patienterna, utan också för de professionella, och att denna grupp kan få en större spridning än den egna organisationen. Detta kan problematiseras genom begreppet alienation och eventuella vinster med detta kommer jag att återkomma till.

## 6.4 Självtstyrning

Efter en fördjupande problematisering av teamet som röst, patientkonstruktioner och alienation kunde man tänka sig att arbetet var färdigt, då framställningen av patienterna då har belysts från alla håll. Detta upplevs dock inte som tillräckligt, eftersom det fortfarande saknas en problematisering av maktrelationerna mellan de professionella och patienterna i sig, dess logiker och dess funktioner. Järvinen och Mik-Meyer (2003) närmar sig denna problematik då de skisserar paradoxer för människovården och konstaterar att diagnostik och kontroll inom den professionella rollen ska förenas med hjälp och stöttning och att detta har betydelse för konstruktioner av patienter. Också Lipsky (1980) berör denna dubbelhet och relaterar den då till alienation. Detta kan sägas vara ett sätt att uttrycka självstyrningens centrala problematik, men dessa konstateranden behöver fördjupas, inte minst mot bakgrund av det relationsfokus som lyser igenom i mycket av den tidigare forskningen, genom exempelvis Böcker Jakobsen (2003), Egelund (2003), Holmes (2002) och M Öhman (2007). Relationens byggstenar diskuteras vidare genom språk, kommunikation och samhälle, där Fairclough (2003) problematiserar hur det sociala livets tilltagande komplexitet, med fokus på instrumentell rationalitet, innebär att kommunikation tenderar att bli mer strategisk än egentligt kommunikativ. Samtidigt betonar Holmes (2002) kommunikation som en förutsättning för behandling. Av detta sluter jag mig till att relationsbyggande samtal är centralt för det människovårdande arbetet, men omringat av villkor och svårigheter som behöver belysas ytterligare. Inte minst eftersom Holmes (ibid.) betonar att relationsskapandet kräver arbete då den pastorala maktutövningen/självtstyrningen är beroende av relationernas kvalitet. Metodologiskt används här främst evalueringar, men också semantiska relationer.

Foucault (2001; 2003) konstaterar att kroppar enbart är användbara om de är produktiva och underkastade på samma gång, och att styrningen har ett eget ändamål där fokus vilar på befolkningen och dess välfärd. Här återfinns en bakgrund till det Holmes (2002) kallar en välviljans maktutövning, och en förståelse för vad M Öhman (2007) menar då hon uttrycker behov av att problematisera synen på individen, hennes frihet och ansvar, och den paradox det innebär att hon å ena sidan ska ansvara för sin egen styrning, men å andra sidan måste göra det på rätt sätt. Denna paradox återkommer i det empiriska materialet, tydligast kanske i samtalet om Annika. Arbetsterapeuten beskriver, som tidigare nämnts, att de professionella ”*erbjöd ju (1) henne, utan att ha helt klart för sig, men att, om möjligheterna*” (41). Och meningen därefter: ”*Att vara ett stöd ute på arbetsplatsen*” (ibid.). Läkaren bekräftar detta med ett hummande vartefter arbetsterapeuten uttrycker: ”*Och det var ju framför allt för arbetsgivaren, som vi tänkte. Men hon tackade snällt för erbjudandet, men avböjde*” (ibid.). Av detta tolkar jag att någon av teamets medlemmar, eller några av dem tillsammans, har riktat en fråga till Annika. En fråga Annika svarat nej på, men som det egentligen inte avsågs

finnas ett nekande svar som alternativ till. Jag tolkar detta på två sätt; dels genom att skillnaderna mellan styrning och självstyrning, med M Öhmans (2007) terminologi, eller pastoral makt och polisiär makt, med Holmes (2002) terminologi, dels genom det antagna neutrala kartläggningsarbete den människovårdande institutionen kan uppleva som sitt uppdrag. För att förtydliga, i relation till informationsöverföring mellan sjukvården och arbetsgivaren återfinns inte samma möjlighet till tvångsåtgärder som i fallet med en eventuell anmälan till Transportstyrelsen relaterat till Annikas körförbud. Det finns alltså ingenting att använda som ”förtäckt hot” (40). Relaterat till informationsöverföringen till Annikas chef får man alltså i större omfattning förlita sig till att relationen mellan styrning och självstyrning fungerar. Makt behöver, precis som Holmes (ibid.) också konstaterar, inte handla om bestraffning, utan lika gärna om administration, korrektion, disciplin, normalisering och omsorg. Om jag då tillfälligt återgår till Järvinen och Mik-Meyer (2003) som beskriver hur institutionen tolkar individens problem, inte neutralt, utan genom en organisatorisk ram, men att de professionella själva kan uppleva att de arbetar genom neutrala kartläggningar av problem, resurser och mål, förstår jag varför det blir så paradoxalt när Annika säger nej. Varför säga nej till något som så uppenbart behövs? Detta är viktigt, eftersom min tolkning inte är att de professionella, genom någon form av intrikat försök att maskera sin makt, medvetet försöker att lura Annika. Snarare upplever jag att relationerna mellan styrning och självstyrning är beroende av antaganden om den fria individen, men också om konsensus kring grundläggande föreställningar om hur detta fria subjekt bör styras. Detta är nämligen en förutsättning för att påbudna handlingsalternativ kan riktas till viljan på ett sådant sätt att tvång närmast blir en rekommendation för önskvärda handlanden där individen själv blir ansvarig för att bedöma sitt agerande, men där detta samtidigt framstår som självklart. Det är först då en dimension av valfrihet kan existera, även när ett val, i egentlig mening, inte finns. Jag reflekterar också kring om detta kan vara en förklaring till att samtalet avslutas med frågan om Annikas begåvning. Denna frågeställning blir nämligen relevant om man tolkar hennes nekande svar på den egentligen icke-existerande frågan, eller hennes ovilja till behandling, som ett uttryck för att hon inte förstår, eller har förmåga att förstå, vad som ur objektiv synvinkel är bäst för henne.

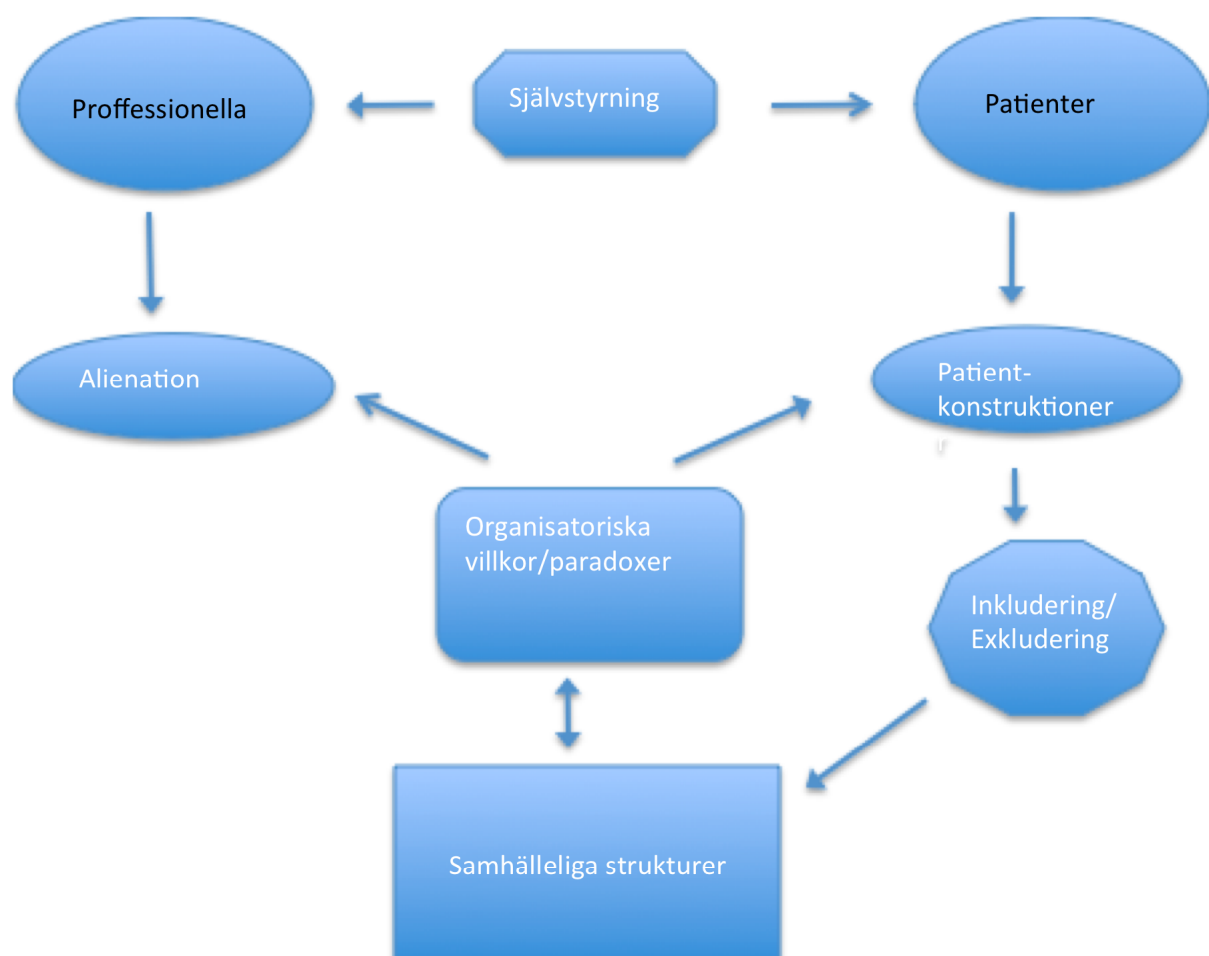
Mot denna bakgrund kan också vikten av relationen diskuteras. I undersökningsmaterialet som helhet återkommer detta fokus. Böcker Jakobsen (2003) uppmärksammar att de professionella i hans undersökning fäster stor vikt vid att förhålla sig till klagomål, och i undersökningsmaterialet är det också uppenbart att samtalet om Annika är speciellt, åtminstone delvis, därför att de inte kommer överens. Det som dock är än tydligare är att samtalet om Annika därför står ut. I materialet som helhet förekommer visserligen omdömen om patienternas upplevelser av behandlingen mycket frekvent, men det vanliga är inte klagomål eller konflikter, utan kommentarer om hur nöjda, glada och inriktade på samarbete patienterna upplevs vara. Bland återkommande evalueringar märks exempelvis ”glad”, ”nöjd”, ”pigg”, ”trovärdig”, ”motiverad” och ”gör sitt bästa”. I kontrast till samtalet om Annika upplevs detta, en fungerande relation, och i förlängningen en fungerande relation mellan styrning och självstyrning, precis såsom Holmes (2002) inledningsvis konstaterade, närmast som ett villkor för en framgångsrik behandling. Annorlunda uttryckt; är det möjligt att genomföra en lyckad behandling och samtidigt ha en sur patient? Svaret på frågan kan inte ges efter denna studie allena, men min tolkning är att frågan är relevant, i synnerhet kopplat till M Öhmans (2007:144) krassa konstaterande att ”kul har man först när det egna jaget fullföljt sina plikter att styra sig själv.”



## 6.5 En modell för integrerad problematisering

Ovan analyseras empirin tematiskt och det är av vikt för att nå djupare förståelse för en del av de processer som omringar och villkorar framställningen av patienterna. För att komma vidare måste dock också delarna relateras till varandra, varför jag nu går vidare med att skissera en modell där den tematiska fördjupningen får stå tillbaka till förmån för en strukturerad analys som bygger mer på hierarkiska nivåer och dialektik, där jag återigen kopplar tillbaka till Faircloughs (1995; 2003) utgångspunkt i det materiella och det diskursiva. Delarna i analysen måste därvid inte enbart relateras till varandra, utan också till den omgivande samhälleliga kontexten. När denna förflyttning i perspektiv nu görs, görs dock också motsvarande resa i relation till det empiriska materialet då denna del av analysen fungerar mer övergripande och resonerande än textnära.

För att illustrera tankeleden beskrivs modellen enligt nedan.



I basen återfinns de sociala villkor som i huvudsak diskuterats som teoretiska perspektiv, övergripande genom Baumans (2004) problematisering av exploatering och kommodifiering av relationer, samt Youngs (1999) åskådliggörande av den ontologiska osäkerhetens medförande fokus på riskminimering, där socialisering och inkludering får stå tillbaka till förmån för exkludering. Dessa övergripande villkor placeras genom ett dialektiskt samband

med de organisatoriska villkor och paradoxer som omgärdar sjukvården som verksamhetsområde, där framför allt Johannisson (2006) och Svensson (1993) åskådliggör hur sjukvården brottas med frågan om inkludering och exkludering samtidigt, genom parallella krav på helhetstänkande och gränssättning mellan normalitet/avvikelse, sjukdom/hälsa. Delar av denna problematik har en stark övergripande materiell prägel, exempelvis genom sjukvårdens mandat i välfärdssamhället. Andra delar har en starkare diskursiv präglning, genom exempelvis de paradoxer Järvinen och Mik-Meyer (2003) skisserar för den människovårdande institutionen. Genom dessa paradoxer skapas vidare länkar till det som fungerar som överbyggnad i modellen, alienation och patientkonstruktioner. Skillnaderna mellan det materiella och det diskursiva ska dock inte överdrivas, utan användas för att förstå hur dialektiska processer, från övergripande samhällseliga villkor, till diskursiva effekter på patientkonstruktioner och alienation, fungerar i samspel. Detta blir också tydligt i modellen, genom hur begreppen exkludering och inkludering innebär en koppling från patientkonstruktioner till samhällseliga villkor, en koppling som är avsedd att tydliggöra att också dess mer diskursiva effekter är materiella i sina konsekvenser.

För att tydligare åskådliggöra modellen vänds blicken nu åter mot det empiriska materialet. I samtalet om Anders diskuteras inledningsvis hans relation till förvärvsarbete. Den diskursiva identitet som skapas kring Anders fylls inledningsvis med hans arbetslöshet, och teamet diskuterar denna, genom vad jag tolkar som ett försök att enas kring en evaluering av hans inställning till förvärvsarbete. Teamet är dock inte överens om hur de ska hantera Anders relation till förvärvsarbete och genom denna oenighet kan länkarna mellan de nivåer som skisseras i modellen tydliggöras. Inledningsvis vänds blicken mot organisatoriska villkor där förvärvsarbete, eller vilja till förvärvsarbete, förefaller vara en förutsättning för behandling, oavsett vad Anders själv tycker om detta. Förvärvsarbete tjänar här dels som en länk till sjukvårdens mandat att avgöra vem som har rätt till sjukförsäkringens förmåner, men blir också en konstituerande del av Anders som patient. Relationen till förvärvsarbete förefaller också diktera villkoren för den framtida vård som diskuteras för Anders. Arbetsterapeuten uttrycker att han kunde vara en lämplig patient för vård inom en annan institution, men ifrågasätter sedan detta mot bakgrund av ”*om hans mål inte är att kunna jobba så*” (49). Detta belyser paradoxerna mellan individuellt anpassad hjälp och byråkratiska modeller för behandling och lyfter hur dessa paradoxer samtidigt som de villkorar konstruktionen av Anders faktiskt också villkorar de professionella, eftersom de är förhindrade att behandla Anders individuellt. De är alienerade från Anders, då de ej kan kontrollera hans förutsättningar, men samtidigt måste ta hänsyn till dem, även om de inte kan kontrollera arbetets resultat. Länken till de övergripande samhällseliga perspektiven är sedan dialektisk på så sätt att konstruktionen av Anders, som villkorar hans möjligheter att få hjälp, får betydelse för hans möjligheter också i framtiden. Om han konstrueras som en person man inte kan hjälpa, oavsett om han upplevs behöva hjälp, kan detta kopplas tillbaka till Youngs (1999) problematisering av inkludering och exkludering. Om Anders anses sakna förutsättningar för inkludering blir han då inte längre föremål för åtgärder, utan besvärlig och därmed exkluderad. Eller tillspetsat, med Baumans (2004:30) ord, ”skräp” (min översättning).

För att åskådliggöra dialektiken mellan de olika nivåerna saknas dock fortfarande något, i synnerhet relaterat till relationerna mellan de professionella och patienterna. Det som diskuteras om Anders relation till förvärvsarbete är nämligen inte enbart hans rent materiella förutsättningar, att han är arbetslös, eller hans rent medicinska förutsättningar, av psykologen uttryckt som ”*Utifrån ett kognitivt perspektiv kan vi svara*” (49) eller av läkaren uttryckt som

”Vi kanske kan svara utifrån *hjärnskadan*” (50). En stund förefaller det som om teamets medlemmar kan enas om att ringa in uppdraget genom denna medicinska diskurs, men när arbetsterapeuten sedan uttrycker ”Men det handlar ju också lite grand om att få med sig honom på tåget” (ibid.) åskådliggörs dels den relationella aspekten av arbetet, att arbetet utförs på människor av människor, dels relationerna mellan styrning och självstyrning. Anders ska inte bara vara ett föremål för behandling/styras, utan ska också förmås att styra sig själv, på rätt sätt. För att åstadkomma detta krävs relationer och individuellt anpassade kunskaper, oavsett om dessa kunskaper kan relateras till det primära verksamhetsområdet eller ett område verksamheten har någon behandling för. Relationen mellan styrning och självstyrning kan på detta sätt betraktas som konstituerande för relationerna mellan patienterna och de professionella. Eftersom styrningen inte heller är godtycklig, utan relaterad till patienten som medborgare, explicit uttryckt här genom fokus på Anders förmodade vilja till förvärvsarbete, inte exempelvis gott faderskap, fungerar relationerna mellan styrning och självstyrning också som en länk mellan patienterna och den övergripande samhälleliga nivån i analysen, och alltså en länk mellan det diskursiva och det materiella.

I ett försök att sammanfatta modellen används slutligen den enda egentliga metafor om behandlingen som förekommer i det empiriska materialet, om att få med sig Anders ”på tåget” (50). Tåget är nämligen en utmärkt metafor också för att beskriva de processer som tillsammans formar den modell som skisserades ovan. Arbetsterapeuten använder tåget som ett uttryck för hur de ska få med sig Anders, och detta är relevant i sig. Anders kan inte se ut hur som helst. För att behandlingen ska fungera måste hans patientidentitet konstrueras på ett sådant sätt så att han, med Järvinen och Mik-Meyers (2003:16) ord blir möjlig att ”(sam)arbeta” med. Men, vem har byggt tåget? När arbetsterapeuten uttrycker att de måste få med sig Anders på tåget är det också uppenbart att tåget inte kan formas hur som helst av teamets medlemmar. De kan inte bestämma hur tåget ska se ut, eller var tåget ska stanna på vägen. De är, så att säga, alienerade från Anders genom tåget. Detta tydliggörs inte minst genom det fokus som ringar in samtalet om Anders (och Annika), den administrativa diskursen. De kan inte bygga ett tåg, varken anpassat till Anders eller Annika, eller anpassat till teammedlemmarnas samlade kompetenser i det specifika fallet, utan till tidtabeller som de inte kan kontrollera. För att de ändå ska kunna (sam)arbeta på tåget är de beroende av att hantera dessa paradoxer och att skapa relationer som gör att tåget likväl går.

## 6.6 Frågan om förändring

Såväl Hyde et al (2005; 2006) som Lipsky (1980) lyfter fram en önskan om att kunna använda kunskap om patienterna som ett sätt att företräda patienterna intressen. Lipsky (ibid.) varnar dock för att ett utökande av institutionens uppdrag, i syfte att inlemma sociala perspektiv, kan innebära att alienationen för de professionella ökar, eftersom det område de förväntas kunna kontrollera, men i realiteten saknar möjlighet att kontrollera, ökar. Hyde et al (2006) lyfter fram stress som en faktor som kan innebära att förhållandevis lätta lösningar, exempelvis genom att översätta psykosocial problematik till medicinsk, appliceras på svårigheter som kunde kontextualiserats eller problematiserats vidare. Också A Öhman (2004) lyfter denna problematik, att den sociala kroppen inlemmas i den medicinska praktiken, men att den sociala problematiseringen uteblir. Sociala faktorer riskerar på så sätt att i allra sämsta fall bli ett medel för att skapa relationer i syfte att understödja självstyrning. Detta ska dock inte förstås som en genomtänkt strategi, som Holmes (2002) påpekar fungerar självstyrningen inte enbart kalkylerat, utan kan lika gärna fungera mer implicit genom sin strävan efter administration, korrektion, disciplinering och omsorg. Det disciplinära momentet

behöver alltså inte vara framträdande, inte heller tydligt normaliserande. Dessa delar är dock inte därmed frånvarande.

Fokus på sociala perspektiv leder alltså inte med automatik till social problematisering. Dock finns ett behov av att diskutera dessa processer bortom bilden av de stressade professionella. Hasenfeld (1992) beskriver hur arbete inom den människovårdande institutioner är arbete med människor och Järvinen (2003) påpekar att det också är arbete med identiteter. Men arbetet är mänskligt arbete från båda håll. Det är alltså inte enbart så att det människovårdande arbetet innebär att patienterna konstrueras genom samhälleligt och organisatoriskt konstituerade diskursiva framställningar, också de professionella genomgår processer varigenom deras identiteter formas. De professionella är dock förvånansvärt frånvarande i litteraturen om patient/klientkonstruktioner och självstyrning. De finns såklart där, i form av bland annat socialarbetare, sjuksköterskor och ”jumpalärare”, men varken Egelund (2003), Järvinen (2003), Holmes (2002), Hyde et al (2005; 2006) eller M Öhman (2007) synliggör egentligen dem som människor. Hos Böcker Jakobsen (2003) finns visserligen fokus på relationen mellan den hjälpsökande och den professionella, men sökljuset är riktat mot effekter hos de hjälpsökande. Även om detta i sig är mycket intressant, och effekterna av den asymmetriska hjälprelationen i första hand såklart är de hjälpsökandes, upplever jag att analysen och förståelsen av den sociala relation som utgör grunden för det människohjälparet, haltar något om man inte samtidigt problematiserar relationen, och här också synliggöra de professionella. Inte minst eftersom det är här ansvaret för förändringsarbete bör vila.

Genom alienationsbegreppet återfinns vägar att gå bortom fokus på attityder, utbildningsnivå eller kunskapsnivå hos enskilda anställda. För att verkligen uppnå förändring kan man därför, åtminstone inte enbart, satsa på teamutveckling, utbildning om sociala frågor eller utvidgning av de professionellas kompetensområden. Inte ens frånvaro av stress skulle vara tillräckligt, åtminstone inte stress i förståelsen ”svårt att hinna med”. Förändrade arbetssätt skulle nämligen kräva också förändrade arbetsformer, inte enbart relaterat till den enskilda patienten och konstruktionen av denne, utan också relaterat till institutionella logiker och praktiker liksom ett problematiserande förhållningssätt till de sociala villkor som omgärdar behandlingen. Det blir då oundvikligt att inte ifrågasätta meningen med patientrelaterade tvärprofessionella möten utan patienternas deltagande. Man kan tänka sig potentiella vinster med tvärprofessionell samverkan, synergieffekter borde kunna uppnås genom att skapa utrymme för en ökad komplexitet på så sätt att förståelser breddas och fördjupas. I det empiriska materialet är det dock inte denna bild som framträder. Snarare upplevs det här som om den diskursiva professionella identiteten ”vi” fungerar exkluderande gentemot patienterna genom hur förståelser snarare ramar in av en administrativ logik än fördjupas och problematiseras. I synnerhet med tanke på den administrativa diskursens ställning och den begränsade förekomsten av professionella perspektiv utöver den medicinska. Maktassymmetri är oundvikligt inom människovårdande praktik och skulle vara en förutsättning även om patienten ifråga deltog i samtalet. Men, en större öppenhet om behandlingens villkor, en problematisering av självstyrning, professionella ideal och samhälleliga strukturer samt ett gemensamt fokus på patienten som huvudperson i behandlingen ”vi” torde kunna innebära såväl förändrade villkor för konstruktionen av patienter som minskad alienation för de anställda. Identiteter konstrueras likväl, men då åtminstone med deltagande och inflytande från dem som faktiskt bör vara i fokus.

## 7. Avslutande diskussion

Jag avslutar där jag började, med en känsla av att inte riktigt hitta rätt med mina perspektiv. Inledningsvis upplevde jag detta som behov av självkritik sprungen av att under lång tid varit upptagen av att lära mig förstå den medicinska kontexten. Kritiken följer också med, dock upplever jag ett behov av att lyfta den från det personliga till det professionella. En uppsats är kanske alltid en personlig berg- och dalbana, så också i detta fall, men jag vill lyfta fokus från mig som person till den professionella resan. Materialet ställer mig nämligen inför svåra frågor. Det som, om Anders, ringas in som hans ”*situation också sedan innan*” (47) är nämligen det som kan betraktas som socialarbetarens verksamhetsfält. Detsamma kan sägas vara besvärande frånvarande i samtalet om Annika. I värsta fall kan jag alltså göra tolkningen att sociala frågeställningar visserligen påverkar vården, men inte genom att problematiseras eller teoretiseras, utan genom att utgöra kitt för relationsskapande och villkora konstruktionen av patienter som behandlingsbara eller icke behandlingsbara. Alternativt kan lämnas helt därhän, även där de upplevs skrika i sin frånvaro.

I relation till min egen utvecklingsresa ska jag erkänna att det under arbetets gång funnits stunder då jag velat lämna sjukvården som verksamhetsfält. Det har helt enkelt inte känts lockande att bidra med villkor för patientkonstruktioner och kitt för relationer som skapas i syfte att understödja självstyrning. Eller för den delen än mer alienation. Istället för att fly fältet återgår jag dock till den medicinska sociologin och den hittills obesvarade frågan om sjukvårdens verksamhetsfält och en eventuell strävan mot mer helhetsorienterad vård. Om sjukdomar tenderar att i större utsträckning vara kroniska, det inte finns empirisk eller ontologisk grund för en stark särskilnad mellan kropp som fysisk företeelse och kropp som språk, tolkning och interaktion och den människovårdande institutionen, så att säga, måste konstruera identiteter, kan jag inte komma till någon annan slutsats än att sjukvården i egentlig mening inte har något val. Den kritik jag då vill lyfta måste därför också riktas mot det egna arbetet och den egna yrkeskåren. Det är nämligen inte rimligt att krasst konstatera att social problematisering och makt förefaller vara underteoretiserat inom sjukvården, när denna problematisering torde vara en arbetsuppgift för en själv. Här vill jag istället uppmana socionomer till aktivitet. Om jag återigen kopplar tillbaka till den medicinska sociologin konstaterar Svensson (1993) att intresse riktas mot alla nivåer, individens hantering av sjukdom, organisatoriska villkor och samhällsliga strukturer. Tyvärr tror jag att kuratorer i alltför stor utsträckning koncentrerar sig på individnivån, och lämnar övriga nivåer och sambanden nivåerna emellan därhän. Jag måste dock fråga mig om detta inte, paradoxalt nog, slår tillbaka på den hjälpsökande individen. Här har vi arbete att göra, teorier att utveckla och en sjukvård att påverka. Inte minst i relation till det tvärprofessionella sammanhanget som upplevs som minst sagt angeläget att problematisera vidare.

## 8. Referenslista

- Abbott, Andrew (1992) ”Professional Work”. I Hasenfeld, Yehsekel (red.): *Human Services as complex organizations*. Newbury Park: Sage Publications
- Alvesson, Mats & Deetz, Stanley (2000) *Kritisk samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur
- Bauman, Zygmunt (2004) *Wasted lives: Modernity and its Outcasts*. Cambridge: Polity
- Brante, Thomas (2006) ”Den nya psykiatrin: exemplet AD/HD”. I Hallerstedt, Gunilla (red.): *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos
- Bourdieu, Pierre (1977) *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press
- Bröckling, Ulrich, Krasmann, Susanne & Lemke, Thomas (2011) ”From Foucault's Lectures at the Collège de France to Studies of Governmentality: An Introduction”. I Bröckling, Ulrich, Krasmann, Susanne & Lemke, Thomas (red.): *Governmentality: current issues and future challenges*. New York: Routledge
- Böcker Jakobsen, Turf (2003) ”Ikke vred, men skuffet: Om håndteringen af klagesager i en socialforvaltning”. I Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (red.): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag
- Börjesson, Mats (2003) *Diskurser och konstruktioner. En sorts metodbok*. Lund: Studentlitteratur
- Chouliaraki, Lillie & Fairclough, Norman (1999) *Discourse in Late Modernity. Rethinking Critical Discourse Analysis*. Edinburgh: Edinburgh University Press
- Czarniawska, Barbara. (2005) *En teori om organisering*. Lund: Studentlitteratur
- Egelund, Tine (2003) ”Farlige forældre: Den institutionelle konstruktion af dem, der afviger fra os”. I Margareta & Mik-Meyer, Nanna (red.): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag
- Eldén, Sara & Esseveld, Johanna (2002) ”Frånvarande kvinnliga subjekt – en analys av medicinska texter om klimakteriet”. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, nr 2-3, sid. 45-59
- Fairclough, Norman (1995) *Critical Discourse Analysis. The critical study of language*. Essex: Pearson Education Limited
- Fairclough, Norman (2001) *Language and power. Second edition*. Essex: Pearson Education Limited
- Fairclough, Norman (2002) *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press

- Fairclough, Norman (2003) *Analyzing Discourse. Textual analysis for social research*. London: Routledge
- Fangen, Katrine (2005) *Deltagande observation*. Malmö: Liber
- Forkby, Torbjörn (2005) *Ungdomsvård på hemmaplan. Idéerna, framväxten, praktiken*. Skriftserien 2005:6. Institutionen för socialt arbete Göteborgs universitet
- Foucault, Michael (2001) *Övervakning och straff*. Lund: Arkiv förlag
- Foucault, Michel (2003) ”Regementalitet”. *Fronesis* nr. 14-15, s. 62-81
- Gustavsson, Klas & Hörnqvist, Magnus (2003) ”Regementalitet, fängelser och nyliberalism”. *Fronesis* nr. 14-15, s. 56-61
- Hammarström, Anne, Hovelius, Birgitta & Wijma, Barbro (2004) ”Medicinsk genusforskning – i går, i dag och i morgon”. I Vetenskapsrådet Rapport 2004:2 *Medicinsk genusforskning – teori och bergreppsutveckling*. Uppsala: Ord & form AB
- Hammarström, Ann (2006) *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Kalmar: Högskoleverkets informationsavdelning
- Hasenfeld, Yehsekel (1992) ”Theoretical Approaches to Human Service Organizations”. I Hasenfeld, Yehsekel (red.): *Human Services as complex organizations*. Newbury Park: Sage Publications
- Henriksson, Benny & Månsson, Sven-Axel (1996) ”Deltagande observation”. I Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt (red.): *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur
- Holmes, David (2002) “Police and Pastoral Power: Governmentality and Correctional Forensic Psychiatric Nursing”. *Nursing Inquiry*, Vol. 9, No 2, sid. 84-92
- Hyde Abbey, Treacy Margaret (P), Scott Anne P, Butler Michelle, Drennan Jonathan, Irving Kate, Byrne Anne, MacNeela Padraig & Hanrahan Marian. (2005) “Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the 'voice' of nursing”. *Nursing Inquiry* 12(2) sid. 66-77.
- Hyde Abbey, Treacy Margaret (P), Scott Anne P, Mac Neela Padraig, Butler Michelle, Drennan Jonathan, Kate Irving & Byrne Anne (2006) “Social regulation, medicalisation and the nurse’s role: Insights from an analysis of nursing documentation”. *International Journal of Nursing Studies* nr 43, sid. 735–744
- Johansson, Helena (2006) *Brist på manliga förebilder. Dekonstruktion av en föreställning och dess praktik*. Skriftserien 2006:4. Institutionen för socialt arbete Göteborgs universitet

- Johannisson, Karin (2006) "Hur skapas en diagnos?". I Hallerstedt, Gunilla (red.): *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos
- Järvinen, Margaretha (2003) "Alkoholfortøllinger i et insitutionelt landskab". I Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (red.): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (2003) "Inledning: At skabe en klient". I Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (red.): *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Köpenhamn: Hans Reitzels Forlag
- Järvinen, Margareta & Mik-Meyer, Nanna (2005) "Observationer i en interaktionistisk begrebsramme". I Järvinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag
- Krogstad, Jan Magne (2010) *Vad är förvärvad hjärnskada?* Mölndal: GlaxoSmithKline AB
- Lambert, Mary & King, Stephen (1989) *Jurtjyrkogården* [Film] USA: Laurel Productions, Paramount Pictures
- Lipsky, Michael (1980) *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation
- Mulinari, Diana & de los Reyes, Paulina (2005) *Intersektionalitet. Kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Liber: Malmö
- Nikander, Pirjo (2003) "The Absent Client: Case Description and Decision Making in Interprofessional Meetings". I Hall, Christopher, Juhila, Kirsi, Parton, Nigel & Pösö, Tarja (red.): *Constructing Clienthood in Social Work and Human Services: Interaction, Identities and Practices*. London: Jessica Kingsley
- Nordzell, Anita (2007) *Samtalat skolledarskap : kategoriserings- och identitetsarbete i interaktion*. Linköpings Universitet Institutionen för beteendevetenskap
- Sahlin, Ingrid (1999) "Diskursanalys som sociologisk metod". I Sjöberg, Katarina (red.): *Mer än kalla fakta. Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur
- Svensson, Roland (1993) *Samhälle, medicin, vård: en introduktion till medicinsk sociologi*. Lund: Studentlitteratur
- Tracy, Sarah J. (2010) "Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research". *Qualitative Inquiri* nr16, sid. 837-851
- Widerberg, Karin (2002) *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur
- Winther Jørgensen, Marianne & Phillips, Louise (2000) *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur



Young, Jock (1999) *The Exclusive Society: Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE

Öhman, Ann (2004) "Genuskodade kroppsideal i hälso- och sjukvården". I Vetenskapsrådet Rapport 2004:2 *Medicinsk genusforskning – teori och bergreppsutveckling*. Uppsala: Ord & form AB

Öhman, Marie (2007) "Styrning i "jumpasalen." I Börjesson, Mats & Palmblad, Eva (red.): *Diskursanalys i praktiken*. Malmö: Liber AB

## 9. Bilagor

### 9.1 Informationsbrev till deltagarna

#### **Information till personer som tillfrågas att delta i studie för vetenskapligt arbete i socialt arbete, 30 hp. Göteborgs universitet.**

##### **Bakgrund och syfte.**

Mitt namn är Elisabet Sernbo, jag arbetar som kurator inom neurosjukvården och genomför en masteruppsats inom ämnet socialt arbete. Jag har arbetat som kurator inom sjukvården i 7 år och läser nu vidare inom mitt huvudämne, socialt arbete. Masterprogrammet avslutas med ett uppsatsarbete där jag vill fokusera på hur patienternas sociala liv hanteras inom sjukvården.

Syftet med studien är att undersöka och problematisera vilka avtryck patienternas sociala liv lämnar hos det tvärvetenskapliga teamet. Min utgångspunkt är alltså samhällsvetenskaplig och behandlar frågor såsom kön/genus, klass, ålder och etnicitet. Hur förstår, tolkar och bemöter vi patienterna bortom medicinen? Vilka sociala faktorer talar vi om på teamen? Hur talar vi om dem?

##### **Förfrågan om deltagande.**

Min avsikt är att genomföra en observationsstudie av tvärprofessionella teamronder och min önskan är att genomföra studien inom öppenvårdsverksamheten på Högsbo sjukhus. Detta då jag upplever att min erfarenhet av neurosjukvård och förståelse för neurologiska funktionshinder utgör en tillgång för studien, samtidigt som det är en förutsättning att genomföra studien inom ett område där jag inte själv är verksam. Jag vänder mig därför till Er med förfrågan om deltagande.

##### **Hur går studien till?**

Min önskan är att delta vid dagvårdsteamens ronder, under tre-sex på varandra följande veckor. Under teamen deltar jag passivt och tar ingen aktiv del i vad som sägs eller ställer frågor. Bortsett från mitt deltagande är det alltså ingenting som skiljer dessa team från Er rutin. Jag gör stödanteckningar, men för att kunna göra analyser också i efterhand är min önskan att också göra ljudinspelningar och därefter transkribera valda delar av materialet.

##### **Vilka är riskerna?**

I studien ingår inga patienter aktivt och deras vård bedöms inte påverkas av studien. Det är istället teamens medlemmar som utgör forskningspersoner. Inga insatser, bortsett från teamens rutin, ingår dock i studien varför det dagliga arbetet inte bedöms påverkas. Det kan givetvis upplevas som en integritetskränkning att bli inspelad och analyserad. Deltagandet är därför frivilligt, man kan utan motivering tacka nej till deltagande och man kan, även efter att ha tackat ja, avbryta sin medverkan utan att detta behöver motiveras. Vi kommer då att ställa frågan om studien kan fortgå, men utan att berör/berörda personer ingår i analysen, eller om studien ska avbrytas. Detta är då forskningspersonernas val. Teamen kommer att få feedback på studien i efterhand. Denna feedback kommer att vara separerad från studien. Om någon önskar ytterligare samtal eller uppföljning kring studien kommer detta också att erbjudas av undertecknade.

### **Finns det några fördelar?**

Patienternas vård bedöms som sagt inte påverkas under studiens gång. Förhoppningen är dock att lära oss mer om hur vi bemöter patienterna relaterat till deras sociala förutsättningar och ställa frågor kring om det kan finnas anledning att fördjupa några arbetssätt och/eller utarbeta nya metoder.

### **Hantering av data och sekretess.**

De inspelade ljudbanden kommer att behandlas konfidentiellt och ingen patient, eller professionell, kommer att vara identifierbar i studien. Banden sparas i säkert förvar på Göteborgs universitet i 10 år. Ingen, utöver undertecknade, kommer att ha tillgång till banden. Personuppgifter kommer ej att efterfrågas och om det någon gång förekommer personuppgifter på ljudbanden kommer dessa ej att antecknas i transkriberingen då de saknar betydelse för studiens frågeställning.

### **Hur får jag information om studiens resultat.**

Teamen kommer att få muntlig feedback på studien i efterhand. Denna feedback kommer att vara separerad från studien. Teamens medlemmar kan också få vars ett exemplar av den färdiga uppsatsen. All feedback är frivillig och ingen enskild behöver ta del av materialet om man inte önskar det.

### **Försäkring och ersättning**

Ingen ersättning för deltagande utgår. Behov av extra försäkringsskydd bedöms inte föreligga.

### **Frivillighet**

Det vanliga arbetet på kliniken ska inte påverkas av studien. Deltagande i projektet är frivilligt och man kan när som helst, utan särskild förklaring, avbryta sitt deltagande. Vi kommer då att ställa frågan om studien kan fortgå, men utan att berör/berörda personer ingår i analysen eller om studien ska avbrytas. Om det då önskas kan vidare studiens material förstöras. Detta är då forskningspersonernas val.

### **Ansvariga**

Som forskningshuvudman deltar Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete. Som handledare agerar Helena Johansson, Fil. dr i socialt arbete samt universitetslektor. Som ansvarig för att lokalt genomföra studien ansvarar Elisabet Sernbo, kurator på Sahlgrenska universitetssjukhuset samt student på masterprogrammet vid institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet.

För vidare frågor vänligen kontakta

Elisabet Sernbo  
Student masterprogrammet i socialt arbete  
Göteborgs universitet  
Tfn: 031-342 47 45

Helena Johansson  
Handledare  
Institutionen för socialt arbete  
Göteborgs universitet  
Tfn: 031-786 57 21

## 9.2 Samtyckesformulär

### Samtyckesformulär avseende studie.

Titel: Den sociala kroppens liv i medicinska team. En problematisering av teamets förståelse för patienternas sociala liv.

Författare: Elisabet Sernbo

Handledare: Helena Johansson

Jag intygar härmed att jag har fått information om studiens syfte och upplägg samt att jag har fått tillfälle att ställa frågor och fått dessa besvarade.

Genom att signera denna blankett ger jag mitt samtycke till att, som deltagare i berört team, delta i studien.

Datum            Namn            Namnförtydligande