

1998:13

# Yrkesidentitet i sjukvård – position, person och kön

*Birgit Pingel*  
*Hans Robertsson*

..

---

ARBETE OCH HÄLSA VETENSKAPLIG SKRIFTSERIE

ISBN 91-7045-476-0 ISSN 0346-7821 <http://www.niwl.se/ah/ah.htm>



*Arbetslivsinstitutet*

## Arbetslivsinstitutet

### *Centrum för arbetslivsforskning*

Arbetslivsinstitutet är nationellt centrum för forskning och utveckling inom arbetsmiljö, arbetsliv och arbetsmarknad. Kunskapsuppbyggnad och kunskapsanvändning genom utbildning, information och dokumentation samt internationellt samarbete är andra viktiga uppgifter för institutet.

Kompetens för forskning, utveckling och utbildning finns inom områden som

- arbetsmarknad och arbetsrätt,
- arbetsorganisation,
- belastningsskador,
- arbetsmiljöteknik,
- hälsoeffekter av det nya arbetslivets psykosociala problem
- arbetsmedicin, allergi, påverkan på nervsystemet,
- kemiska riskfaktorer och toxikologi.

Totalt arbetar omkring 400 personer vid institutet. Forskning och utbildning sker i samarbete med bl a universitet och högskolor.

### ARBETE OCH HÄLSA

---

Redaktör: Anders Kjellberg  
Redaktionskommitté: Anders Colmsjö  
och Ewa Wigaeus Hjelm

© Arbetslivsinstitutet & författarna 1998  
Arbetslivsinstitutet,  
171 84 Solna, Sverige

ISBN 91-7045-476-0  
ISSN 0346-7821  
<http://www.niwl.se/ah/ah.htm>  
Tryckt hos CM Gruppen

## Förord

Vid Arbetslivsinstitutet har under 1990-talet forskning kring arbetsförhållanden i sjukvård varit ett av de prioriterade områdena. Ytterligare ett, av Arbetslivsinstitutet prioriterat område, är forskning kring segregeringsprocesser i arbetslivet. Programmet "Kön Arbete och Hälsa" samordnar dessa forskningsinsatser. Projektet "Yrkesidentitet i sjukvård" berör frågor som kan hänföras till båda forskningsfälten.

Med rapporten "Yrkesidentitet i sjukvård - position, person och kön" avslutas projektet "Yrkesidentitet i sjukvård".

Föreliggande huvudrapport har inom projektet föregåtts av fyra rapporter. Dessa har gällt arbetsförhållanden som rått på de kliniker som deltagit i undersökningen och inte specifikt fokuserat på yrkesidentitet.

Undersökningen har möjliggjorts genom medel från Arbetsmiljöfonden - nuvarande Rådet för Arbetslivsforskning - men inte minst av de kliniker som bidragit med både stort intresse och arbetstid. Vi tackar alla medverkande ute på klinikerna!

Solna i juli 1998

Birgit Pingel  
projektledare

# Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
Projektet "Yrkesidentitet i sjukvård"	2
2. Yrkesidentitet	3
Genusaspekten, förbisedd i forskning om organisationer	3
Förbiset i forskning om sjukvården	5
Kort historik över begreppet yrkesidentitet	6
Undersökningens utgångspunkter	9
3. Metodologisk ansats	12
Val av metoder i projektet	13
Datainsamling	15
Databearbetning	16
Dataredovisning	17
4. Identitetsskapande möten - förmedlade under deltagande observationer	18
Arbetsinnehåll	18
Rond	19
Social rond	22
Kafferast	23
Det fysiska rummet	23
Sammanfattning	24
5. Identitetsskapande möten - förmedlade i dagböcker	25
Läkare	25
Sjuksköterskor	27
Undersköterskor	29
Sammanfattning	31
6. Identitetsskapande möten - förmedlade under intervjuer	33
Yrkesval	33
Förväntningar och krav	36
Samarbete, kontakter	39
Professionell utveckling	42
Patientkontakten	45
Könsstrukturen	47
Ekonomi och administration	51
7. Intervjudelens sammanfattningar	57
8. Yrkesidentitet i perspektiv av person- och positionsorientering	59
Läkare	60
Sjuksköterskor	61
Undersköterskor	61
9. Slutkommentarer	64
Sammanfattning	72
Summary	73
Referenser	74

# 1. Bakgrund

Växande vårdbehov, reducerade ekonomiska resurser i kombination med krav på god vårdkvalitet och effektivitet i sjukvården föranledde dåvarande Arbetsmiljöinstitutet, nuvarande Arbetslivsinstitutet, att inför 90-talet initiera ett brett upplagt forskningsprogram rörande förutsättningarna för sjukvårdens arbetsmiljö (SAM). Inom ramen för detta program startades projektet "Yrkesidentitet i sjukvård", finansierat med medel dels från Arbetslivsinstitutet, dels från Arbetsmiljöfonden (dnr 94 - 0234).

Bakgrunden till projektet "Yrkesidentitet i Sjukvård" var en rikstäckande inventering av sådan tidigare forskning och utvecklingsverksamhet som på olika sätt hade ägnats sjukvårdens inre arbetsorganisation (Pingel & Robertsson, 1992). Huvudresultatet pekade på, att trots att avsevärda ansträngningar görs för att utveckla sjukvårdens arbetsformer, både då det gäller organisationen i stort och vid enskilda kliniker och avdelningar, så befasts och förstärks den traditionella arbetsorganisationen.

Vad gällde utvecklingsinsatser, som syftade till en för samtlig personal mer effektiv arbetsorganisation, hade dessa mycket olika karaktär beroende på vilken yrkesgrupp som insatserna riktades mot. Yrkesgrupper på hög- och mellannivå i organisationen blev oftast föremål för insatser som gav möjlighet till professionell utveckling och som berörde arbetet från en mer teoretisk sida. Undersköterskor och biträden involverades främst i insatser som gällde hur arbetet praktiskt kan organiseras.

Vi vill hänvisa till Alvesson (1993) som hävdar att "det verkar finnas två skilda teorier (organisationsprinciper) som samtidigt utnyttjas för formandet av arbetsförhållandena - en humanistiskt inriktad för företagsledning och chefer, en tekniskt inspirerad för arbetare och annan obefordrad personal" (cit sid 114). Vi har inför projektet "Yrkesidentitet i Sjukvård" antagit att dessa, så att säga divergerande utvecklingsinsatser för olika yrkesgrupper, påverkar upplevelsen av den egna professionen något som i sin tur kan motverka organisatorisk effektivitet och en god arbetslivsutveckling i sjukvården.

## Projektet "Yrkesidentitet i sjukvård"

Projektet "Yrkesidentitet i sjukvård" syftar till, att mot bakgrund av den i sjukhusvård rådande arbetsorganisatoriska kontexten och organisationens könsstruktur, ur läkares, sjuksköterskors och undersköterskors/biträdens perspektiv ge en bild av yrkesidentitet i dessa grupper. För att kunna ge denna bild har ställts frågor om hur läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/biträden inom sjukhusvården uppfattar sin roll i organisationen och hur de ser på sitt arbete.

En belysning av detta slag ökar förutsättningarna för målinriktat utvecklingsarbete inom sjukvården genom att ge fördjupade kunskaper om de sjukvårdande yrkeskategoriernas - läkares, sjuksköterskors, undersköterskors och biträdens -

specifika och gemensamma problem och arbetsvillkor. Resultaten bör kunna bilda utgångspunkt för arbetet med att utveckla den interna arbetsorganisationen på sjukhus.

Tidigare har mest uppmärksammas problem och arbetsvillkor som gäller specifikt för de tre yrkeskategorierna. Forskning har exempelvis gällt "Läkarens könsroll och yrkesroll i grundutbildningen" (Arbetsmiljöfondsprojekt inom KOM-programmet) eller den högre självmordsfrekvensen bland kvinnliga läkare än bland kvinnor i andra akademiska yrken. Då det gäller sjuksköterskor skriver deras fackförbund, SHSTF, att en tydligare yrkesprofil kan motverka hierarki och att "samarbete och inte underordning" utgör en grundförutsättning för god vård. Svenska Kommunalarbetareförbundet, som företräder undersköterskor och biträden, framhåller att dessas yrkesroll måste definieras tydligt för att möta de krav som de stora förändringarna inom vården ställer.

I projektet "Yrkesidentitet i sjukvård" har förutom huvudrapporten utgivits fyra rapporter (Arbetslivsrapport 1996:30; 31; 32; 33) riktade till de berörda personalkategorierna på de sjukhus som deltagit i undersökningen. I dessa fyra rapporter inriktas framställningen på de respektive arbetsplatsernas arbetsförhållanden och på att ge medverkande yrkeskategorier ett utifrån-perspektiv på deras arbetsplats som de kan använda i sitt lokala utvecklingsarbete.

## 2. Yrkesidentitet

I det följande kapitlet presenteras dels ett könsteoretisk tänkande, som länge varit förbiset i forskning om organisationer och i forskning om sjukvård, dels mer specifika aspekter som berör maktstrukturen i sjukvården. Därefter ges en kort historik över begreppet yrkesidentitet och slutligen preciseras hur begreppet yrkesidentitet har uppfattats i denna studie. Kapitlet beskriver därmed den teoretiska plattformen för analyser och tolkningar.

### Genusaspekten, förbisedd i forskning om organisationer

Redan på 50-talet uppmärksammade Gouldner (1959) en tendens i den forskning, som rör organisationer, att negligera betydelsen av sådana karakteristiska som inte är direkt bundna till organisationen, som exempelvis kön, etnisk tillhörighet eller självbild. Hans påpekande har inte förlorat sin relevans.

Relevant i projektet "Yrkesidentitet i sjukvård" är, förutom begreppet självbild, som i denna undersökning används i bemärkelsen den bild individen har och ger av sin yrkesidentitet i olika sammanhang, också uttryck som hör samman med vår allmänt genderiserade samhällsordning. Denna ordning kommer bl a till uttryck i det oftast oredovisade antagandet att forskning baserad på män och utförd av män speglar befolkningen i stort. Forskningen har kritiserats för att vara "könsblind", dvs mannen utgör antingen medvetet eller omedvetet normen. Kategorin "män" eller maskulinitet är ofta central men blir i analyserna helt enkelt tagen för given. Av detta förhållande görs sällan någon specifik analys (Baude, 1992 a,b; Hirdman, 1990; Holter, 1992; Mills & Tancred, 1992). Exempelvis har studier av ledning och profession fokuserats på män av den anledningen att män återfinns i dessa positioner utan tanke på att själva företeelsen ledning därigenom fått en viss prägel.

Hur subtilt könsmaktsskillnaden kan verka kan man se ett uttryck för i den berömda "Hawthornestudien". Det allmänt kända resultatet är att försöksgruppen (kvinnor) ökade sin produktivitet som en följd av själva uppmärksamheten i försökssituationen oavsett sådana omvärldsvariationer som exempelvis ljusförhållanden. En reanalys av undersökningen visade emellertid att försöksgruppens ökade produktivitet berodde på en kumulativ effekt av kön, tvång, paternalistisk behandling och speciella belöningar (Acker & van Houten, 1991).

Männens tolkningsföreträdare verkar som dold diskriminering, men kan ändå avläsas i hela vårt kulturella normsystem. Kanske den förste man att notera detta var Simmel (1919). Simmel diskuterade kvinnans situation i samhället och konstaterade att det inte bara är genom sina maktpositioner, som män undertrycker kvinnor, utan också genom att mäns normer och standards har kommit att uppfattas som allmänmänskliga. Han konstaterar att "objektiv=männlich" (op cit sid 59). Simmel visade att manliga värderingar bestämmer även den privata sfären, vilket i det moderna samhället blir synligt när kvinnor går ut på den offentliga arenan,

särskilt i yrken som på olika sätt är viktiga för reproduktionen (Mills, 1988). Kvinnor har således mer eller mindre frivilligt anpassat sig till ett samhälle av manlig typ. Denna anpassning, eller om man så vill likhetssträvan, har diskuterats bl a utifrån kunskapsteoretiska infallsvinklar (Irigary, 1989; Braidotti, 1992).

Irigary visar med frågan "jämlig med vem?" vår inneboende föreställning om att det är manliga parametrar som definierar jämlikhet. Braidotti (1992) tar upp resonemanget och utvecklar det genom att tydliggöra skillnaden mellan en individuell, genderbestämd identitet och en "politisk" viljebestämd subjektivitet. Braidotti hävdar att för ett mer rättvist samhälle så behöver kvinnor utveckla en genuin känsla för vad det är att vara kvinna som inte grundas på manlig erfarenhet eller, som Irigary (1994) säger, på en känsla hos kvinnan av att vara "icke-man". Violi (1992) har uttryckt samma sak med "women do not have social and collective forms of self-representation which they have produced themselves, as subjects (op cit sid 173).

För att kunna diskutera handlingsstrategier, i en mer utåtriktad och politisk mening, är det nödvändigt att skifta uppmärksamheten från begreppet "skillnad" till det som innefattas i en, för både kvinnor och män, genderbestämd subjektivitet. Dvs tydliggöra hur kollektiva representationer definierar den genderbestämda identiteten och påverkar det subjektiva utfallet (Violi, 1992). Särskilt italienska feminister har arbetat längs denna väg, som innebär att tydliggöra den symbolik som medierar den privata erfarenheten med samhällets utformning, dvs i det patriarkala systemet mellan den kraft med vilken sociala och politiska förhållanden samverkar med den symboliska representationen av fadern i den privata sfären. Feminister med denna inställning frågar sig vilken mening oidipuskomplexet och penisavunden skulle ha i ett annat symbolsystem än patriarkatets (Benjamin, 1990; Irigary, 1994). Den subjektivitet, som uttrycks i den universella myten om Oidipus, är med deras sätt att se, inte bara mannens relation till sitt eget kön och till samhället, utan också mannens subjektivitet riktad mot kvinnan som ett objekt (Violi, 1992).

Många, företrädesvis män, hävdar dock fortfarande en kulturskillnad mellan den privata och den offentliga sfären, som skulle ligga i att den privata sfären kännetecknas av en rationalitet för handlandet som är i linje med kvinnors sätt att vara och fungera, och som därmed indirekt legitimerar att handlandet i den offentliga sektorn ofrånkomligen lyder under en annan rationalitet. Protesten mot denna syn fick i Sverige på 60-talet sitt uttryck i stridsropet "det personliga är politiskt". Fortfarande finns det anledning att föra diskussionen. Martin (1990, 1994) diskuterar utifrån synen att skillnaden snarare är ideologisk än en social verklighet. Att fokusera på skillnaden drar bl a uppmärksamheten från det faktum att även det som utförs inom hemmets väggar är arbete och också betraktas som arbete när samma sysslor utförs i det offentliga. Bologh (1990) påpekar att det offentliga livet förutsätter det privata men agerar som om det privata i grunden vore "något annat". Ett uttryck för detta är att det offentliga etik vilar på föreställningen om broderskap, dvs en etik i allmänna termer om opersonlig kärlek, som Bologh, och många med henne, ser som en tematisk paradox.



Haavind (1985) ser manlighet och kvinnlighet främst som begrepp, som skapas och förändras i relationen mellan kvinnor och män. Hon menar att den som har grepp om de underliggande reglerna i olika sociala sammanhang, har en form av kontroll som kan användas både till fördel och till skada för den enskilda kvinnan. Detta betyder att, i den över- och underordning som råder mellan kvinnor och män, får de kvinnor, som vill delta på sociala arenor där män är i majoritet, överlåta till männen att avgöra, när kön är relevant i bedömningen av hennes eller andras handlingar. Denna, socialt skapade och upprätthållna ordning har en tendens att bevaras relativt oförändrad just på grund av att maktordningen är ett interpersonellt fenomen och inte ett strukturellt (Mumby, 1988). För kvinnor i arbetslivet innebär detta, att när de definieras efter kön, kommer identiteten som kollega eller arbetstagare i skymundan. För männen förhåller det sig annorlunda beroende på att arbetslivets strukturer är uppbyggda efter manliga normer och villkor. Den manliga könsidentiteten blir därför ofta starkt knuten till yrkesidentiteten i en förstärkande relation. Om en man är chef ökar detta hans maskulinitet.

## Förbiset i forskning om sjukvården

Då det gäller samhällelig sjukvård har den historiskt, genom de manliga läkarna, alltid stått närmare samhällets makt- och förvaltningssystem än andra vårdformer. De manliga läkarnas förankring i medicinsk vetenskap har utestängt den vård som exempelvis praktiserats av jordemödrar eller kloka gummor och gubbar (Gustafsson, 1987; Holter, 1992). Foucault (1971) beskriver målande denna utestängningsprocedur genom att tala om vikten av att följa "diskurspolisens" regler för vad som är en vetenskaplig disciplin. För den medicinska vetenskapen innebär detta att det allt sedan 1800-talet skett en gallring bland dem som fått uttala sig och en utestängning av kunskap och sådana begrepp som är "metaforiska, kvalitativa och substantiella", som exempelvis "stockning, hetsiga vätskor och förtorkat stoff" (op cit, sid 25).

Sörensen (opubl., 1991) menar att de manliga läkarna har givits en roll som "genusregulatorer" mellan den starkt könssegregerade produktionsekonomin och reproduktionsekonomin i det patriarkaliska samhället. Fortfarande gäller dock att könsfördelning i sjukvården är sned, och då även inom läkarnas eget yrkesområde där kvinnorna innehar de lägsta befattningarna (Hellström, 1993). Den sneda könsfördelningen bidrar till att vidmakthålla en organisationsform i sjukvården vars utveckling i mycket har styrts av vad Gustafsson (1987) betecknar som "hierarkiserande, lönedelande och kompetenssänkande rationalisering" (op cit, sid 407).

Läkarna har genom sina organisationer, mer än de flesta professioner, själva lyckats definiera sitt förhållande till samhället och även tillskansat sig en hög grad av autonomi i själva arbetet (Dent, 1993). Prioritering av de medicinska vetenskaperna, som grund för hela sjukvårdsverksamheten, har haft till följd att sjukvårdens organisationsstruktur vidmakthållits och att medicinsk expertis fått kontroll även över områden i sjukvården som vilar på annan kunskapsgrund än den egna,

exempelvis administration, psykologisk verksamhet eller omvårdnad (Friedson, 1970; Berg, 1987; Lannerheim, 1994).

Sjukvården som helhet kan sägas ha en suprastruktur av expertis - den medicinska och den politiska - som mer och mer tar över beslut från de läkare och den vårdpersonal som, så att säga, utför arbetet på fältet. Det obehag, som detta kan framkalla, formuleras oftast inte förrän på expertnivån och då som problem som skall lösas. För detta ändamål inkallas oftast experter som får till uppgift att lösa de problem som de förra experterna skapat, allt i en självgenererande process som kan användas för att legitimera expertväldet. För det mesta döljs dock det faktum, att styrkan i dessa "makthandlingar" hämtas ur det outtalade antagandet att experternas - makthavarnas - regler och handlingsstrategier varken genererar privilegier eller dominans, utan vilar på myten om det allomfattande goda (Bauman, 1991). Duerr (1982) illustrerar "expertrollens" illusionistiska karaktär med att citera ordstävret "när etnologerna kommer så lämnar andarna ön" (op cit sid 136).

Makt är således ett slags socialt beroende men, för att kunna erhålla och upprätthålla makten, så krävs att maktens handlingar springer ur vissa gemensamt accepterade definitioner av verksamheten (Gergen, 1993). Makt är förmågan att skapa illusioner om en sakernas bästa ordning och på så sätt definiera verkligheten för andra, men också förmågan att upprätthålla ett tillstånd av skillnad som sanktioneras av dem som befinner sig i underordnad ställning (Smircich&Morgan, 1982).

Maktutövande kan också få till följd att kunskaper och särintressen osynliggörs just genom att de verklighetsföreställningar och samtalsvillkor som präglar den sociala interaktionen kontrolleras (Holm, 1993). Överfört till professionaliserings-teorier används termen "utestängning" när yrkesgrupper, utifrån en uppfattning om att det egna reviret hotas, sätter gränser mot varandra (Lannerheim, 1994). Priset, för att erhålla identitet och en känsla av helhet i ett sådant system, kan vara att mer eller mindre aktivt tränga bort de sidor av en uppfattad yrkesidentitet som genom de nya gränserna definieras som icke-identiska i förhållande till systemet. Så även om det ideala förhållandet för ett systems överlevnad och utvecklings-möjligheter är att öppna dörrarna för olika röster, så kan den faktiska möjligheten att utveckla yrkesidentitet i harmoni med systemet med tanke på maktaspekten, vara olika för olika yrkeskategorier.

## Kort historik över begreppet yrkesidentitet

Yrkesidentitet är ett relativt modernt begrepp - occupational self-identity - och påträffas i den socialpsykologiska litteraturen från mitten av 50-talet (Dai, 1955; Miller, 1962). Yrkesidentitet, så som Miller definierade begreppet, har tre dimensioner. *Kärnan*; som kan hänföras till dispositioner i det psykodynamiska begreppet självet, *subidentiteter*; upplevelsen av jaget i återkommande situationer eller vistelseområden samt *persona*; som är den attityd som man visar upp i en viss situation.

I Sverige introducerades Millers begreppsbildning avseende yrkesidentitet av Gardell&Westlander (1968). I projektet "Industriarbete och mental hälsa" undersökte de kopplingen mellan industriarbete och mental hälsa. Intresset för den problematik, som uttrycks i projektets titel hade ökat som ett resultat av att det blev alltmer synliggjort att "man has created a social environment of large organizations....In a very real sense, that environment is now creating Man" (Kahn&French, 1962, cit. s. 127).

Gardell&Westlander belyste dialektiken i termer av *självkänsla*. De gjorde distinktion mellan sådana upplevelser av yrkesverksamheten som hör till den enskildes anpassning till arbetet, och således har att göra med vad man kan kalla yrkesrollen, och sådana upplevelser som kan kopplas till motivationen inför arbetet, upplevelsen av arbetet som sådant, den egna personen samt hur arbetskontakter upplevdes, dvs i anslutning till Millers terminologi "yrkessubidentitet".

## **Rollteori**

Tänkandet kring den problematik, som ligger i att allt fler människor tillhör stora organisationer, utvecklades av Katz&Kahn (1976). De hör till de ledande organisationsteoretikerna från denna pionjärtid. Katz&Kahns teoribildning kring begreppet *yrkesroll* utvecklades dock inte så mycket mot vad som här har betecknats som yrkesidentitet. De såg uppkomsten av en yrkesroll som ett uttryck för att människor *blir tilldelade* ett förhållningssätt i och med att de ingår i ett organiserat arbetssammanhang. De klargjorde den begreppsliga åtskillnaden mellan den "tilldelade" rollen och den "uppfattade" rollen, vilket lyfte fram att det finns en dynamik mellan de formellt ställda förväntningarna på organisationsnivå och positiv eller negativ motivation på individnivå. De tydliggjorde också att det uppstår en sammanhållande kraft kring rollbildningen, genom att människor tenderar att återupprepa förväntade rollbeteenden, även om dessa går stick i stäv med de egna individuella föreställningarna. Här refererade Katz&Kahn bl a till Milgrams (1968) väl kända experiment som visade att människor har en tendens att relativt ofreflekterat acceptera de rollbeskrivningar och de rollförväntningar, som det överordnade systemet ställer på den enskilde, även om detta beteende leder in i absurdum. Det är viktigt att notera att Katz&Kahn såg begreppet "yrkesroll", som något som tillhör en viss kontext, som tillförs utifrån och som människor hanterar på olika sätt. Roll, som fenomen, är med deras sätt att se till stor del skilt från individen. Yrkesrollen är i detta perspektiv således något som inte med nödvändighet integreras i personligheten på ett djupare plan.

Yrkesrollsbegreppets abstrakta och diffusa karaktär har gjort att rollteorin utsatts för hård kritik, och att vissa t o m menar att den är omöjlig som teoretisk referensram. Westlander (1993) lyfter fram risker förenade med rollteori, som hänger ihop med att individen och de relationer den har till andra och till de organisatoriska betingelserna, dvs det som är själva kärnan i analysen, placeras i periferin. Westlander poängterar att detta speciellt blir ett problem om rollen är analysenhet och rollsändarna är abstrakta och inbäddade i kulturen, som ofta är fallet i studier av arbetslivet.

Könsrollsteorier har på samma sätt kritiserats för att sakna ett stabilt teoretiskt objekt. "Because there is no area of social life that is not the arena of sexual differentiation and gendered relations, the notion of a sex role necessarily simplifies and abstracts to an impossible degree" (Carrigan, Connell & Lee, 1985 cit. s. 581). Citatet antyder att studier av kvinnligt och manligt, som utgår ifrån en allmänt accepterad standard eller norm för *könsroller* istället för att försöka förstå hur dessa normer eller standards tillkommit, bara kan visa att diskrepanser kan uppstå mellan den samhälleligt accepterade normen och det egna levda livet och att ett och samma problem kan få alternativa förklaringar (Bengtsson & Frykman, 1987).

Rollteorin kan också kritiserats utifrån maktaspekten. I studier från ett könsrollsperspektiv är det vanligt att maktaspekten negligeras. Mäns och kvinnors olika beteende förklaras helt enkelt så att de socialiserats olika. "Kön betraktas som en förklarande variabel istället för en strukturerande kategori" (Wahl, 1992 cit. s. 32). Genom att betrakta kön som en variabel förlorar man dess karaktär av analytisk kategori, av reglerande samhällsprincip och nyckel till fördelning av makt och maktlöshet (Holter, 1992). Vi talar t ex inte om rasroller eller klassroller, maktaspekterna i dessa avseenden är mer omedelbart uppenbara.

## Jagidentitet

Den forskningstradition, som bygger på föreställningar om kognitiva och etiska utgångspunkter för handlandet, har vad det gäller teorier kring identitetsbildning ofta haft ett perspektiv som utgått antingen från kognitiva eller motivationella aspekter på drivkrafterna bakom mänsklig verksamhet. Bovone (1989), en företrädare för den riktning inom sociologin som studerar "every-day life", diskuterar denna tudelning i perspektiv och menar att "*identitet*" skulle kunna vara det begrepp som förenar genom att det *innefattar både kognitiva och emotionella aspekter*. Identitet *uppstår genom interaktion* med omgivningen och det är genom denna interaktion som den enskilde har möjlighet att uppfatta sin egen permanenta identitet. Identitet borde därför enligt Bovone vara ett begrepp som är ekvivalent till personlig mening.

Andra sociologer betonar mer *kontextens betydelse* för hur identitet kan uppfattas och beskrivas (Lange&Westin, 1981; Liebkind, 1984). Liebkind (1984) framhåller att identitetens innehåll är ett uttryck för den enskildes sätt att balansera upplevelsen av sådana allmänna och yttre komponenter som kulturell tillhörighet eller grupp tillhörighet med mer individuella karakteristiska som intressen och värderingar. Mest beroende på den yttre omgivningen finns det alltså för den enskilde tillgång till ett stort antal möjliga sociala identiteter.

Utvecklingen av begreppsbyggnaden kring identitet kan också ses mot bakgrund av den objektrelationsteoretiska teoribildningen kring *jagutveckling* som växte fram vid samma tid som begreppet yrkesidentitet började användas (se exempelvis Fairbairn, 1952; Erikson, 1956; Winnicott, 1965).

Erikson (1956), som har en sociologisk konceptualisering av jagutvecklingen, talar om *kontinuitet i förhållande till det egna jaget*, en känsla av att omvärlden är stabil samt att relationerna till omvärlden på ett ömsesidigt sätt också upplevs

stabila. Identitet är med Eriksons tänkande således ett "lyckat" resultat av individuell socialisation. En ökad känsla av identitet upplevs på ett medvetet plan som en känsla av "psykosocialt välbefinnande".

En av de forskare inom psykologin, som utvecklat tänkandet kring jagutvecklingen, är Kernberg (1976). Kernberg analyserar jagets utveckling i förhållande till de viktiga objekt som jaget för sin utveckling är beroende av. I stark förenkling kan Kernbergs definition av den s k objektrelationsteorin sammanfattas i tre karakteristiska. Objekt-relationsteorin fokuserar på hur interpersonella relationer i olika utvecklingsstadier internaliseras, hur dessa bidrar till ett normalt eller patologiskt jag och överjag samt den ömsesidiga influensen mellan intrapsykiska och interpersonella relationer. Kernberg följer i stort Eriksons resonemang men han lägger till en diskussion som utgår ifrån den för- eller omedvetna aspekten av identitetsbildningen nämligen att identiteten är en komprimering av *representationer, dels av den yttre världen dels av begreppet "självet"*. I ljuset av detta tillägg noteras att den fortlöpande identitetsbildande processen med tiden blir alltmer selektiv och tenderar att endast införliva sådana aspekter av nya objektrelationer som är i harmoni med den redan formade identiteten.

När det gäller jagidentitetens könsdimension har Chodorow (1978) analyserat de olika villkor i förhållande till objektvärlden som pojkar och flickor har under utvecklandet av identitet. Hon menar att flickor under uppväxten mer har kvinnan som förebild än vad pojkar har, vilket gör att hela den identitetsskapande processen för flickan färgas av det *personliga* och emotionella. Pojkar tvingas mer eller mindre till ett *medvetet och intellektualiserat* identitetsskapande, dels genom introjektion av den sida av manligheten som de fruktar hos fadern, dels genom identifikation med den kulturellt betingade manliga rollen, dvs mannens *position* i samhället. För mannens del innebär detta en bräckligare identitet som han hela livet igenom får arbeta med att upprätthålla, förhandla om och rekonstruera.

## Undersökningens utgångspunkter

För att ringa in begreppet yrkesidentitet kan, som ovan visats, begrepp för yrkesroll, könsroll, jagidentitet och könsidentitet ge perspektiv och vara klargörande.

För att ge kunskap, som kan tjäna som grund för utveckling och förändring, har i undersökningen tagits hänsyn både till hur människor *faktiskt handlar* och till hur de *motiverar sitt handlande*. Om de individuella aspekterna negligeras kan förändring innebära att strukturer fragmenterar, marginaliserar och likriktar mänsklig erfarenhet. Uttryckt i habermaska termer är detta att likna med en "patologisk kolonisation" av livsvärlden, patologisk därför att de berörda sällan blir medvetna om de manipulativa dragen i den pågående processen (Habermas, 1990). En sådan utveckling får till följd att drag och egenskaper, som är icke-identiska i förhållande till det rådande systemet, men inte i förhållande till den eller de enskildas identitet och som kan vara nog så värdefulla i ett vidare eller förändrat sammanhang, inte har någon möjlighet att komma till uttryck (Lasch, 1980).

Vi antar vidare att system - som en organisation - konsolideras om majoriteten av de ingående medlemmarna ger uttryck för att det råder harmoni mellan de handlingar, som utgår ifrån *regler för plats och ordning* (exempelvis organisationens struktur) respektive *inre regler för handlandet* (exempelvis normer, värderingar) (Searle, 1972). En potential för en utvecklande förändring av systemets utformning, kan då ligga i om ett flertal individer gör det aktiva valet att handla efter nya inre regler (Allvin&Bjerlöv, 1994). Med jagpsykologisk terminologi kan samma sak uttryckas som att det är jagets fantasidimensioner som är de verk-samma krafter som kan konsolidera eller ändra världen (Elliot, 1992).

I undersökningen har vi utgått ifrån att all identitetsbildning; jagidentitet, yrkesidentitet, könsidentitet, är processer av identifikation och differentiering vilka sker kontinuerligt genom ständiga förhandlingar och rekonstruktioner i olika vardagliga sociala sammanhang (Collinson&Hearn, 1994). Handlingar och upplevelser som utgår ifrån *dels kollegialt delade föreställningar om de institutionellt betingade referensramarna för arbetet, dels inre principer för praktiken* tolkas här som uttryck för yrkesidentitet.

I försöket att fånga innehållet i begreppet yrkesidentitet i sjukvård, har en utgångspunkt varit att beakta att det som sker i organisationen, sett utifrån organisationens struktur, framstår relativt klart, medan drivkrafterna bakom själva handlandet eller, om man så vill, den interaktiva processen, inte är lika lätt urskiljbara.

I undersökningen riktas uppmärksamhet mot, å ena sidan, det handlande som kan knytas till den formella uppgift, som de tre personalkategorierna - läkare, sjuksköterskor och undersköterskor/biträden - inom sjukhusvården *tilldelas* och som utgår ifrån organisationens struktur, å andra sidan den *uppfattning* om hur arbetet bäst skall utföras, som är knuten till dels förmågan hos de enskilda, dels till den process av mellanmänsklighet som bl a är en förutsättning för behandling och vård. Vi utgår ifrån att "yrkesidentitet" uppkommer som en följd av samspel mellan det tilldelade och det upplevda. Dvs *den egna yrkeskategorins yrkesidentitet* färgas mot bakgrund av en viss *social ordning* (Giddens, 1984; Ashforth&Mael, 1985). Identiteten förstärks om det sker ett rutinmässigt återskapande av i sammanhanget historiskt grundade uppfattningar om egen och andras identitet.

I analyserna har vi kallat identitetsskapande samspel för "möten". I de valda mötena har analyserna riktats mot uttryck som antyder hur den enskilde relaterar till situationen utifrån *en av "yrket färgad självbild", d v s den bild den enskilde fått genom erfarenhet av och reflexion över sig själv i skilda yrkesmässiga sammanhang.*

Iakttagna *handlingar* och *uttalanden* har tolkats utifrån uppfattningen att de är uttryck för hur människor upplever och tolkar sin egen *medverkan* i en aktuell situation och att de i första hand refererar till *sociala regler* för den aktuella situationen och inte till en kausalt betingad kedja av intrapsykiska händelser (Polkinghorne, 1988).

Chodorows (1978) analys, av de olika villkor som bestämmer hur köns-identifikationen utvecklas, har legat till grund för att tolka data i termer av *person- och*

*positionsorientering*. I Chodorows begreppsvärld innebär positionsidentifikation att barnet i sin identitetsutveckling identifierar sig med speciella aspekter av *en roll*, där såväl allmängiltiga som differentierande inslag får en framträdande plats. Personidentifikation däremot innebär att identifikationen präglas av att en personligt färgad känsla starkt påverkar rollinläringen, d v s identifikationen knyts till *personliga* förebilder som internaliseras. Överfört till denna undersökning innebär positionsorientering att den yrkesmässiga självbilden uttrycks i termer av professionens uppfattade karakteristika, medan personorientering innebär att olika uttryck för den yrkesmässiga självbilden är personligt och känslomässigt färgade.

Fokus i analyserna har varit på sådana uttryck för yrkesidentitet som sammantagna ger en bild av den kollektiva självbilden i de tre yrkeskategorierna. Sammanfattande kan sägas att yrkesidentitet, som den kommer till uttryck i en av yrket färgad självbild, är ett slags svar på det närvarande (Turner, 1992).

### 3. Metodologisk ansats

"The implications for this for the organizational investigator are first to recognize his or her skills and connoisseurship in the processes of investigation. Second, to realize that people in organizations participate, work, communicate and relate in ways also involve such elements of passionate and tacit knowing which may not be readily accessible at an analytical level. And third, to recognize that much of knowledge which is build in to the behaviour of the people concerned and is not merely part of their cognition" (Turner, 1992, cit sid 60).

Detta citat (Turner, 1992) kan tjäna som en inledning till beskrivningen av projektets metodologiska ansats. För att följa sociologen Turner så har den, som vill förstå det dagliga livet i en organisation, att skaffa sig kunskap om hur *grupper och fraktioner i organisationen "generate and maintain their identity"* (op cit sid 47, vår kursivering). Turner ser yrkesidentitet som ett svar på de föreställningar och idéer som utgör själva organisationen och som har tillkommit historiskt. I och med att kollektivt delade yrkesmässiga identiteter byggts upp, så utgör de sedan den plattform som används för att svara på det närvarande.

Att ta hänsyn till det faktum att regler och normer är historiskt-socialt betingade innebär metodologiskt att undersökaren intar ett förhållningssätt som medger "meeting and talking to people in the organization" (op cit sid 46). Om då organisationen ses som ett socialt sanktionerat symboliskt nätverk, där det finns en funktionell komponent, som exempelvis kan komma till uttryck i en organisationsplan, och en symbolisk komponent, exempelvis föreställningar om befogenheter, så kommer analysen att riktas mot det sociala samspelet som utgår ifrån dessa komponenter och som oftast får språkliga uttryck (Castoriadis, 1984). Det mest medvetna arbetet längst denna väg har utförts av feminister (se ex Harding, ed, 1987). De har bl a utmanat den empiricistiska tradition som bygger på "objektivitet" och istället försökt närma sig begrepp som exempelvis "erfarenhet" och "sinnesdata" som språkliga konstruktioner som har speciella syften. Ett syfte om än för det mesta omedvetet - är att problem (erfarenhet) formuleras så att det perspektiv som män företräder bevaras och förstärks. Som Harding (1987) säger: "A problem is always a problem *for* someone or other" (op cit sid 6). Själva företeelsen "att erfara" måste därför bli föremål för tolkning. I det ljuset blir traditionen, att utifrån någon förment "objektivitet" hos forskaren "mäta" folks beteende, svar och reaktioner, ett intrång på subjektiviteten, dvs den enskilde förvägras rätten att representera sig själv i forskningsprocessen (Gergen, 1985).

Praktiskt är den tolkande forskningsinriktningen inte bunden till en bestämd metod. Det gäller att inse att det varken existerar ett "fönster" in mot den andre eller att det finns *en* säker metod (Denzin&Lincoln, 1994). Kritiska röster har därför invänt att "everything goes". Den interpretativa ansatsen, om man med den menar ett förnekande av en absolut standard och en hållning som utgår ifrån att kontextbundna, gemensamma överenskommelser *fungerar* som sanningar, ställs emellertid inför samma krav på konsekvens, öppenhet, dokumentation o s v som



all annan forskning. Den trygghet, som den positivistiska forskningsinriktningen kan ge genom anspråk på i konventionell mening "objektiv" kunskap, är ej förundnad den som intar en tolkande hållning.

## Val av metoder i projektet

Den övergripande vägledningen för val av metoder var öppenhet. Vi utgick från att människan handlar, inte i enlighet med en "objektiv" och "kausalt" ordnad värld, utan efter hur hon förstår och tolkar sin situation. Denna tolkning är i hög grad ett resultat av språkliga praktiker, som så att säga, bestämmer det mentala innehållet. Till det yttre framstår den bestämmande diskursen som ett aktivt, gemensamt "företag" människor emellan. Människor tolkar och står i kontakt med sin omgivning genom olika former för framförhandlad förståelse (Harré, 1983; Gergen, 1985). Genom att således fokusera analysen på "det sociala", konkret i denna undersökning *i olika slag av möten*, ville vi komma till insikt om hur de olika yrkeskategoriernas verkligheter upplevs, förstå hur dessa verkligheter skapas och återskapas och hur de kan resultera i vad vi här kallar yrkesidentitet.

Den sneda könsfördelningen i sjukvården föranledde oss att söka kunskap om genderiserande processer, och då utifrån uppfattningen att kön i mycket är konstruerade skillnader mellan kvinnligt och manligt, feminint och maskulint. Med detta synsätt är kön något som dagligen återskapas, både individuellt och kollektivt, genom att vi i samhället deltar i olika av kön präglade sammanhang.

För att få kontextanknuten kunskap genomfördes undersökningen i vad man kan kalla "naturlig" miljö, dock utan att vi med vår närvaro syftade till att åstadkomma förändring (Harré, 1983). Vi är ändå medvetna om att vi utövade påverkan, inte minst när vi följde med i arbetet, vilket ibland gjorde personalen uppmärksam på lokala problem eller gav den förväntningar på förändring.

Sättet att närma sig forskningsfältet liknar det förfarande som ligger till grund för att kunna utföra den sortens analys som benämns abduktion (Alvesson & Skoldberg, 1994). Abduktion utgår från empiriska fakta, liksom induktion, men avvisar inte teoretiska förföreställningar. I den abduktiva processen utnyttjas forskarens kunskap och referensramar för att upptäcka mönster eller djupstrukturer, som i sin tur kan ge upphov till nya teorier som, om de är sanna, fördjupar förståelsen av de mönster eller strukturer som framträder i tolkningen av ett enskilt fall. Under själva forskningsprocessen sker således en alternering mellan tidigare teori och ny empiri, varvid båda successivt omtolkas i skenet av ny kunskap. Resultat från den abduktiva processen kan styrkas genom tillämpning på nya fall.

I det konkreta forskningsarbetet valde vi att använda oss av metoderna deltagande observation, dagbok och intervju.

### **Deltagande observationer**

Observation som metod valdes dels därför att vi som forskare ville få en mer "in på huden" uppfattning om arbete på sjukvård än den vi besatt, dels ger metoden en

unik möjlighet att följa händelser i sina naturliga förlopp. Även om metoden teoretiskt sett är styvmoderligt behandlad, så finns en allmän acceptans för att erkänna det speciella värdet som studier av den naturliga miljön har, nämligen att det studerade framträder i sitt rätta sammanhang och inte relateras till i förväg uppställda kategorier eller mått. Icke desto mindre utövas genom metoden "att följa och anteckna på fältet" en betydlig påverkan, som enligt vissa forskare vida överskrider den som man kan inläsa i beteckningar som exempelvis "deltagande observation". Det studerade fältet blir inte en *plats* utan en speciell *relation* mellan den observerande och de andra (Sanje, 1990).

Vad gäller "observatören" så finns ett antal teoretiskt förankrade "roller" att anta. Kortfattat spänner dessa mellan att likt Wallraff, utan de observerades vetenskap helt och fullt delta i en verksamhet, till att osedd betrakta densamma. Vi utförde observationerna i denna undersökning som deltagande observatörer, dvs vi tog ingen aktiv del i arbetet och vår roll var känd för de personer som vi följde i arbetet (Dane, 1990).

### **Dagbok**

Vårt val av dagbok kan motiveras dels utifrån ett psykologiskt perspektiv, dels ett sociologiskt. Ur psykologisk synvinkel är berättelsen den bild av det egna jaget som en person vill förmedla eller om man så vill ett uttryck för identitet (Gergen, 1985). Det sociologiska perspektivet kan illustreras med Elklits (1986) påstående att dagboksmetoden är "et net mellem organisatoriske rammefaktorer og personlig målsøgende adfaerd" (op cit sid 89). Elklit kategoriserar vidare metoden beroende på om syftet främst är klagörande eller om dagboken mer syftar till att dokumentera händelser. Dessa huvudsyften kan sedan kombineras med en mer eller mindre styrd eller systematisk form för hur dagboken skall föras och slutligen med vem som för dagboken och för vem. I denna undersökning har syftet med dagboken varit att kasta ljus över hur läkare, sjuksköterskor och undersköterskor ser sig själva och sin del i ett gemensamt arbetssammanhang, dagböcker har förts av de berörda och ställts till forskarnas förfogande och formen var obunden.

### **Intervjuer**

Det öppna förhållningssätt, som vi förordat i syfte att komma så nära "verkligheten" som möjligt, påverkade också uppläggningsen av intervjuerna. Vi har inspirerats av ny forskning som på olika sätt har lyft fram den risk som finns inbyggd i intervjusituationen, nämligen den att den intervjuade blir eller känner sig behandlad som ett objekt (Reinhartz, 1992; Smith, 1987). Man tar avstånd ifrån den gamla distanserade synen på intervju bl a därför att den ger uttryck för ett hierarkiskt tänkande och därför minskar den intervjuades engagemang. Marcus&Fischer (1986) visar att den gamla stilen istället för att ge oss en, som vi uppfattar "objektiv" bild, ger oss en ensidig och därför mindre trovärdig bild. Nyare syn på intervjusituationen medger därför mer av ömsesidigt utbyte emellan den frågande och den svarande.

## Datainsamling

Datainsamlingen skedde vid fyra sjukhus, två belägna i Sydsverige, ett i Stockholm och ett i Norrland.

### Deltagande observationer

Den "verklighet" vi ville studera var vi - en kvinna och en man - direkt delaktiga i genom att följa med i arbetet och kontinuerligt diskutera de intryck och de uppfattningar som vi fick. I samband med att vi följde läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i deras arbete noterades på en särskild blankett arbetsinnehåll och tidsåtgång i femminuters intervaller. På blanketterna fanns förtryckt ett antal arbetsinnehållsaspekter (Behandling. Omvårdnad; skötsel. Dokumentation. Samvaro. Administration; "pappersarbete". Städning och bäddning. Rond. Rapportering, möten. Rast. Övrigt). På blanketterna markerades också om arbetet utfördes hos/med patienten eller tillsammans med annan personal. På dessa blanketter antecknade vi även våra egna kommentarer och reflexioner. Blanketterna utgjorde sedan det underlag som vi baserade vår beskrivning av verksamheten på och som möjliggör tidsmässig bestämning av en arbetsdag.

Som vi ser det har vår direkta närvaro vid olika kliniker varit en förutsättning för att få mer av en helhetsbild av arbete på sjukhus och en uppfattning om sådana meningar och innebörder som på något sätt definierar det sociala samspelet. Exempelvis har vårt deltagande ökat förståelsen för hur kön och makt konstrueras och rekonstrueras genom att vi kunnat se uttryck för sådana processer speglas i det vardagliga arbetet, i de reaktioner som vår närvaro gav upphov till och i våra egna intryck och erfarenheter.

Vi följde åtta läkares, åtta sjuksköterskors och åtta undersköterskors arbete på fyra olika kliniker. Sammantaget dokumenterades tjugofyra arbetsdagar i form av protokoll över arbetsinnehåll och tidsåtgång.

### Dagböcker

Häftade dagböcker distribuerades till all personal på de medverkande avdelningarna. Dagboken innehöll en beskrivning av vårt syfte, dvs att vi genom dagboksanteckningar ville få information om hur den skrivande spontant uppfattar sig själv i arbetet. Vi underströk att vi inte var intresserade av *hur* framställningen gjordes utan bara av upplevelser, tankar och känslor i samband med arbetet. De personer, som sedan skrev dagbok, kunde skicka den direkt till oss i ett frankerat kuvert.

Sammanlagt inkom 74 dagböcker. Tretton från läkare (varav tre från kvinnliga), tjugo från sjuksköterskor (varav en från en man) och fyrtio från undersköterskor (varav en från en man).

## Intervjuer

En preliminär bearbetning av dagböckerna och den kunskap, som vi fick genom att följa med i arbetet på de olika klinikerna, bestämde de huvudtemata som intervjuerna skulle beröra. Inom ramen för dessa huvudtemata uppstod under intervjutillfället en dialog styrd av den intervjuades inställning.

Karakteristiskt för öppna intervjuer är "vida" frågor och respondentens möjlighet att utveckla sitt svar i den riktning som hon eller han finner betydelsefull. Intervjuaren följer upp de områden som den intervjuade går in på. Förhållningssättet motiveras av en strävan att samla kunskap om subjektivt upplevda sammanhang, dvs hur respondenten relaterar sig i den omgivning som är föremål för utforskning (Denzin&Lincoln, 1994).

Vår intention var att vid varje sjukhus genomföra tio öppna intervjuer med fem kvinnliga och fem manliga företrädare för varje yrkeskategori, dvs sammanlagt 120 intervjuer. Inte alltid gick det, under de dagar vi vistades på klinikerna, att ta ut det önskade antalet intervjupersoner ur personalen, vid sådana tillfällen lät vi det bero med det möjliga antalet. Urvalet deltagare överläts till respektive klinik och, i de fall det inte fanns personer tillgängliga i någon kategori inom de avdelningar där vi följt med i arbetet, så deltog personer från andra avdelningar. Samtliga intervjuer skedde på arbetstid och på arbetsplatsen. Tidsåtgången var mellan en och en och en halv timma. Intervjuerna bandinspelades utom vid de få tillfällen när en intervjuad själv inte önskade det. Intervjuerna skrevs sedan ut. Sammanlagt genomfördes 98 en till en och en halv timmars intervjuer med 15 kvinnliga och 17 manliga läkare, 27 kvinnliga och 5 manliga sjuksköterskor samt 29 kvinnliga och 5 manliga undersköterskor.

## Databearbetning

För att möjliggöra överskådlighet och slutligen sammanhängande tolkningar så utfördes dataanalys i flera led. Detta innebar rent konkret att utsagor gällande ett visst tema ("patienter", "kollegor", o s v) *sorterades* och *noterades* med avseende på *meningsinnehåll*.. Utsagor med liknande innehåll fördes samman, vilket möjliggjorde en mer övergripande kategoribenämning, kategorier som i sin tur kunde föras ihop till nya kategorier. Detta syntesarbete upprepades tills sammanhängande tolkningar var möjliga. När det gällde det initiala sorteringsarbetet (stringsökning) utfördes detta med hjälp av dataprogrammet " QS R NUD.IST , Qualitative Data Analysis Software for Research Professionals. Nonnumerical Unstructured Data. Indexing, Searching and Theorizing".

Data från samtliga metoder är möjliga att analysera kvantitativt eller kvalitativt. Kvantitativt exempelvis med avseende på hur frekvent ett begrepp förekommer i berättelserna, kvalitativt som på vilka sätt och i vilka sammanhang olika temata framträder, dvs ge en bild av de subjektivt uppfattade arbetsvillkoren. Metoderna ger möjlighet att lyfta fram förhållanden "som för olika människor kan vara kritiska i ett psykosocialt arbetsmiljöperspektiv" (Lindén&Torkelson, 1991, cit sid 18). I denna undersökning har vår avsikt just varit att lyfta fram dels temata, som

är gemensamma inom de olika yrkesgrupperna, dels sådana som differentierar på annat sätt, exempelvis utifrån kön.

## Dataredovisning

I rapporten redovisas data som gäller kvinnliga och manliga läkare men i yrkeskategorierna sjuksköterskor och undersköterskor endast de data som gäller kvinnliga sjuksköterskor respektive undersköterskor. Anledningen till detta är att dagböcker och intervjuer med män i dessa yrkeskategorier blev färre än vad vi krävde för att kunna genomföra jämförande analyser i grupperna sjuksköterskor och undersköterskor. Av de inkomna dagböckerna har således två utgått, gällande intervjuerna har fem med manliga sjuksköterskor och fem med manliga undersköterskor utgått. Dessa intervjuer kommer att redovisas i en kommande studie gällande män i vårdrken.

I de följande tre kapitlen presenteras undersökningens resultat utifrån hur identitetsskapande möten framstått och förmedlats genom de olika undersökningsmetoderna; deltagande observationer, dagböcker och intervjuer.

I tabeller presenteras yrkeskategorierna i bokstavsordning och förkortas enligt följande: Kvinnliga läkare: K läkare; manliga läkare: M läkare; sjuksköterskor: Ssk och undersköterskor: Usk.

## 4. Identitetsskapande möten - förmedlade under deltagande observationer

### Arbetsinnehåll

Vid de deltagande observationerna, som gällde åtta läkare (två kvinnliga), åtta sjuksköterskor och åtta undersköterskor, dvs tjugofyra arbetsdagar, antecknades tidsåtgången för olika aktiviteter. De moment, som registrerades på ett tids-schema, omfattade: Behandling, omvårdnad, rondarbete, administration, rapporteringar, städning och bäddning, samvaro, rast, övrigt, samt den del av den sammanlagda arbetsdagen som innefattade patientkontakt. Tabell 1 redovisas för varje yrkeskategori tidsåtgången i de olika momenten uttryckt som procent av arbetsdagen.

Tabell 1 visar bl a att under ungefär halva arbetstiden står läkare och undersköterskor i direkt kontakt med patienter, sjuksköterskorna något mindre. Att notera är också att undersköterskorna sällan deltog rondarbetet. Vidare visar tabellen att alla tre yrkeskategorierna kunde anslå en dryg timma till raster.

De dagar, som vi gick med i arbetet, förflöt på samtliga avdelningar relativt lugnt, vi observerade dock, att arbetet för samtliga personalkategorier hade karaktären av en planerad verksamhet, som ständigt avbröts av oplanerade uppgifter. De flesta, både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, småsprang därför och utförde sina arbetsuppgifter mycket snabbt även om situationen i övrigt var lugn. Vi såg det som en strategi för att bemästra ryckigheten, att snabbt arbeta undan det man vet måste göras, och för att kunna ha kvar känslan av kontroll om något akut plötsligt inträffar.

Ur våra anteckningar och reflexioner, från de dagar vi genomförde de deltagande observationerna (sammanlagt 24 dagar), analyserades tre slag av möten. De slags mötena, som valts, sker med regelbundenhet och innefattar kommunikation och samhandlingar mellan de tre personalkategorierna. De möten, som beskrivs och analyseras, är två traditionella "Ronder", ett par vårdplaneringsmöten s k "Social rond" samt ett par möten av mer informell karaktär, "Kafferaster".

**Tabell 1.** Arbetsinnehåll i procent av arbetsdagen.

Yrkes- kate- gori	Be- hand- ling	Om- vård- nad	Rond Social rond	Doku- menta- tion	Rap- port	Städa Bädda	Sam- varo	Rast	Övrigt	Patient kon- takt
Läkare	39		16	27	1		1	13	3	46
Ssk	25	13	7	18	16	4	1	12	4	39
Usk	3	46	1	2	12	19	2	14	1	52

Dessa möten förekommer i all sjukhusverksamhet. och berör alla tre personal-kategorierna, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. De har en kontinuerlig "historia", som ger dem betydelse ur det identitetsskapande perspektivet.

I ytterligare en analys ställer vi frågor som rör "det fysiska rummets" betydelse i processer som återskapar eller skapar en yrkesmässig självbild, dvs uttryck för yrkesidentitet.

## Rond

Den organisatoriska uppläggningsen av rondens kan variera. Ibland tillämpas traditionell rond, dvs patienterna ligger kvar i sängarna på salarna och personalen kommer till patienterna. Ibland, och om patienterna kan, tillämpas sittrond. Vid denna kommer patienterna till ett mötesrum där de får träffa läkaren och annan sjukvårdspersonal. Omfattningen av rondens varierar beroende på hur arbetet på avdelningen är organiserat.

Oavsett hur arbetet kring patienten är organiserat uppmärksammade vi att rondens styrdes av skilda logiker. Vi såg att rondens inte endast är bestämd utifrån en logik som utgår ifrån arbetsorganisatoriska förhållanden utan också av en social logik som har flera funktioner. Rondens visade sig vara ett av de möten där yrkesidentiteter kontrasteras mot varandra och definieras. Rondens tydliggjorde den inbördes rangordningen mellan personal och den synliggjorde också vilket utrymme de gav eller tog samt vem eller vilka som hade makten att definiera situationen.

För att kunna skilja ut det arbetsorganisatoriskt "objektivt" bestämda innehållet i rondens från annat mer "subjektivt" eller socialt bestämt innehåll ställdes frågorna:

- Vad innefattar arbetet med rondens ur arbetsorganisatorisk synvinkel?
- Vem "bestämmer" hur rondens organiseras (läkare, vårdpersonal, patienter)?  
Med bestämma menar vi inte här strikt mandatmässigt enligt arbetsinstruktionen utan så som det fungerar i praktiken.
- Hur gestaltar sig arbetet och hur ser relationerna ut?

### Vad innefattar arbetet med rondens?

En vårdavdelning är den fasta arbetsplatsen för avdelningsföreståndare, sjuksköterskor, undersköterskor. Avdelningsföreståndaren har, som arbetsledare, ansvaret för att organisera verksamheten på ett sådant sätt att arbetet förlöper så smidigt som möjligt. *In* till avdelningen kommer mer tillfälligt läkare, kuratorer, sjukgymnaster, osv. Rondens är en sådan situation där verksamheten tar in utomstående. Här möts de olika yrkeskategorierna i en arbetsorganisatorisk struktur som innefattar patientkontakt, men framförallt informationsutbyte om och ibland med patienten samt fördelning av arbetsuppgifter.

Rondens är ett viktigt möte för informationsutbyte om och med patienten som framför allt innefattar patientens akuta sjukdom och behandling. Läkarens och patientens dialog förs mot bakgrund av tidigare inhämtad information; journal, provsvar, sjuksköterskans iakttagelser och ibland även undersköterskans, informa-

tion som är nödvändig för att mötet med patienten skall bli meningsfullt både från läkarens sida och patientens. Ronden är ett av de få tillfällen där patienten kan ställa frågor direkt till läkaren. Ronden skall resultera i förslag för fortsatt behandling och fördelning av arbetsuppgifter. Arbetet med rondens "inkräktar" på det löpande arbetet på avdelningen samt det arbete som läkaren har utanför avdelningen, huvudsakligen mottagningsarbete.

### **Rond 1. Vem "bestämmer" hur rondens organiseras?**

Rondarbetets utformning på den aktuella avdelningen varierade och variationen var inte arbetsorganisatoriskt betingad. Arbetets uppläggning styrdes i hög grad av vad de manliga läkarna ansåg, vilket gjorde att på en och samma avdelning tillämpades två olika rondsystém för att tillmötesgå de två ansvariga läkarnas önskemål. Avdelningsföreståndarens svar, på frågan varför arbetet organiserades på två skilda sätt, var att "de vill ha det på det sättet", vilket innebar att avdelningspersonalen fick anpassa sig efter två arbetssätt. Ibland var det "traditionell" rond och ibland sittrond. De dagar den "traditionella rondens" tillämpades skulle allt förberedande arbetet på avdelningen vara klart 07.45, "kvart i åtta sharp", som avdelningsföreståndaren uttryckte det, då den ansvariga läkaren infann sig på avdelningen. Ofta blev det därför bråttom på morgonen för både personal och patienter. De dagar sittrond tillämpades var lugnare men systemet innebar samtidigt att arbetet på avdelningen ständigt avbröts för att hjälpa patienter till och från det rum där läkaren satt. Han "hämtade" inte patienterna själv. I personalen fanns olika åsikter om rondsystémerna. Vissa fann fördelar andra nackdelar med båda systemen, men viktigt att notera är, att vårdpersonalens uppfattningar inte påverkade utformningen av rondarbetet. Rondarbetets uppläggning styrdes helt av läkarnas önskemål trots att rondarbetet i hög grad påverkade det övriga arbetet på avdelningen. Någon samordning mellan läkarna diskuterades inte. Vårdpersonalen underordnade sig läkarnas vilja och medverkade genom detta till att konservera systemet. Personalen "knorrade" visserligen lite om förhållandena men deras åsikter och meningar togs inte upp vare sig av dem själva eller av någon annan.

### **Hur gestaltas arbetet och hur ser relationerna ut?**

Förhållningssätt och samspel mellan de personer som gick rondens styrdes helt av läkaren med markeringar som "kan syster vara vänlig och knäppa upp kragen" eller "kan syster ta av strumpan", arbetsuppgifter som läkaren fördelade då han skulle lyssna med stetoskopet eller känna på en patients fot. Andra exempel på arbetsuppgifter som "delegerades" var att dra vagnen med journalpärmar eller att vid anmodan sträcka läkaren den begärda journalen.

Inga av de uppgifter som "delegerades" till sjuksköterskan eller undersköterskan underlättade arbetets utförande, eller var på annat sätt rationellt motiverade, utan kom att manifesteras position, makt och åtskillnad. Ingen i vårdpersonalen opponerade sig mot denna "delegering" i läkarens närvaro. I hela sitt förhållningssätt bidrog de till att återskapa traditionell åtskillnad mellan vårdpersonal och läkare. I samtal med oss ansåg vårdpersonalen däremot att "sättet var lite gammalmodigt" men "han är som han är och det är lika bra han får hållas, det är inte illa menat".



Personalens accepterade förhållningssätt bidrog också till att skapa distans mellan patienten och läkaren. Exempelvis när en läkare förklarade för patienten (utan att titta i ögonen) att han förstod att hennes problem inte bara var medicinska utan att man kunde "ha ont i själen också" varpå han klappade patienten på axeln och lämnade rummet med resten av personalen. Distansen mellan läkare och patient vidmakthölls också genom personalens vana att efter rondens försöka besvara de frågor som patienterna inte vågade ställa direkt till läkarna. De kunde inte alltid svara på frågorna och därmed uppfyllde rondens inte heller kravet på gott informationsutbyte.

Detoreflekterade, i de manliga läkarnas vana att tolka utifrån hierarki, kom vid en rond också till uttryck genom vår närvaro. Den aktuella läkaren var uppenbarligen dåligt informerad om vilka vi var och om syftet med vår vistelse på avdelningen men likafullt bestämd i sin uppfattning om vår position. Han betraktade den manlige forskaren som rationaliserings- eller tidsstudieman och den kvinnliga som en sjuksköterska som "höll på med någon undersökning".

## **Rond 2. Vem "bestämmer" hur rondens organiseras?**

Rondarbetet vid den andra avdelningen startade inte på ett exakt klockslag utan berodde på hur det övriga arbetet på avdelningen förlöpte. Rondens innefattades i avdelningsarbetet som en del av detta.

Ronden inleddes med samtal av blandad informell och formell karaktär mellan den manliga läkaren, sjuksköterskan och undersköterskan innan de tillsammans gick in till patienten. Läkaren gav "ledning" med "ska vi börja rondens nu"? Vid ronden på denna avdelning hände det att sjuksköterskan avbröt rondens för att ta ett samtal på expeditionen eller gå ifrån för att ge en patient en spruta. Eller att en undersköterska "avbröt" rondens för att ställa frågor till läkaren. Stämningen under rondens var avslappnad utan att det nödvändiga arbetet blev lidande.

## **Hur gestaltar sig arbetet och hur ser relationerna ut?**

Rondarbetet "anpassades" till avdelningsarbetet i övrigt. Arbetsuppgifterna, som ingick i det praktiska rondarbetet, fördelades som det föll sig. Uppgiften att dra vagnen med journalpärmarna föll naturligt på den som stod närmast vagnen när det var dags att gå vidare. Ibland drog läkaren vagnen, ibland en sjuksköterska eller en undersköterska. Hantering av pärmarna och "pyssel" med patienterna följde samma mönster. Arbetsuppgifterna fördelades således inte efter rangordning i hierarkisk eller könsbaserad bemärkelse, utan samspelet mellan läkaren och övrig personal var avspänt och utan tecken på markeringar av position.

Patientkontakten var "nära", vilket kunde ta sig sådana uttryck som att läkaren kunde sätta sig ner på sängkanten då han talade med patienten. Ögonkontakt etablerades och ibland kunde kontakten förstärkas av att läkaren höll patienten på axeln eller i handen. Patienterna ställde många frågor till läkaren som gav utrymme för detta. Ett sätt, som läkaren använde för att markera att utrymme fanns för fler frågor, var att han tyst väntade en stund efter det att patienten ställt sina frågor. Han gav patienten mandatet att avsluta frågestunden.

## Social rond

Den sociala rondan är ett sammanträde för informationsutbyte om patientens sjukdom, satt i ett vidare sammanhang som kan innefatta vårdförhållande utanför sjukhuset, hemförhållanden mm. Syftet är att fastställa en relevant vårdplanering. I den sociala rondan ingår, förutom läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, också paramedicinsk personal som kurator, arbetsterapeut, sjukgymnast och i förekommande fall dietist. Patienten deltar inte i dessa möten. Nedan beskrivs två sociala runder vid en avdelning. I det ena fallet leddes den sociala rondan av en manlig överläkare och i det andra fallet av en kvinnlig underläkare. Vi ställde samma frågor i analysen av detta möte som av rondarbetet nämligen:

- Vem "bestämmer" hur rondan organiseras?
- Hur gestaltas arbetet och hur ser relationerna ut?

### Social rond 1

Den sociala rondan ägde rum i kafferummet i anslutning till eftermiddagskaffet en gång i veckan. En manlig överläkare ledde arbetet. Den manliga läkarens uppträdande gjorde mycket tydligt klart vem det var som styrde gruppen och diskussionerna. Han valde att stå medan resten av de närvarande satt. Han ställde riktade frågor till ansvarig sjuksköterska, underlydande läkare samt paramedicinsk personal. Undersköterskor och biträden tillfrågades aldrig och de gjorde inte heller någon ansats att "blanda sig i". Kuratorn och sjukgymnasten tog på eget initiativ upp frågor kring patienten och var mer otvungna i sitt förhållningssätt gentemot läkaren än vad vårdpersonalen var. Vi tolkade vårdpersonalens passivitet som en tyst överenskommelse att vårdpersonalens åsikter skulle framföras via avdelningsföreståndaren eller ansvarig sjuksköterska. Samtalen under rondan höll sig strikt till de frågor som anfördes. Ingen i personalen hade några spontana kommentarer. Mötet präglades av kontroll och rationalitet och blev därför, åtminstone på ett ytligt plan, effektivt. Endast på förhand efterfrågad information behandlades. Vi håller för troligt att "ovidkommande information" försvann. En källa, som på ett oförutsägbart sätt skulle kunna bidra till helhetsförståelse, blev därmed avstängd.

### Social rond 2

Rondan var förlagd till kafferummet och leddes av en kvinnlig underläkare. Den kvinnliga läkaren satt under sammanträdet. Under sammankomsten förekom att undersköterskor och sjuksköterskor spontant kommenterade och ställde frågor om patienter. Samtalen kring patienten handlade delvis om sådant som inte direkt efterfrågades av läkaren. Bilden av patienten växte till en större helhet genom att det förekom en del "ovidkommande information" och sammanträdet tog därför längre tid än det tidigare beskrivna. Stämningen var avslappnad och gränsen mellan det som kunde hänföras till sammanträdet och vad som kunde hänföras till kafferasten var inte helt tydlig.

## Kafferast

På en av avdelningarna var läkarnas besök i kafferummet högst sporadiska. Endast tjänstgörande avdelningsläkare "fikade" gemensamt med vårdpersonalen. De andra läkarna, som var bundna av mottagningsarbetet, hade arbetet förlagt på annan plats i sjukhuset och hade därför ingen naturlig anknytning till avdelningen eller avdelningens kafferum. De rumsliga förhållandena minskade därför möjligheter till ett informellt och naturligt möte med avdelningens vårdpersonal. Atmosfären på avdelningen präglades av distans mellan läkare och vårdpersonal.

En annan avdelning hade en genomtänkt och organiserad kaffestund på morgonen. All personal samlades i ett stort kafferum där avdelningsföreståndaren hälsade alla välkommen. Stundens innehåll var av både formell och informell karaktär. Det innefattade alltid dagens namnsdag och följdes av arbetsanknuten information. I kafferummet satte sig läkare och sjukvårdspersonal ganska blandat där det fanns plats och efter den ordning som de kom till kafferummet. Stämningen var avspänd och samtalen varierade från allmänt prat om gårdagens TV eller andra vardagliga händelser till samtal eller diskussioner som hade arbetsanknytning. Efter kaffet följde en kort uppvärmningsgymnastik, där dock inga läkare deltog.

På en tredje avdelning hade hela personalen kaffestunderna tillsammans men läkarna satt för sig och vårdpersonalen för sig.

Inte på någon avdelning åt läkare och vårdpersonal lunch tillsammans. Det var vanligt att vårdpersonalen var kvar på avdelningen medan läkarna åt lunch i matsalen eller "ute".

## Det fysiska rummet

På senare år har det fysiska rummet i socialpsykologiskt hänseende kommit att uppmärksammas allt mer. Det förefaller troligt att de bakomliggande (dolda) idéerna, om hur ett sjukhus skall byggas och planeras rent fysiskt, är avsevärt äldre än själva byggnaden. Det är påfallande hur illa det fysiska rummets utformning rymmer med tankar kring modern arbetsorganisation, både vad gäller att underlätta de praktiska arbetsuppgifterna och motverka sociala rangskillnader och yrkesmässiga revir. Lokaliseringen av mottagning, läkarnas rum och avdelningar på spridda håll i byggnaden förstärker den sociala barriär som finns eller upplevs mellan vårdpersonal och läkare. Den rumsliga tilldelningen ger också anvisningar om statusordningen. Undersköterskor är än idag i hög grad hänvisade till sköljrummet. Sjuksköterskorna har expeditionen att tillgå som dock är ett utrymme som hela personalen oavbrutet måste använda sig av. Underläkarna har oftast undermåliga utrymmen för sitt "pappersarbete" och sina externa kontakter. På ett av sjukhusen hänvisades underläkaren till expeditionen för journalskrivning samtidigt som där fördes samtal mellan övrig personal allt medan telefonerna ringde i ett. På ett annat sjukhus delade tre manliga och en kvinnlig läkare tjänsterum. De använde rummet både som omklädningsrum och kontorsrum. På ett tredje sjukhus satt alla läkarna i en barack skild från det övriga sjukhuset. Endast

överläkare hade egna tjänsterum. Önskvärda kontakter mellan yrkeskategorierna försvårades också genom avsaknad av gemensamma samlingslokaler eller av att vissa, tänkbart gemensamma utrymmen, som exempelvis klinikbiblioteken, ansågs "tillhöra" läkarna.

### **Sammanfattning**

De möten, som beskrivs ovan, "Rond", "Social rond" och "Kafferast" skapade eller återskapade i större eller mindre utsträckning underordning/överordning i personalen och mellan personalen och patienterna. Organiseringen av de olika mötena, symboliska uttryck och den fysiska miljöns utformning samverkade till att skapa och upprätthålla de olika personalkategoriernas identitet och cementerade samtidigt gränserna så att kommunikation och möjligheter till samverkan och ömsesidig förståelse försvårades.

Markeringar, som antydde yrkesmässig självbild, var ibland tydliga ibland svårare att urskilja. Vi har dock, i alla de möten där vi deltog under de totalt tjugo-fyra dagar vi följde arbetet på avdelningarna, kunnat notera sådana markeringar. Några exempel: Läkare och sjukvårdspersonal hade skilda omklädningsrum, sjukvårdspersonal presenterades på anslagstavlor och på namnbrickor med förnamn, läkare med hela namnet. Läkarna bar oftast civila kläder under läkarrocken medan sjukvårdspersonal helt och hållet använde sjukhusens kläder. De olika personalgrupperna intog inga måltider tillsammans, knappast heller "fikade" gemensamt.

Det visades att arbetets organisering under ronderna inte var värdefritt eller neutralt. Även mötet i "fikarummet", *som egentligen är frikopplat från arbetets utförande*, avspeglar skillnader i status som kan hänföras till yrkesmässiga självbilder. Åtskillnad eller underordning upprätthölls oftast ömsesidigt även om det i enskilda samtal med oss framfördes kritik mot den rådande ordningen.

Förhållningssättet till patienterna färgades under ronderna av att relationen "till sin natur" är starkt asymmetrisk. Variationer fanns mellan olika avdelningar och även mellan olika läkare, men på de avdelningar vi besökte var det läkarnas förhållningssätt som avgjorde relationernas karaktär. Manliga läkare visade, när det gällde att närma sig patienterna, mer av ett övertag än de kvinnliga läkarna. Kvinnliga läkare var mer inriktade på patientens aktiva medverkan i samtalen och tycktes söka en mer allsidig förståelse av patientens problem. Vi såg dock exempel på att manliga läkare var medvetna om asymmetrin och vinnlade sig om att minska den för att komma patienten närmare.

## 5. Identitetsskapande möten - förmedlade i dagböcker

Nedanstående redovisning baseras på sjuttiotre dagböcker fördelade på följande sätt:

Kvinnliga läkare	Manliga läkare	Sjuksköterskor	Undersköterskor
3	11	20	39

Många dagböcker är mycket omfattande medan vissa är av loggbokskaraktär. Företrädesvis läkare har skrivit dagböcker av loggbokskaraktär medan vårdpersonal och då framför allt undersköterskor har skrivit mer uttömmande dagböcker. De olika yrkeskategoriernas dagböcker skiljer sig också åt beträffande fokus. I grova drag fokuserar läkarnas och sjuksköterskornas dagböcker på det behandlande arbetet och omständigheter kring den yrkesmässiga situationen. Undersköterskornas dagböcker beskriver relationer till patienter och arbetskamrater eller arbetslaget.

I det följande redovisas:

- Material ur dagböckerna, som utsäger något om hur läkare sjuksköterskor och undersköterskor uppfattade möten med patienter, kollegor samt annan personal.
- Vad dessa uppfattningar kan utsäga om den yrkesmässiga självbilden.

### Läkare

Det är framför allt utifrån den yrkesmässiga positionen som läkarna beskrev sin relation till arbetet, personal och patienter.

### Patienter

Två kvinnliga läkare reflekterade i dagböckerna över att de pratade mycket med patienterna. Detta gav en mängd viktig information, som resulterade i omfattande journalskrivning. Inblicken i patienters komplexa problem kunde ge en känsla av otillräcklighet men också en känsla av personlig anknytning. "Det är väl typiskt kvinnligt antar jag. Män har nog lättare att avfärda - det där kan vi inte behandla på den här kliniken". "När en patient uttrycker sin glädje över att ha kommit till mig, kan jag känna det som ett belastande krav nästa gång jag träffar henne. Dumt! "

Dessa kvinnliga läkare beskrev också, att då kontakten med en patient inte var tillfredsställande, upplevdes detta på ett personligt plan och man bar det med sig länge.

De manliga läkarna kommenterade patientkontakten på annat sätt. Patienterna förekommer under temat "upplevda krav i samband med diagnos och behandling". "Varför blev man inte lejongtämjare eller något annat enkelt. Det känns otäckt trots

massor av erfarenhet. Det blir inte lättare med åren". "Många störningar, telefon, personsökare, mottagningspersonal som kommer stickande med akuta problem. Stressande både för patienten och mig att flera gånger under samtalet bli avbrutna". "Cancerbesked till flera patienter ingen behandling finns att ge". Vidare förknippade de manliga läkarna kontakten med patienterna med tidsbrist. "Mottagningen är en verkstad, alltför kort tid för varje patient". "Ett kejsarsnitt har smugit sig in i mitt program, som blir försenat med ca två timmar".

## Personal

I läkarnas dagböcker markeras ofta den yrkesmässiga positionen i förhållande till de kontakter som arbetet innebär både uppåt och nedåt i hierarkin samt utåt.

"Rar och försynt underläkare". "Meddelar även chefsöverläkaren en del andra saker". "En ultraljudexpert ringer upp och vi diskuterar". "Skyldighet att yttra mig över sådana motioner". "Chefsöverläkaren föreslår att jag ska skriva ett PM, blir irriterad, det betyder ytterligare en arbetsuppgift". "Undervisa de yngre läkarna, de lyssnar och tresserat". "En jovialisk överläkare och en rar och försynt underläkare hälsar." "Byter av min underläkare". "Avdelningsarbetet inte fint, bara forskning är fint". "Överläkarrond idag, hoppas att han kommer. Det har varit lite si och så med det den senaste tiden". "

Sjuksköterskor omnämns mycket sällan i dagböckerna och undersköterskorna inte alls. Det var bara när läkarna arbetade på avdelningen, som de kom i kontakt med avdelningskollektivet (sjuksköterskor och undersköterskor), men av beskrivningarna framgick att de själva sällan blev en del av kollektivet. "Bra personal, mycket positiva och trevliga patienter". "Det är mycket roligt att föreläsa för dem - de är intelligenta, erfarna och lyssnar uppmärksamt". "Ett förhållandevis ungt och trevligt gäng" (om avdelningspersonalen). "Personalen på avdelningen har tydligen varit mycket nöjda med mig".

Överläkarna visade, utifrån sin position, ett självklart och oproblemiskt förhållningssätt till arbetet i stort. Läkare med lägre rang förknippade problem i arbetet med just denna lägre rang.

Den hierarkiska ordningen framträder i männens dagböcker, i kvinnornas könsordningen. En kvinnlig läkare skrev att hon tyckte sig få sämre service i mottagningsrummet av undersköterskorna än hennes manliga kollegor får. Men också att hon själv hade svårt att kräva sådant som de manliga läkarna får automatiskt. "Jag har svårt att be om hjälp med sådant som jag inte ska göra själv - igår tvekade jag att be en undersköterska städa av golvet när en inkontinent kvinna kissat där - det är ju orimligt att jag ska torka golv och bli försenad i min mottagning - ändå tycker jag inte om att be en annan kvinna om hjälp med skitjobb".

Ett annat exempel: "Häromdagen skulle en kvinnlig doktor göra en sterilisering men en manlig underläkare fick göra den, dock med den äldre kvinnliga doktorn med i sterila kläder. Då stryker den kvinnliga narkosköterskan över kvinnans namn och skriver dit mannens! När jag gör likadant så får jag vara glad om mitt namn som underläkare skrivs efter den manlige mer erfarne doktors namn. När

jag pratar med kvinnliga kollegor känner jag att vi ser lika på problemen men inte i hur de skall angripas."

En kvinnlig läkare menade att den övriga personalen betraktade manliga och kvinnliga läkare olika men också att de förhåller sig till varandra på olika sätt: "Manliga doktorer får bättre service - som kvinnlig gynekolog kan jag ofta klara mig själv och det känns dumt att be någon komma in bara för att vara på plats om i fall jag behöver någonting. Till den manlige doktorn hämtar undersköterskorna patienterna på rummet av sig själv!". Även andra kategorier personal betraktar manliga doktorer som opererande problemlösande män - det märks i sådana fåniga detaljer som att män ses som självständiga operatörer långt tidigare än kvinnor".

När de manliga läkarna upplevde stress tycktes den ofta hänga ihop med brister i arbetsorganisationen. "Ber att få göra det direkt för att få komma i säng, men Op laget anser sig behöva mat efter 8 timmar. Självt har jag varit med i 17 i rad utan varm mat. Hur i helskotta ska man kunna få förståelse hos okunniga politiker då inte ens sjukvårdspersonal mitt bland oss fattar vad vi jobbar med". "Jäklar! Pipen tjuter! Ingen lunch! Vänder och går till Op". "Efter bara två patienter redan 30-45 minuter försenad!"

När arbetssituationen kändes pressad påverkades förhållandet personalkategorierna emellan så att både vårdpersonal och läkare sade sig uppleva att "de andra" inte visade tillräcklig förståelse för hur pressad den egna arbetssituationen var eller vad man egentligen gjorde, "ingen vet vad vi gör " som en läkare uttryckte det.

## Sjuksköterskor

"Spindeln i nätet" är metaforen, som sjuksköterskorna själva använde när de beskrev sin arbetssituation. Den beskriver övergripande hur sjuksköterskorna upplevde sin arbetssituation. De har "tentakler" ute överallt men samtidigt en känsla av bristande kontroll över sin situation.

## Patienter

När sjuksköterskorna skrev om patienter i dagböckerna så var det alltid i relation till en arbetsuppgift som involverade patienten. Kontakten var för sjuksköterskorna positivt och huvudkällan när det gällde att få uppskattning i arbetet. Det problematiska, som sjuksköterskorna såg det, var att de kände sig splittrade mellan flera arbetsuppgifter, vilket gjorde att kontakten med patienterna antingen blev för kort eller för ytlig. Ofta var uppgiften av en mindre varaktig karaktär, exempelvis sätta dropp, ge en injektion eller "att dela medicin". Det blev därför bara korta, lösryckta eller fragmentariska möten. Sjuksköterskorna uppfattade sig inte nämnvärt kunna påverka situationen då förhållandet till patienterna, enligt deras mening, styrdes av arbetets organisation.

Administrativt arbete eller "pappersarbete" och rapporter tog tid från patienterna. "Jag funderar ofta över rapporterna. De tar för lång tid och vi är för långt från patienterna. I en framtid hoppas jag att man på något vis kan rapportera

vid patientens säng på "engelskt maner". Jag tror det skulle kunna fungera om vi bara accepterar tanken". "Som patient hade jag upplevt det skönt om jag hörde vad planeringen och målen gick ut på när det gällde min vård".

"Det är ofta man går hem från arbetet och känner att man inte har hunnit med" är en skrivning vars andemening återkom i de flesta dagböckerna. "Det finns dagar när man går hem stressad, otillfredsställd och frustrerad. Dagar när man tycker att man sprungit hela dagen och ändå inte hunnit göra hälften av det man tänkt".

Den minskade tiden tillsammans med patienterna medförde också att flera upplevde att de inte hade gjort ett bra jobb. "Det gäller att få fart på benen i kväll för det verkar stressigt när jag skriver upp patienternas namn från beläggaren. Avdelningen är full av patienter och det tar en dryg timme att gå runt. Jag känner att patienterna blir lidande på ett eller annat sätt varje dag p.g.a. tidsbrist". "Men man får inte släppa greppet och börja undra över "meningen"- Båda fötterna på jorden och händer som kan fixa de "små" sakerna för patienten.

Sjuksköterskorna beskrev också det slitsamma i att uppfatta sig stå emellan patienternas behov och krav och personalens önsknings. De stod i ständigt kontakt med anhöriga, hemsjukvård, andra vårdinrättningar, patienter, personal, läkarna osv. De fungerade som språkrör mellan patienter och läkare när kontakten dem emellan brast.

"Idag när jag är ensam sjuksköterska hinner jag ej vara ute bland patienterna och arbeta. Jag måste fråga undersköterskorna om mycket som jag inte vet om patienterna och om deras omvårdnad". "Jag kommer till avdelningen kl 15.20, alla springer om varandra och det finns en oroskänsla i luften. Jag tänker genast hur skall denna kvällen sluta, men förnimmer samtidigt att allt brukar ordna upp sig så småningom". "Mina båda kollegor turas om att ge mig rapport, som ofta avbryts av telefonen samt övrig personal. Efter rapporten går jag en egen patientrond för att förvissa mig om tillståndet hos patienterna som jag under kvällen har ansvaret för. Denna patientrond avbryts också ofta; avdelningsläkarna önskar gå sin eftermiddagsrond och nyopererade patienter skall hämtas från uppvakningsavdelningen"

Citaten är målande beskrivningar av den splittrade arbetsupplevelsen. Det är framför allt den upplevda *bristen på egen kontroll* som var frustrerande för sjuksköterskorna. Det stora ansvar, som sjuksköterskorna har som samordnare, korresponderar inte mot befogenheter. De måste t ex invänta läkare och fråga läkare. "Ronden kommer, doktorn har inte så gott om tid idag". "Fortsätter utföra order från eftermiddagsronden". "Men när doktorn vill skicka hem patienten...vad gör man". Sjuksköterskorna är vana att "utföra order" om än under protester. En sjuksköterska skriver angående uppdraget att skriva dagbok: "Varför gör jag detta? Vad leder det till? Kan JAG påverka framtiden? Är det för MIN EGEN skull eller för någon annans?"



## Personal

I sjuksköterskornas dagböcker omnämns arbetslaget före andra sjuksköterskor och undersköterskor.

Sjuksköterskornas beskrivningar av förhållandena på avdelningarna var allmänt mycket positiva. "Alla samverkar och vill göra det bästa för patienten. Det känns så roligt när man har den här teamkänslan". "Vi är ett ganska sammansvetsat lag". "Efter rapport till kvällspersonalen och eftermiddagsfika hade vi vårdlagsträff. Att vi kan sitta i lugn och ro beror på att vi träffas i slutet av dagen och sitter kvar efter arbetstidens slut". "Jag jobbar med världens bästa undersköterskor och jag STORTRIVS med "mitt" lag. "Vi har jobbat ihop rätt länge och vet var vi har varandra". "Jag kan faktiskt säga att det till och med är roligt att jobba helger när man väl kommit till avdelningen och det bara är vi i gänget".

För att bli öka flexibiliteten och minska ryckigheten i arbetet hade man på flera avdelningar organiserat arbetet i vårdlag. Sjuksköterskorna var nöjda med vårdlagen. "Jag arbetar med en undersköterska som är mycket duktig och rolig att arbeta med. Vi arbetar alltid i par".

Men även om sjuksköterskorna och undersköterskorna var med i samma lag så framkom att de hade olika befogenheter. De var goda kamrater men sjuksköterskorna var samtidigt arbetsledare. Ibland framskyntade upplevelsen av att "de andra" brister i insikt om "mitt" arbete.

Läkarna förekom i sjuksköterskornas dagböcker då de involverades i sjuksköterskornas arbete. De omnämndes inte i sammanhanget som arbetskamrater, däremot fanns uttryck för en undergiven inställning till läkarna. En sjuksköterska beskrev hur hennes bedömning av lämpligheten att skicka hem en patient kolliderade med läkarens. "Men när Dr vill skicka hem vad gör man?" Eller när en sjuksköterskans behov av översikt över det egna arbetet fick stå tillbaka för läkarens önskemål. "Vill gå runt och hälsa på patienterna men Dr har pärmarna för eftermiddagsronden så jag får vänta". "Doktorn kommer och som tur är för mej, tar han sig lång tid att prata med patienten, som måste opereras och även med hennes dotter som är med. Sänder många goda tankar till honom, själv hade jag aldrig hunnit med dem på det viset, detta var ovärderligt". "Går in och börjar med den ena, hinner inte bli klar för någon ropar att doktorn kallar på mig och att jag måste komma".

## Undersköterskor

Undersköterskorna skrev ofta mycket personliga dagböcker. En undersköterska började sin dagbok med: "Kära dagbok!". I undersköterskornas dagböcker tydliggörs att det framförallt är på det personliga planet som de relaterar sig till arbetet, patienter och personal.

## Patienter

Undersköterskorna gav en mindre splittrad bild av sitt förhållande till patienterna än det sjuksköterskorna gav av sitt. Undersköterskorna var i allmänhet tillfredsställda med arbetssituationen förutsatt att tiden räckte till, så att de slapp att "stressa sig igenom patienterna". Citatet "för mig är det patienterna som kommer i första hand" kan stå för innehållet i de allra flesta undersköterskors dagböcker.

"Dagen förflyter lugnt. Det känns bra när det finns tid över, man hinner prata med patienterna. Sitta ner och lyssna på dem, pyssla lite extra med dem." "Idag har jag vårdat och fixat till samtliga patienters blommor och har haft möjlighet att prata medan jag skött denna syssla, det känns bra". "Vi har tid att prata med patienterna och pyssla om dem lite extra". Citaten är alla olika uttryck för ett slags arbetstillfredsställelse som i stort sett saknas i sjuksköterskornas dagböcker.

Undersköterskornas dagböcker ger bilden av att undersköterskorna arbetar för "sina" patienter, ofta i en mycket personlig relation. "Går sedan in till Siri, den mest underbara och goa lilla dam som finns". "Det känns jätteviktigt att man verkligen tar hand om den avlidne på ett lugnt och värdigt sätt. Då har man gjort ett bra jobb och man känner sig tillfreds med sig själv och inför anhöriga. Annars var det en bra kväll att jobba. I mitt jobb som undersköterska känner jag mig trygg, att jag har ett yrkesansvar. Mycket hänger på USK att arbetet fungerar.

Det, som framkom som problematiskt, beskrevs av många undersköterskor som orsakat av toppar i arbetsbelastningen då det var svårt att hinna med patienterna. I dessa situationer påverkades undersköterskorna på ett personligt sätt.

"En patient som får avbryta graviditet p g a missbildning av foster. Känner att jag hinner inte vara hos henne mycket. Psykiskt jobbigt. Jag får springa mycket den kvällen och kolla och hjälpa den nya personalen också. En halvtimme innan jag ska gå hem, ringer patienten som är gravid. Nu får hon missfallet. Känner att jag inte har kunnat stötta henne i denna svåra stund. Hon känner en lättnad att det är över, jag också. Hon åker till OP efteråt, jag går hem för kvällen. Har bara patienter kvar i minnet, har svårt att sova den natten. Tänk om vi hade varit en person till, då hade vi kunnat vara hos patienten i hennes svåra stund".

"Man mår dåligt både psykiskt och fysiskt när man går hem, för man kan inte släppa tankarna från cancerpatienterna. Man lär känna patienterna så väl och anhöriga".

"Ibland kan jag känna en maktlöshet när vissa cancerpatienter så gärna vill prata, kanske bara att man sitter där. Under morgonarbetet finns ej den tiden. Hemskt men sant. När morgonarbetet är klart gick vi ut och fixade frukostvagnen. Jobbar alltid mot klockan när man arbetar under förmiddagen".

## Personal

Relationerna arbetskamrater emellan beskrevs som en viktig källa till arbetstillfredsställelse för undersköterskorna. Gott kamratskap kunde kompensera för det tunga i att bevittna patienters lidande och död. "Det är fina arbetskamrater jag har det är kanske därför jag står ut" skrev en undersköterska.

Undersköterskorna framhöll, med större tyngd än vad både läkare och sjuksköterskor gjorde, det goda samarbetet kollegor emellan. "Vi har ett väldigt fint samarbete". "NN och jag börjar med morgonarbetet, fungerar alltid utan en massa diskussioner om vem som skall göra vad". "Tog min eftermiddagsfika med kompisarna. Denna stund är både mysig och värdefull, man får reda på sådant som man kanske gått miste om som deltidsanställd. Vi pratar lite om utbildningar och kurser och även privata saker". "Jag trivs jättebra på min arbetsplats och med mina arbetskamrater". "Med glädje kör jag till jobbet, det är roligt att träffa arbetskamraterna igen". "Åter på jobbet efter en hektiskt semestervecka. Roligt att åter vara hos mina arbetskamrater". "Vi känner varandra bra. Vi är sammansvetsade här allihop. Vi vet mycket om varandra. Patienterna tycker att det är bra. Alla säger ju det".

En del undersköterskor ansåg att det skulle vara mera av samarbete mellan sjuksköterskorna och undersköterskorna men att anvarsfördelningen lade hinder i vägen. "Det är ju ganska uppdelat. Uskor gör det och syrror gör det. Så det är ju lite tråkigt. Och läkarna gör sitt". Ibland framskymtar att undersköterskorna upplevde en osäker position i förhållande till sjuksköterskorna. "Med alla förändringar inom sjukvården har man blivit osäker och rädd att bli arbetslös. Alltid pratas det om att det helst ska vara en sjuksköterska. Arbetet jag har utfört alla dessa år (16) anser de att man inte kan, utan det är en sjuksköterska som ska göra det".

Undersköterskorna refererade i dagböckerna sällan till läkarna. Inte i någon dagbok omnämndes de i ett personligt sammanhang eller som en del av arbetet. När de förekommer är det som en del i en beskrivning av det som händer "Nu får patienten en slang av doktorn som han skall svälja". "Doktorn kommer och han säger att det är lugnt på hela kliniken". "Doktorn vill se att allt gick bra på operationen". "Vi fick vänta 15 minuter på läkaren".

Ingenting i dagböckerna tydde dock på att avståndet till läkarna upplevdes som en konflikt, snarare får man kanske se det som en avspegling av ett faktiskt förhållande. En önskan om större gemenskap fanns dock: "Samtidigt vill avdelningssköterskan att vi ska göra klart i personalmatsalen så att sköterskor och läkare kan dricka kaffe 08.30, men det hade varit trevligt med en gemensam kaffepaus, då hade man kunnat ventilera sig, även tillsammans med läkare och sköterskor".

## **Sammanfattning**

Mötet med patienter aktualiserade, både för kvinnliga och manliga läkare, de krav som läkarna uppfattade utifrån ställdes på själva professionen. Läkarna *gör något med* patienten, de manliga läkarna funderade kring *hur* de gör detta medan de kvinnliga läkarna mer hade tankar kring *hur patienten kunde uppfatta det som läkaren gör*. När de manliga läkarna beskrev kontakterna med patienterna tillfogade de ofta funderingar kring behandlingarnas kvalitet i medicinsk bemärkelse eller tidsbrist. De kvinnliga läkarna kunde oroa sig för patientkontakten eller patientbemötandet. I dagböckerna framträdde den hierarkiska ordningen, i de kvinnliga läkarnas även könsordningen.

Sjuksköterskorna uppfattade patienterna som en källa till motivation i arbetet samtidigt också en källa till otillfredsställelse, i det att de ansåg sig sällan få tillräcklig tid med patienterna. Den växande frustrationen, som berodde på bristande patientkontakt, upplevde sjuksköterskorna vara kopplad till att ändrade arbetsorganisatoriska förhållande givit sjuksköterskorna mycket mer administrativt arbete. Det var framför allt bristen på kontroll som upplevs som besvärande. Sjuksköterskorna *gör något med* patienterna (ger sprutor osv) men saknade den personliga kontakten och den överblick denna ger. Sjuksköterskorna ingår med undersköterskorna i arbetslag, vilka beskrevs i socioemotionella termer.

Undersköterskorna beskrev sig som nära patienterna och då tiden räckte till beskrevs arbetet som tillfredsställande. Undersköterskornas upplevelse av arbetsituationen var inte lika splittrad som sjuksköterskornas. Undersköterskornas förvärvade sin speciella kompetens i arbetet som omvårdare, "patientombud" och förmedlande länk. Undersköterskorna *är* med patienterna. Deras arbetsuppgifter skapade närhet. De upplevde också att erkännande i huvudsak kom ifrån patienterna. Beskrivningarna av det kollegiala samspelet i vårdpersonalen hade en personlig ton och betonade likhet.

## 6. Identitetsskapande möten - förmedlade under intervjuer

I redovisningen nedan har utsagor i intervjuerna, som säger något om uppfattningar och upplevelser rörande; *yrkesval, förväntningar och krav* på den egna arbetsinsatsen, olika former av *samarbete*, den egna möjligheten till *professionell utveckling* i arbetet, *patientkontakten*, *könsstrukturen* i organisationen samt *ekonomi och administration*, setts kunna spegla, eller man skulle kunna säga konkretisera, sådana aspekter av jaget som formats i möten med de normer och förväntningar kring yrken och yrkesliv som råder i vars och ens omvärld, dvs som olika uttryck för en mer sammanhängande upplevelse av yrkesidentitet.

Nedanstående resultatredovisning baseras på intervjuer med 15 kvinnliga och 17 manliga läkare, 27 sjuksköterskor samt 29 undersköterskor, totalt 88 intervjuer. Inte alltid finns utsagor från samtliga intervjuade under alla rubriker, vilket kan bero på hur fokus i intervjun kom att ligga, att den intervjuade inte kunde eller ville uttrycka en åsikt eller i något enstaka fall tidsbrist. Därför anges under varje rubrik hur många intervjuer som den speciella redovisningen baseras på. För att ge läsaren en möjlighet att bedöma olika tematas inbördes relation avseende förekomst anges procenttal. Dessa är här inte att betrakta som utgångspunkt för kvantitativa bearbetningar utan anges mot bakgrund av att undersökningen syftar till att ge en bild av yrkesidentitet som en kollektiv yttring i respektive yrkeskategori.

### Yrkesval

Utsagor om hur yrkesvalet tillkommit antyder något om den grund som yrkesidentiteten vilar på och utvecklas ifrån.

Under ovanstående rubrik baseras redovisningen på utsagor i intervjuer med 15 kvinnliga och 15 manlig läkare, 27 sjuksköterskor samt 27 undersköterskor.

### Läkare

De manliga läkarnas majoritet gav uttryck för att redan i unga år ha ansett att ett yrke med "hög social status" var något självklart i det kommande yrkeslivet. De kvinnliga läkarnas majoritet uppgav att de alltid vetat att de skulle bli läkare. De flesta hade haft goda betyg och möjlighet att välja fler utbildningsvägar. "Ville bli någon.....hög status....inte nödvändigtvis läkare". "Det finns stora valmöjligheter och vägar att gå inom yrket". Några hade önskat bli veterinär. "Jag ville kanske bli veterinär men de hade dåliga framtidsutsikter då". Läkaryrket uppfattades som ett "bra jobb" med "hyfsad lön", men flera nämnde också att de vid valet var okunniga om vad yrket verkligen innebär. Många hade ett naturvetenskapligt intresse som de ville kombinera med att arbeta med människor och det kan noteras att lika

många män som kvinnor sade att kontakten med människor är viktig när de reflekterar över sitt yrkesval.

Trettiotre procent av de kvinnliga läkarna och fyrtiosex procent av de manliga hade personer i familjen som arbetade eller hade arbetat i sjukvården. Ett par av de manliga läkarna var till och med läkare i tredje generationen. Endast en kvinnlig läkare hade gått "den långa vägen" inom sjukvården, dvs tidigare arbetat som sjuksköterska.

Nästan alla var nöjda med sitt val och fann tillfredsställelse i sin yrkesutövning. Många nämnde särskilt att de skulle göra om valet. Beskrivningarna om hur man förhåller sig till yrket kan för många sammanfattas med "det enda jag vill vara". Tre läkare, två kvinnliga och en manlig, uppgav dock att de direkt ångrade sitt val med uttryck som antydde stor besvikelse. "Om jag var ung idag så skulle jag aldrig i livet bli doktor. Jag kommer att med alla medel som står till buds hindra mina barn för att välja denna bana". "Kommer aldrig till det att man känner att man kan". "Nitlott". Som motiveringar angavs hårda krav, att alltid känna sig tvungen att ställa upp, dåligt betalt och minskad status. Dessa argument återkom i relativt hög utsträckning också bland de läkare (25%) som var nöjda med sitt arbete då de gav uttryck för det slitsamma i att känna sig tidspressade och att samtidigt uppleva att det inte är tillåtet göra en felbedömning.

På frågan, hur det kändes att komma ut som ny läkare, så svarade de flesta att det hade känts nervöst och att stödet från kollegor inte varit stort. Flera påpekade dock att de hade kunnat ta hjälp av duktiga och kompetenta sjuksköterskor när de var nyutexaminerade. Osäkerheten i yrkesrollen försvinner med tiden men många nämnde spontant att oron för att göra "fel" alltid finns med. Ett annat problem, som läkare vid universitetskliniken uppfattade, hängde ihop med hur det mer vardagliga arbetet med patienterna skall kunna förenas med forskning som på många sjukhus är ett krav förbundet med möjligheten till avancemang. Dels uppfattades den statusmässiga betoningen på forskning som snedvriden, dels ansåg man att arbetstiden inte var anpassad för att hinna med de olika delarna.

## **Sjuksköterskor**

Bland sjuksköterskorna hade tjugo procent någon i familjen som arbetat inom sjukvården. Valet att bli sjuksköterska hade ofta varit självklart (31%). "Det har jag vetat sedan jag var sju år", " Kan inte tänka mig något annat". "Självklart val. Jag har aldrig tänkt på ekonomi". Bland sjuksköterskorna hade också en stor andel (44%) så att säga valt yrket i etapper. Det har varit lätt för den vårdintresserade att få arbete som biträde eller undersköterska och väl i vården befästes intresset men några önskade en "finare" position, andra hade blivit influerade av att kamrater sökt sjuksköterskeutbildning.

Många sjuksköterskor gav uttryck för yrkesstolthet. De såg sig själva som "spindeln i nätet", de måste ha överblick och snabbt kunna "läsa av vad som händer". Det gäller att kunna fatta snabba beslut i en ständig strid ström av information. De uppgav att de trivdes med "att ha många järn i elden" och att yrket kräver en stabil person med båda fötterna på jorden. En annan egenskap, som

krävs för att arbetet ska fungera bra, är att kunna leva sig in i andra människors känslor och behov. "Man måste ha intuition, man kan inte utgå från sig själv, måste anpassa sitt sätt efter hur personerna är". "Ibland fungerar inte personkemin, alla kan man ju inte tycka om på samma sätt men ändå behöver man inte visa det. Om man är vänlig och korrekt så brukar det ge med sig. Man måste kunna ta människor".

De sjuksköterskor, som hade negativa känslor i samband med sjuksköterskans mellanposition, kopplade dessa just till det uppfattade kravet på "inkännande" som denna mellanposition innebär. Samtidigt som de är mycket centrala personer med stor överblick så *måste* de "läsa av" och "anpassa sitt sätt". "Man slits ganska mycket, man har tappat ganska mycket av sin yrkesidentitet. Kanske inte jag personligen, men den stora massan. Man ska på något sätt vara alla till lags, i mitten, och så dras man från två håll". Helhetsbilden hotar att gå förlorad menade flera sjuksköterskor och uppfattade att det beror på att de inte i samma utsträckning som tidigare hinner vara ute på avdelningarna och lära känna patienterna.

Sjuksköterskorna påverkades också starkt av de signaler som den låga lönen ger. Många uppfattade den allmänt som brist på erkännande, medan några få "aldrig tänkt på ekonomin". Det förekom att sjuksköterskorna måste arbeta extra för att kunna försörja sig. "Jag är ute och föreläser-turnerar för att få ekonomin att gå ihop. Det tjänar jag bättre på än att gå hit". "Man skäms lite att inför folk tala om vad man tjänar. De som inte jobbar inom sjukvården upplever att man är lite enkel som inte jobbar med någonting annat. De kan inte förstå varför man liksom går så här, jag liksom skäms". "Det är inte ovanligt att sjuksköterskor tar tjänstledigt någon månad och åker till Norge eller Danmark och arbetar för att få ekonomin att gå ihop eller så får de förlita sig på att de blir försörjda". "Man måste ha en man som har bra betalt för att kunna klara sig" menade en kvinnlig sjuksköterska. "Min man tycker att jag är dum i huvudet som går här (skratt)". "Att läsa till syrra var det dummaste man kunde gjort, inget betalt".

### **Undersköterskor**

Trettioåtta procent av undersköterskorna ansåg att det var mer eller mindre tillfälligheter som hade gjort att de kom att arbeta i sjukvården. "Halkade in, visste ej, lätt få jobb, började som biträde men sen måste alla bli uskor, bara blev så, ville ha något yrkesinriktat, ville inte gå i skolan". Till dessa uttalanden kopplades dock oftast kommentarer, som antydde mer av målinriktning och som handlade om att man ville ha med människor att göra i ett rörligt arbete. Tjugotvå procent hade haft ambitionen att bli sjuksköterska, sjukgymnast eller lärare men för de flesta kom familjeförhållanden i vägen, andra hade mer medvetet valt undersköterskeutbildningen, som ett första steg i karriären, men sedan stannat i undersköterskeyrket. Tretton procent motiverade sitt yrkesval med att de alltid vetat att det var i sjukvården de ville arbeta. "Ända sedan jag var liten har jag velat arbeta inom vården. Jag vet inte varför, men det var det enda jag sökte till i gymnasiet". Av övriga intervjuade hade några genom vårdlinjen och praktik på sjukhus kommit att välja sitt yrke.

Bland undersköterskorna uppgav nitton procent att de hade familjemedlemmar som arbetade eller hade arbetat i vården, i de allra flesta fall som undersköterska eller biträde

Trots att yrkesvalet ofta inte varit så överlagt var det ingen som sade sig ångra sitt val. Som den mest entusiastiska undersköterskan uttryckte det: "Även om jag blev miljonär skulle jag vilja fortsätta med det, trivs jättebra".

De intervjuade hade alla flerårig erfarenhet i yrket och hade fått en yrkesstolthet och säkerhet som de tyckte att de byggt upp i patientkontakter och i samarbetet med kollegor. De uppfattade sig möta patienters behov och kände sig säkra i arbetet. "Genom erfarenhet, man kan nästan känna på lukten vad de har för sjukdom, det blir så med åren, man lär sig att koppla ihop olika kroppsliga tecken med olika sjukdomar stadier och tillstånd".

Även om undersköterskorna inte ångrade sitt val så upplevde dock några att arbetsglädjen minskat p.g.a. oro över hot om nedskärningar, att arbetsbördan psykiskt sett blivit allt tyngre beroende på att bara riktigt allvarligt sjuka numera är inneliggande samt ett missnöje med lönen. De mest negativa känslorna kring yrkesvalet kopplades främst till situationen att befinna sig underst i det hierarkiska systemet. "Man får en känsla att detta är en förvaringsplats så att man har någonting att göra annars kostar det samhället lika mycket. De tror inte att vi fyller någon funktion, vi existerar inte. Ibland när jag är riktigt trött och förbannad, fan också det är inte sant, nej vad dum man är som inte pluggar vidare till syrra, då blir man i alla fall någonting. Som undersköterska är man ju ingenting då är man bara luft. Denna känsla fanns inte förr den har kommit med besparingarna".

Flera kände att de borde läsa till sjuksköterska, mest för att bli respekterade som yrkesmänniska och för att öka möjligheterna att behålla arbetet, men ansåg att detta av ekonomiska skäl inte var genomförbart. "Man känner sig inte uppskattad av högre makter, de verkar som om de inte tycker att vi gör någon nytta. Det vi gör är inget värt, men det tycker inte patienterna. Det är de som håller oss uppe". "Lönen ger ju också en fingervisning om att man inget är värd, utan patienterna uppskattning skulle man aldrig orka."

## **Sammanfattning**

En jämförelse, de tre yrkeskategorierna emellan, visar att manliga läkare i sitt yrkesval påverkats av tidigt införlivade föreställningar om statusyrken, - jag vill ha - , kvinnliga läkare att de alltid vetat att de skulle bli läkare - jag skall bli - , sjuksköterskorna av föreställningar om att det var till vården de ville - jag vill vara - medan undersköterskornas yrkesval mer präglats av tillfälligheter - jag får ta.

## **Förväntningar och krav**

Uppfattningar gällande förväntningar och krav på den egna arbetsinsatsen är viktiga indikationer på upplevelsen av den egna professionaliteten, som den tolkas i mötet med andra.



Under ovanstående rubrik baseras redovisningen på utsagor i intervjuer med 14 kvinnliga och 17 manliga läkare, 26 sjuksköterskor samt 22 undersköterskor.

## Läkare

Totalt har merparten av de utsagor, som anger vad både de manliga och de kvinnliga läkarna ansåg som krav och förväntningar på arbetsinsatsen, en koppling till vad de uppfattade att *andra* förväntade sig av dem. De flesta påståenden har negativ karaktär och rör dels upplevda förväntningar och krav från patienternas sida dels de andra yrkesgruppernas krav på läkarnas tillgänglighet. Patienter har föreställningar om "evig hälsa och evigt liv" och ställer ofta "omöjliga krav".

"Människor förstår inte att man inte kan leva i all världens tider och vara ung, rik och lycklig". När det gäller upplevelsen av hur "de andra" ser läkaren gav läkarna bilden av en person som ständigt skall finnas tillhands. "Tillgänglig för alla i alla situationer". "Ingen respekt för läkarens arbetssituation". "Personalen ställer krav på snabbhet". "Alltid finnas till hands och dessutom vara kompis". "Det förväntas ju att doktorn alltid ställer upp, alltid orkar, aldrig får göra fel. Vi har gått på den myten och odlar den lite". "Klara allt som en Gud". Upplevelsen av att människor är avundsjuka på läkare, politikernas ovillighet att i beslutsfattandet införliva hänsyn till läkarnas faktiska arbetssituation och, i förhållande till den dagliga arbetsinsatsen, pressande krav på vidareutbildning och forskning var andra uttryck för hur läkarna upplevde inställningar i omgivningen. Svårigheter att kombinera familjeliv med läkaryrket uppfattade oftare kvinnliga läkare än manliga.

Föreställningar, som kunde hänföras till *egna* krav och förväntningar på arbetsinsatsen, gav läkarna i ringare omfattning (knappa 20%) än de som handlade om omvärldsförväntningar och uttrycktes positivt samt tematiserades enbart utifrån nödvändigheten av gedigen medicinsk kunskap och ett empatiskt förhållningssätt till patienterna.

## Sjuksköterskor

Sådana utsagor från sjuksköterskorna, som kunde hänföras till en upplevelse av krav och förväntningar på arbetsinsatsen, var i lika hög grad relaterade till *dem själva* som till *omgivningen*. Citaten "att ta hand om patienterna på bästa sätt är det första krav som kommer både från patienterna och mig själv" och "ha helhetsyn och vara väldigt stresstålig för man blir avbruten hela tiden med det man håller på med. Det får man lära sig, att hålla på med massor av saker samtidigt och veta vad man höll på med sist och kunna börja där igen" är exempel på både det självklara och det problematiska i denna insikt om samband.

Sjuksköterskorna såg sig allmänt som "spindeln i nätet", vilket de uppfattade medförde höga, ibland för höga, krav på personligheten och på kunskaper. Sammantaget gav uttalandena en nyanserad beskrivning av hur man uppfattade sig vilja vara som sjuksköterska. "God människa", "läkarna kan lita på oss", "vi måste lära oss se oss själva", "glad, öppen, ödmjuk, ha intuition, kondition, vara korrekt, vänlig, erkänna att man inte kan", uppräknningen av personlighetsegenskaper kan göras lång. Krav på god teknisk, medicinsk och omvårdnads kunskap var för de flesta självklart i yrkesutövandet. Ibland kunde dock de *egna* förväntningarna

komma till korta: "Medicin och omvårdnad det är inget konstigt, men många rycker i en och det blir svårt att hinna med patienterna. Det är sällan någon som pensioneras här".

Sjuksköterskornas reflexioner kring upplevelsen av omgivningens krav och förväntningar på arbetets utförande kopplades inte bara till andra yrkeskategorier och patienter och anhöriga utan lika ofta till hur arbetet organiserades.

"Det känns som det läggs på en nya saker samtidigt som man drar ned personal". "Skulle klara större krav på mig som person, däremot känns det tungt med de administrativa kraven". "Kraven har ökat, större ansvar, fler patienter, mindre personal".

Sjuksköterskorna talade om omvårdnadsdokumentationen, minskad bemanning, delegering av befogenheter utan ansvar, arbetstider, lönen, rumsliga avstånd mellan läkare och sjuksköterskor, samarbetet med andra vårdinstanser, alla faktorer som i nedskärningstider upplevdes ha ökat pressen på sjuksköterskan. "Om det är något med patienten, om något är sönder, om ett rör läcker så skall sjuksköterskan ha ett svar".

Samtidigt som sjuksköterskorna är mycket centrala personer med stor överblick, så upplevde de att de i stor utsträckning också måste ge en slags service åt andra. Den "spindel i nätet", som de sade sig vara, tycks själv sprattla i det. Sjuksköterskorna måste "läsa av", de måste "anpassa sitt sätt". De uppfattade att de har begränsade möjligheter att välja mellan de olika krav som ställs på dem. "Vi måste ställa upp på läkarna". "Man tar på sig mammarollen". "Balansen är svår till undersköterskorna. Nu kan vi allt som de kan plus vårt jobb". "Jag kommer snart, jag kommer snart".

## Undersköterskor

Den absoluta merparten, av de utsagor som undersköterskorna gav om förväntningar och krav på arbetsinsatsen, utgick ifrån vilka förväntningar och krav de hade på *sig själva* i arbetet. Kunnighet framhölls men än oftare nödvändiga karaktärssegenskaper. "Säker, glad, tålmodig, uppmärksam, pålitlig, ansvarstagande, lyhörd, kunna ta kritik, effektiv, mjuk", osv. Sammanfattande, för hur undersköterskorna resonerade, är citatet: "Försöka *känna* så mycket som möjligt. Kraven kommer mest inifrån. Jag kan få dåligt samvete om jag inte hinner med eller om jag inte anar hur det ligger till med en patient".

Ett konkret exempel på hur undersköterskorna använde sin empatiska förmåga är den "containerfunktion" som de ofta omnämnde att de hade och som innebär att patienterna i samtal med undersköterskan får möjlighet att tala om den oro och ställa de frågor som undersköterskorna uppfattade att patienterna inte vågar framföra till läkarna. "Kommer doktorn och frågar: Hur står det till här i dag? och dom svarar: Det är jättebra, och sen när han gått så grinar dom och jag får sätta mig ned och prata med dem. Ofta är det så".

Upplevda yttre krav och förväntningar på undersköterskan handlade mestadels om att undersköterskans arbete görs osynligt och att det därför inte ställs krav, vilket i sin tur skulle göra det lättare att bortrationalisera. "Beslutsfattarna vill

plocka bort oss. Fortfarande lite så att vi inte skall synas". "Händer att jag ber att de skall ställa krav". "Usel lön". "De (sjuksköterskorna) har utbildning men vi kan".

### **Sammanfattning**

Läkarna kopplade förväntningar och krav på den egna arbetsinsatsen till omgivningen, sjuksköterskorna såg förväntningar och krav i lika hög grad kopplade till sig själva som till omgivningen medan undersköterskorna i huvudsak kopplade förväntningar och krav på arbetsinsatsen till sig själva.

### **Samarbete, kontakter**

Yrkesidentitet, som ett utfall av hur möten med människor och praktiker i arbetslivet har internaliserats, kan bli ett uttryck i föreställningar om hur samverkan och samarbete på en arbetsplats fungerar.

Redovisningen under ovanstående rubrik baseras på utsagor i intervjuer med 15 kvinnliga läkare och 16 manliga, 26 sjuksköterskor samt 28 undersköterskor.

### **Läkare**

Generellt för läkarna gäller att kommentarer och synpunkter på samarbete, samverkan och kontakter inte var särskilt uttömmande. Det främsta temat var förhållandet till kollegor (togs upp av 75% av männen och 67% av kvinnorna) och till detta var femtiosex procent av männen och sextio procent av kvinnorna positiva om än inte särskilt nyanserade. Andemeningen kan bäst beskrivas som "kollegor stöttar varandra".

Sjuttiofem procent av de manliga och sextio procent av de kvinnliga läkarna berörde förhållandet till sjuksköterskor och undersköterskor och majoriteten av dessa (56 respektive 47 %) var positiva men mycket ytliga i sina beskrivningar. "Bra samarbete med sjuksköterskor och undersköterskor". Kanske en läkares kommentar att "man märker inte om kontakten med sjuksköterskor och undersköterskor är dålig" förklarar de nyanslösa beskrivningarna. Ett mer konkret uttryck för samma sak skulle kunna vara den åsikt som uttrycktes om den lönemässiga skillnaden mellan läkare och sjuksköterskor, nämligen att "en sjuksköterska skall aldrig kunna komma upp i en lön som är högre än en underläkares".

Läkarna hade praktiskt taget inga kontakter "uppåt-utåt" med administration, ledning eller politiker men uppfattningarna om möjliga samverkansformer (från 50% av de manliga läkarna och från 20% av de kvinnliga) var alla negativa. "Politiker, avsätt hela skiten!". "Ekonomer och administratörer har fått för stor makt, ett manssamhälle. Primitivt hur personalavdelningen fungerar, jämför hur det är på stora företag!".

Kontakter över avdelnings- och klinikgränser berördes av trettioen procent av de manliga läkarna och tjugosju procent av de kvinnliga. Dessa kontakter upplevdes oftare positivt än negativt. De utsagor som innehöll kommentarer om chefs-

överläkarskapet (från 25% av männen och 13% av kvinnorna) var samtliga positiva. "Bra chef, högt i tak". "Chefsöverläkaren är snäll". "Chefen osynlig men bra".

### **Sjuksköterskor**

Sjuksköterskornas beskrivningar av samarbete/samverkan handlade främst om förhållandet till undersköterskor och kollegor, men var övervägande generella och inte särskilt nyanserade (84% av de intervjuade). Sextiosex procent beskrev förhållandena som "bra", "jättebra", "på avdelningen bra". En sjuksköterskas kommentar att "vi hinner inte med patienter och undersköterskor, vi vet inte vad undersköterskorna tycker" och en annan sjuksköterskas att "vi är mer ensamma än undersköterskorna och har ingen att bolla frågor med, för läkarna är aldrig här" kanske ger en bakgrund till det mycket generella sätt att uttrycka sig som sjuksköterskorna hade i detta avseende.

Sjuksköterskorna beskrev sitt förhållande till läkarna (41% av de intervjuade) oftare i negativa ordalag än i positiva. Yngre läkare syns på avdelningarna och samarbetet uppfattades som gott, medan de äldre mer sällan finns till hands och därmed upplevdes mer fjärrade i sitt förhållningssätt. "De yngre frågar - hur gör ni här - och anpassar sig. De äldre är vana att bestämma". "Läkarna är inte med, karlarna bromsar, de äldre, börjar likna ett företag". "Om man behandlar läkare som någon högt uppsatt gud, så blir han ju sådan, han är ju inte dummare än att utnyttja det. De unga nya läkarna tar efter de gamla". Nitton procent kommenterade också chefsöverläkarna som med ett undantag ansågs som osynliga.

Lika litet som läkarna hade sjuksköterskorna några faktiska kontakter "uppåt-utåt" till administration, ledning eller politiker, och i likhet med läkarna uppfattades avståndet stort och enbart negativt (42% av de intervjuade). "Ibland säger vi att om det kom in en politiker så skulle vi lägga honom mitt i salen för att de verkligen skulle få se". "Arbetsgivaren borde se till att arbetsvillkoren är dragliga!".

De kommentarer, som gavs om samverkan mellan avdelningar, kliniker och paramedicinska yrkesgrupper (från 40% av de intervjuade), var övervägande positiva (34%). De positiva kopplades till samverkan med andra avdelningar och de paramedicinska yrkesgrupperna de negativa övervägande till samverkan mellan kliniker "inte mitt bord men patienten har fortfarande besvär". Samverkan med personer eller institutioner utanför sjukhusets väggar (berördes av 9%) upplevdes enbart som svårt utifrån problem med att sätta gränser.

### **Undersköterskor**

Undersköterskornas synpunkter på samverkan/samarbete handlade i det stora hela om kommunikation i bemärkelsen "prat" som ger delaktighet. Utsagor om samarbete inom den egna yrkeskategorin (från 56% av de intervjuade) handlade om samförstånd och öppenhet. "Vi kan *prata*". "Vi har en rak *dialog*". "Alla känner varandra, vi är sammansvetsade". "*Kamratskapet* är det bästa". "Alla *pratar* med alla". "Man gör det man måste göra, ingen *säger till*".

Också när undersköterskorna kommenterade samverkan/samarbete med de andra yrkeskategorierna var det oftast i termer av möjligheten att komma till tals och att få information.

Femtiosex procent av undersköterskorna hade synpunkter som handlade om avstånd eller icke-avstånd till läkarna. "Chefen *lyssnar*". "En del läkare är väldigt bra att *prata* med". "Vi har ingen *kommunikation* med läkarna, de *diskuterar* med sjuksköterskorna". "Läkarna *frågar* sällan oss om patienten". "Vi *rapporterar* till syrran som de *frågar*". "Läkarna *frågar* sjuksköterskorna som *frågar* oss". "Vi kan *fråga* överläkarna". "Alla *pratar* med alla". "Vi *diskuterar* med läkarna". "Läkarna borde *lyssna* på undersköterskorna". "Det kan vara tradition att läkarna inte *pratar* med biträden och liknande".

Fler upplevde avstånd (31%) än närhet (25%) till de läkare som var knutna till avdelningen "läkarna lever sitt eget liv" medan kommentarerna om chefsöverläkarna (från 13%) handlade om deras osynlighet. "Chefsöverläkaren har svävat bort och vet inte hur vi har det".

Kontakter med sjuksköterskor behandlades specifikt av tjugofem procent av undersköterskorna och med samma innebörd som när det gällde läkarna, dvs lika ofta uppfattades närhet som avstånd. "Sjuksköterskorna sitter på expeditionen och är inte ute med oss". "Genom att jobba i lag med en sjuksköterska har jag fått ökad förståelse för hennes jobb". Genomgående uppskattade de undersköterskor, som arbetade i arbetslag med en sjuksköterska, denna organisationsform.

Samarbete med andra avdelningar berördes mycket ytligt (av 19%) men uppfattades oftare positivt (13%) än negativt (6%).

Till skillnad ifrån de andra två yrkesgrupperna kopplade undersköterskorna (22% negativa, 8% positiva) de olika organisatoriska former för informationsutbyte, som förekom på avdelningarna; rondan, planeringsdagar, avdelningsmöten, informationsträffar, till frågan om samverkan och samarbete. Undersköterskorna var överlag negativa till den ytterst slumpartade möjlighet som de hade att delta i ronderna, men positiva till en möjlighet att i övriga möten få komma till tals, "vi får vara med och bestämma", även om det framskyntade viss kritik av hur dessa möten genomfördes, "alla med utom läkarna". "Läkarna har annat att göra. De äldre vill inte komma men kvinnliga läkare kommer till oss". "Det känns nästan som vad har han här att göra".

Kontakter "uppåt-utåt" till administration, ledning och politiker förekom inte bland undersköterskorna och i de utsagor som gavs på detta tema (22% av de intervjuade) visade undersköterskorna samma negativa hållning som läkare och sjuksköterskor. "Vi får information om sjukhuset i lokaltidningen". "De över oss vet ingenting om oss, men de vet att vi finns där nere någonstans".

## **Sammanfattning**

Generellt uttalade sig läkare och sjuksköterskor i mycket allmänna ordalag om samarbete/samverkan. Läkarna kopplade god arbetsgemenskap med den till kollegor och hade en vag positiv inställning till samarbete med övrig personal. Sjuksköterskornas mertal gav i mycket allmänna ordalag en positiv bild av sam-

arbetet inom avdelningarna men önskade mer kontakt med läkarna av arbetsorganisatoriska skäl. Undersköterskornas synpunkter på samverkan/samarbete handlade i det stora hela om kommunikation i bemärkelsen "prat" som ger delaktighet.. De fokuserade på samarbetet i yrkesgruppen men önskade också mer kontakt med läkarna i bemärkelsen att komma till tals för att bli sedda.

## Professionell utveckling

Hur den möjlighet till professionell utveckling, som sjukvården erbjuder läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, uppfattas ses här som ett av uttrycken för hur de olika yrkeskategorierna ser sitt värde och sin roll i organisationen.

Redovisningen under ovanstående rubrik baseras på utsagor i intervjuer med 15 kvinnliga och 16 manliga läkare, 27 sjuksköterskor samt 28 undersköterskor.

### Läkare

På frågan om möjligheten, att under rådande arbetsbetingelser utvecklas professionellt, nämnde åttiosju procent av de kvinnliga läkarna och åttioen procent av de manliga möjligheten till utbildning i formell bemärkelse. Särskilt på universitetssjukhuset, men även överlag, var läkarna nöjda med det utbud av kurser och vidareutbildning som erbjuds dem. Klinikerna hade i regel undervisning eller föreläsningar varje vecka. Vidare erbjöds läkarna externa utbildningar, tre till fem dagar per halvår, på betald arbetstid. Det fanns också möjligheter att delta i konferenser eller ytterligare utbildningar genom egen finansiering. Det krävdes dock lång framförhållning och planering för både den reguljära utbildningen och den egenfinansierade, vilket bl a innebar att läkarna "täckte" för varandra. Viljan att "täcka" för varandra var god, det problematiska var framför allt tid men också bemanning. "Jag har aldrig blivit stoppad, men tiden bromsar". "Inget motstånd men vi kan inte åka för vi är för få". "Mer än vad jag hinner".

Diskussioner med och återkoppling på arbetet från kollegor nämnde åttiosex procent av de manliga läkarna och sextio procent av de kvinnliga läkarna som en potentiell möjlighet till egen utveckling. Bland männen var kommentarerna kring hur de såg klimatet kollegor emellan i lika utsträckning positiva som negativa medan kvinnorna övervägande upplevde sina kollegor som en resurs i den egna yrkesutvecklingen. "Kritik ges men aldrig positiv". "Alla frågar alla". "Vi kvinnliga läkare håller varandra i handen".

Utvecklingsmöjligheter i den vardagliga verksamheten, dvs professionell utveckling genom möten, ronder, utvecklingssamtal, handledning m m, ansåg sextiotvå procent av de manliga läkarna att de fick medan endast tjugosju procent av de kvinnliga läkarna tog upp denna aspekt på professionell utveckling.

Det utvecklande i den återkoppling på arbetsinsatsen, som läkarna får genom patienterna, nämnde tjugofem procent av de manliga och sju procent av de kvinnliga läkarna. Det kan också noteras att det enbart var manliga läkare (32%) som i sitt resonemang kring möjligheten till egen utveckling kom in på sitt förhållande till de andra yrkeskategorierna, dvs sjuksköterskor och undersköterskor. "Indirekta

tecken från personalen, kom och drick kaffe". "Vi är dåliga på att ge feedback till sjuksköterskorna".

Sextioen procent av läkarna, både kvinnliga och manliga, uppfattade att arbetsorganisation var av det slag att det under arbetstid inte fanns möjlighet till reflexion över arbetsinsatsen och inte heller till informationsinhämtande på exempelvis biblioteket eller i egen litteratur. "Ingen tid till reflexion". "Eftertanke får man ha på fritiden, därför måste jobbet vara lite som en hobby". "Ingen förståelse för läkares behov som människa, vi får vidareutveckla oss på fritiden och satsa egna pengar och tid".

## **Sjuksköterskor**

Professionell utveckling i andemeningen "kunskap växer fram i det praktiska arbetet" och "man tänker på hur och varför, så lär man sig" nämnde sextioåtta procent av sjuksköterskorna att de fick i sitt dagliga arbete. Att delta i ronder, möten, utvecklingssamtal, föreläsningar berikade, även så uppfattades karriär- eller kompetensstegen som ett medel att ge struktur och innehåll åt det egna professionella framåtsträvandet. Karriärstegen innebär att det inom varje klinik skall ordnas sådan vidareutbildning som är inriktad mot specialisering och som möjliggör en differentiering mellan sjuksköterskor, vilken är tänkt att ge utfall lönemässigt.

Den mer formaliserade vidareutbildning, som erbjuds sjuksköterskorna, omnämnde fyrtiofyra procent i positiva ordalag. Ett problem i sammanhanget är att tiden upplevdes knapp. Det var svårt att ta ledigt för utbildning då det på de flesta sjukhus inte längre finns en vikariepool Tidigare hade det funnits möjlighet att ta in personal från poolen som "täckte upp" för frånvaro. Det nya innebar en hårdare belastning på kvarvarande personal och ofta underbemanning som medförde att sjuksköterskorna kunde uppleva att de balanserade på "gränsen till vad man orkar". Inte heller fanns det efter en avslutad utbildning tid till kunskapsöverföring från kursdeltagare till övrig personal.

De sjuksköterskor (32%), som var missnöjda med kursutbud och utbildningsmöjligheter, uppfattade att sjuksköterskorna som grupp har blivit missgynnade och angav det kärvare ekonomiska klimatet som en av de främsta orsakerna. "Ingen vidareutbildning fast jag har arbetat här i tjugofyra år bara vid ett tillfälle fick jag åka på en amningskonferens, men då fick jag betala resan själv". "Det satsas mer på dem med hög utbildning". "Pengarna räcker inte och då blir det pojkar (överläkarna) som reser, för det är inte så betydelsefullt med våra kurser". Flera tog också upp den snedfördelning i kompetensutvecklingsmöjligheter som råder mellan fast anställd personal och vikarierande, "aldrig för en vikarie även fast man varit här i tio år".

En vanlig synpunkt, angående kursutbudet, var att innehållet bör vara "matnyttigt". "Täcker inte de behov som finns". "Tycker inte det har varit någon riktig bra kurs, just nu går jag nutritionskurs, den är bra, det är precis vad jag håller på med". "Sårvård var bra men jag gillar inte kurser som inte är starkt förankrade i den egna verksamheten". Med de ökade administrativa och ekonomiska arbetsuppgifter,

som alltmer har lagts på avdelningsnivå, efterfrågades en mer gedigen datautbildning än de korta kurser som personalen hittills fått.

Värdet av återkoppling på den egna arbetsinsatsen från kollegor berörde trettiotåta procent av de intervjuade sjuksköterskorna. Tjugofem procent upplevde att de i den dagliga verksamheten fick denna återkoppling som bidrog till kompetensutvecklingen, medan tretton procent saknade den. Återkoppling på arbetsinsatsen från läkarnas håll uppfattade sjuksköterskorna (19%) som mindre tillfredsställande, "vi får själva slå oss på axeln och säga att vi är bra".

Patienternas betydelse för sjuksköterskornas perspektiv på arbetsinsatsen berörde tjugofem procent av de intervjuade, dock mest i bemärkelsen att "ingen tackar en och ingen visar uppskattning utom patienterna".

Tjugoåtta procent av sjuksköterskorna "tog med sig jobbet hem", dvs tid för reflexion över arbetsinsatsen gavs inte under arbetstid.

Att komma i åtnjutande av formell eller informell kompetensutveckling, såg tjugofem procent av sjuksköterskorna som ytterst beroende på dem själva. "Om man håller sig framme och kollar vad det finns för kurser så tycker jag nog att man får gå på det man vill". "Bra reaktioner om man är öppen själv". "Det är svårt att ge kritik men om det gagnar patienten klarar man det med"

## **Undersköterskor**

Då undersköterskorna talade om utveckling i yrket fokuserade sjuttio procent på den möjlighet till lärande som erbjuds i vardagsarbetet, exempelvis genom avdelningsföreståndarens insatser, kuratorinsatser, utvecklingsstegen och information från läkarna. "Ta eget ansvar det låter vår chef oss göra". "Läkarna har haft jättestressfulla föreläsningar på kvällen, många gick på den". "Kompetensutveckling är inte att utbilda sig till sjuksköterska".

Till kursutbudet för undersköterskor ställde sig femtiosex procent positiva men ofta med kommentarer kring att det är svårt att lägga in en utbildning i arbets-schemat av tidsskäl och uppfattningen att det i dagens ekonomiska läge har blivit svårare för just undersköterskor att få möjlighet att gå en kurs. En undersköterska beskriver den situation som hon under en utbildning ställdes inför: "Jag fick gå på en halvdagskurs. När man kom dit och pratade med de andra så visade det sig att det var både förmiddag och eftermiddag. Två dagar dessutom! Trodde inte att det var sant då det var en kurs om hur undersköterskor såg sig själva i arbetet!".

Mindre nöjda med kursutbudet var trettiosju procent av undersköterskorna som ansåg att det antingen var för litet eller irrelevant för deras yrkesgrupp. "Kurser är färdiga paket och anpassas inte efter våra behov".

Kompetensförstärkande återkoppling på arbetsinsatsen tyckte trettiofyra procent av undersköterskorna att de fick från sina kollegor och sexton procent även från läkare och sjuksköterskor. Tjugotvå procent av undersköterskorna nämnde dock särskilt att de inte uppmärksammades av läkarna. "Läkarna alltid borta, vi får inget veta". En undersköterskas positiva kommentar kring läkares deltagande i möten och utvecklingsarbete speglar kanske den önskan om samverkan som kan ligga fördold i de mer negativa kommentarerna. "Läkarna får jättegärna vara med, men



oftast är dom inte det, men ibland kommer läkarna *smygande*. Det är jättekul när dom är med, och få höra vad dom tycker och tänker".

Patienternas reaktioner på undersköterskans arbetsinsats, som en källa till arbetstillfredsställelse och reflexion, nämndes av trettioåtta procent av de intervjuade. "Vi får direkt svar från patienterna. En liten del som ger det men det är mycket viktigt". "Kontakten med patienterna ger den bästa responsen på mitt arbete".

Liksom sjuksköterskorna kom många undersköterskor (28%) in på det egna ansvaret för utveckling och framåtskridande i yrket. "Jag gör det inte för avdelningsföreståndarens skull". "I min generation är man överbeskyddad, här måste man greja saker själv". "Man måste jobba aktivt själv för att få något".

## **Sammanfattning**

Vidareutbildning var för läkarna ett självklart inslag i verksamheten. Utvecklingsmöjligheter genom den vardagliga verksamheten (ronder, utvecklingssamtal, handledning m m) och i möten med andra personalkategorier och patienter, ansåg merparten av de manliga läkarna att de hade medan endast en mindre del av de kvinnliga läkarna tog upp denna aspekt på professionell utveckling. Sjuksköterskor och undersköterskor fokuserade de möjligheter som finns i det vardagliga arbetet till lärande och utveckling och framhöll också det egna initiativets betydelse för kompetensutveckling.

## **Patientkontakten**

Hur mötet med patienterna uppfattas kan, förutom den officiella, positiva synen på sjukvårdens mål och mening i förhållande till patienterna, också kunna spegla särskiljande nyanser i de olika yrkesidentiteterna.

Redovisningen under ovanstående rubrik baseras på utsagor i intervjuer med 13 kvinnliga och 16 manliga läkare, 24 sjuksköterskor samt 27 undersköterskor.

## **Läkare**

Fyrtiofem procent av det totala antalet läkare, (46% av de kvinnliga och 44% av de manliga läkarna) uppgav att patientkontakten var den *bästa* delen i arbetet, det var för den de hade valt yrket. "Därför sökt jobbet" "Ger meningsfullhet". Av de övriga berättade tjuugoåtta procent (31% av männen, 23% av kvinnorna) om sina kontakter med patienterna i positiva ordalag. Tjugoen procent nämnde kontakten i mer neutrala ordalag som "det som är det minsta problemet" eller "patientkontakten har jag inga bekymmer med". Negativa var endast ett fåtal (6%) och då utifrån motiveringen att patienterna har blivit alltmer krävande med åren.

I läkarnas berättelser framkommer att det är i den direkta kontakten med patienten som man berikas som människa. Manliga läkare (25%) framhöll den själavårdande och omvårdande aspekten, som en viktig del i dagens sjukvård, då religionen tappat mycket av sin betydelse för människor. Att få tillräckligt med tid i

kontakterna kan tidvis upplevas som ett problem ansåg främst de kvinnliga läkarna (31 respektive 13%). Som en följd hade omkring tjugo procent av både manliga och kvinnliga läkare stundtals upplevt utbrändhetskänslor. Ingen sade sig dock vara utbränd, bl a tack vare den möjlighet till kompensationsledighet som läkare har.

### **Sjuksköterskor**

Bland sjuksköterskorna uppgav trettio procent att patientarbetet var det *bästa* i yrket. Trettiofem procent uttalade sig om patientkontakten med ord som "stimulerande" och "givande" medan andra (35%) uttryckte sig i mer neutrala termer som "går runt och hör vad de behöver" eller "det blir vad man gör av det själv". Att notera är att omkring tjugo procent av sjuksköterskorna ansåg sin uppgift mer som behandlare och informatör än som omvårdare och för dessa sjuksköterskor uppfattades patientkontakten som att "vårda ja, men inte för mycket, vi skall ta hand om och förklara".

I sjuksköterskornas berättelser står ett problem fram, nämligen det som förorsakas av tidsbrist. Fyrtiotvå procent av sjuksköterskorna klagade på att det inte fanns tillräckligt med tid för att göra patientkontakterna meningsfulla, "inte en chans att hinna med att ta sig tid med patienterna". Ett sätt att komma tillrätta med problemet var att organisera arbetet i vårdlag, genom dessa tyckte sig sjuksköterskorna (12%) ha fått en mer givande patientkontakt. Trots den upplevda tidsbristen var det endast ett par sjuksköterskor, som när de talade om den direkta kontakten med patienterna, kom in på att känslor av utbrändhet kan förekomma.

### **Undersköterskor**

För undersköterskorna var *själva arbetet* kontakten med patienterna. "Det är det som är arbetet, men vissa dagar tar det andra bort möjligheten".

Undersköterskorna var odelat positiva till kontakten med patienterna och de omvårdande momenten i arbetet. Många gav fina beskrivningar av sina möten med patienter, utmärkande för de flesta var ömsesidigheten i kontakterna. Man fick lika mycket som man gav. "En bit av mig själv. Innanför dessa dörrar mår man bra även om man inte mår så bra hemma". "Vi har kontakt, vi talar med varandra, sinsemellan". "Det känns som man lägger ned sin själ i arbetet". "En stor del av lönen för arbetet är den uppskattning man får från patienterna". "Mitt i all sjukdom är det trevligt, vi pratar om allt".

Många (47%) nämnde dock att arbetsförhållandena förändrats så att patientkontakten blivit lidande. Det officiella målet "patienten i centrum" står inte för en realitet sett ur undersköterskornas synvinkel. "Vi skall centrera oss kring patienten, men arbetets uppläggning är ej för patienten i centrum". Framför allt upplevdes orsaken som tidsbrist men också som en ogenomtänkt arbetsorganisationen och en snävare budget. Det arbetsorganisatoriska förhållande, som mest kritiserades, var den strikta uppdelningen mellan yrkeskategorierna. Särskilt uppfattade undersköterskorna att läkarna dåligt tog del av deras information om patienterna. Eftersom undersköterskorna såg sin arbetssituation utifrån

patientperspektivet, kritiserade de särskilt läkarnas ointresse för den information om patienterna som undersköterskorna kunde ge. "Vi har haft en läkare som har haft åtta patienter kanske eller ~~ett~~ sånt och så har vi haft en läkare som har haft fyra patienter här inne (på avdelningen) och en annan som har haft två. Så när det är rond kan det stå två läkare här samtidigt, det har varit från och till. Det är lite dåligt faktiskt patienterna hinner inte lära känna dem heller".

Undersköterskorna talade inte i något fall om utbrändhet, däremot lade tjugotvå procent av undersköterskorna skulden på sig själva för att under arbetsdagen inte ha hunnit uppfylla alla patienternas behov genom att känna *dåligt samvete*. "Hinner inte prata med dem ordentligt, det ger dåligt samvete".

## Sammanfattning

När läkare och sjuksköterskor talade om kontakten med patienterna framgick att de såg den som *en aspekt* av arbetet, vilken en överväldigande majoritet upplevde på ett positivt sätt. För undersköterskorna *var patientarbetet arbetet*, som de talade om i termer av dialog. Undersköterskorna talade, som enda grupp, om skuld i förhållande till patienterna.

## Könsstrukturen

Att sjukvårdens starka könssegregering har betydande konsekvenser ur olika perspektiv är väldokumenterat. Ett konkret exempel är det arbetsmiljöproblem som sjuksköterskor historiskt och alltfört är utsatta för nämligen lönediskriminering. När det gäller läkarna har fördelningen män och kvinnor i de yngre åldersgrupperna, och därmed i de lägre positionerna, utjämnats medan högre tjänster oftast är besatta av män. Det kan också noteras att män för det mesta är i majoritet bland ledamöterna i landsting och distrikt, dvs det är fortfarande män som besitter makten att definiera sjukvården. Könssegregeringen och könsdiskrimineringen är med andra ord identitetsskapande krafter.

Under ovanstående rubrik redovisas utsagor från intervjuer med 15 kvinnliga och 17 manliga läkare, 27 sjuksköterskor samt 29 undersköterskor, som "generella uppfattningar" om könsstrukturen i sjukvården, dvs vad en merpart av de intervjuade lyfte fram och ifrån detaljsvar som nyanserar innehållet

## Läkare

De manliga läkarna var på ett allmänt plan positiva till en jämnare könsfördelning i sjukvården, men utan att visa något påtagligt intresse för frågan. Förhållandet till de kvinnliga kollegorna såg de manliga läkarna som jämlikt, men hade inte reflekterat särskilt mycket över problemet manligt-kvinnligt i yrkeslivet. "Förhållandet till kvinnliga läkare känns jättebra" eller "Jag har lättare att umgås med kvinnor, kvinnor är trevligare".

Bland läkarna fanns dock kunskap om den problematik som kvinnliga läkare har lyft fram i debatten om att vara kvinna i ett manligt system. På de sjukhus, där

det fanns nätverk för kvinnliga läkare, hade problematiken blivit uppmärksam-  
mad. Trots medvetenhet om skillnader så förstod vissa män ändå inte det  
"osynliga förtrycket". "Kvinnor är mjukare i handlaget med patienterna, i  
kontakten med patienterna. Generellt så har de en mjukare inställning till  
patienterna. Däremot så tycker jag att det inte finns någon segregering. Detta har  
vi diskuterat mycket på kliniken. Det finns inget kvinnoförtryck. Jag vet att de  
kvinnliga läkarna här anser att det finns".

En kvinnlig läkare menade att kvinnor är bättre läkare för de har kommit  
igenom alla hinder, men ansåg ändå att en del kvinnor "gnäller" för mycket. En  
"grabbig" stämning härskade på ett par av klinikerna, möjligen beroende på att en  
är en utpräglad akademisk klinik och den andra en ortopedisk, trodde kvinnliga  
läkare på klinikerna. En manlig läkare konstaterade att "kvinnor har ofta små barn  
(!) och det är ju så att även då det gäller kvinnliga läkare så har de huvudansvaret  
då det gäller barn. De är oftare hemma för sjukt barn osv och kan komma i kläm  
på det sättet".

Genomgående märks en skillnad mellan de kvinnliga och manliga läkarnas  
uppfattningar om könssegregeringen. Männen förstod den speciella problematik,  
som kvinnliga läkare kan möta, men såg samtidigt systemet som givet, som det  
enda sättet att organisera arbetet på. De kritiserade inte sjukvårdssystemet som  
sådant, utan utgick ifrån det och såg mer till övriga levnadsvilkors betydelse för  
kvinnliga läkares professionella möjligheter.

Kvinnorna var däremot ofta kritiska till själva systemet. "Män lyder andra män i  
högre position. De finner sig lättare i ett hierarkiskt system". Kvinnorna ogillade  
könskvotering, men ansåg att det nuvarande systemet missgynnar kvinnors karriär  
som exempelvis till professors- eller chefsöverläkartjänster. Förhållandet till de  
manliga läkarkollegorna innebar på det personliga planet inga problem för de  
kvinnliga läkarna, däremot upplevde de sjukvårdens organisation som stel och  
hierarkisk. Detta gjorde att deras möjligheter att avancera uppfattades vara mindre  
än männens. Röster bland kvinnorna hävdade att "män gör sig mer hörda utan att  
vara mer insatta, ser till detaljer och struntar i helheten, är mer självgående, priori-  
terar den egna karriären och har mer uppbackning hemifrån, de gifter sig med  
lågstadie lärare och de tar sällan ut pappaledighet".

Kvinnorna var rädda att bli ett B-lag om de önskade arbeta deltid, beroende  
exempelvis på att det krävs träning och erfarenhet i att operera, vilket på många  
kliniker är det tyngst vägande kriteriet för befordran. "Vi tar på oss, vi fastnar i  
vårdarbetet och det räknas inte när det gäller karriär". Både kvinnor och män  
uppfattade läkar karriären som svårkombinerad med att vara småbarnsförälder.

Männen såg i större utsträckning än kvinnorna till kvantitativ jämställdhet dvs,  
numerär jämn könsfördelning. "Vi är femtio - femtio här, det är bra". Kvinnorna  
såg i högre grad till kvalitativ jämställdhet, dvs lika villkor. "Det är från början ett  
manligt yrke...chefer är män...män ser män".

"Män vågar inte tala om att det som är jobbigt. Män vågar inte visa sig svaga  
inför varandra. Dessutom ingår det i läkarrollen att man ska vara heroisk" menade  
en kvinnlig läkare. "Vi har svårt sjuka patienter här ofta unga. Det är svårt att ge  
besked och att syssla med döden. Vi har många gånger begärt handledning och nu

är det några av de manliga kollegorna som stöttar de kraven.Handledningen skjuts åt sidan men forskningsseminarier det har vi varje vecka. Då är det inga problem, alla kommer men med sånt här som är lite mera "mjukis" händer ingenting".

De kvinnliga läkarna menade att det är en stor skillnad på hur manliga och kvinnliga läkare blir bemötta av vårdpersonal. De flesta hade haft problem i förhållandet till sjuksköterskor och undersköterskor. De yngre upplevde att det kunde vara svårt att sätta de professionella gränser som de uppfattade vara en förutsättning för att på ett självklart sätt kunna begära att få vissa sysslor utförda. "Om jag säger att det får du göra så blir man lätt en hagg". De uppfattade att manliga läkare får mycket mer uppsättning av kvinnlig personal. "Om en man begär något så letar de fram det, om en kvinna så ligger den där". "Jag tror inte du kan fråga en kvinnlig sjuksköterska om hon är avundsjuk på en kvinnlig läkare, då skulle du få svaret nej". Detta hade vissa av de manliga läkarna också noterat. "De kvinnliga sjuksköterskorna tycker inte att de behandlar oss olika men säger samtidigt att de manliga läkarna *kräver* mycket mer".

Allmänt uppfattade läkarna det rådande systemet med kvinnlig vårdpersonal som tillfredsställande "Kvinnor är mer omvårdande, det ligger nära tillhands". En manlig läkare ansåg å propos manliga sjuksköterskor att "det är lite underligt att en man stannar som sjuksköterska. Om man ser någon som är väldigt duktig tycker man nog att han borde fortbilda sig, avancera, om han tycker att han har kapacitet för det". Liknande tankegångar fanns hos andra manliga läkare. Inga läkare hade dock kommenterar kring det konstiga i att duktig kvinnlig vårdpersonal inte avancerar. I flera intervjuer kommenterades att det är vanligt att manliga sjuksköterskor och undersköterskor är homosexuella. Detta värderades inte utan sågs som en *förklaring* till att män kan stanna i detta "kvinnliga" yrke. "Manliga sjuksköterskor...många är homosexuella män och de är inte som andra män. De är mer lik oss. Mycket mera mjuka de kan prata om känslor och är lite mer ödmjuka inför livet. Inte rädda för att vara mjukisar, andra män mer macho", menade en kvinnlig läkare. "Manliga sjuksköterskor är komplexfyllda för de vill egentligen vara doktorer. Män kan inte underordna sig kvinnor, därför blir det svårt med relationen till kvinnliga läkare" ansåg en annan kvinnlig läkare.

## **Sjuksköterskor**

Sjuksköterskorna ansåg allmänt att vården behöver fler män, men oftast tillade sjuksköterskorna att de hade liten erfarenhet av att arbeta tillsammans med manliga kollegor.

Fler män som sjuksköterskor eller undersköterskor uppfattades kunna påverka främst arbetsklimat och löner. Mindre "tjafs" och högre lön. Uppfattningar om skillnader mellan kvinnlig och manlig vårdpersonal handlade om att kvinnor är lite mer omhändertagande medan män ofta är rationellare.

Sjuksköterskorna välkomnade män på avdelningen. Det enkönade kollektivet kunde vara problematiskt och mindre önskvärt. Sjuksköterskorna ansåg att män säger ifrån mer än kvinnor, inte att de är duktigare rent professionellt, men att

männen "är mer drivande och säger ifrån på ett annat sätt". En förklaring till detta gav en sjuksköterska: "Killar arbetar heltid i större utsträckning och vet därför mer eller har större översikt och kontinuitet. Därför tar de lättare kommandot eller får sin vilja igenom, heltidare tillfrågas i större utsträckning".

Läkarna framstod för sjuksköterskorna i allmänhet som ganska avlägsna och uppfattningen om förhållandet till läkarna skulle kunna karaktäriseras som att vara till hands men i "isolerade i yrkesroller". "Hur föds en narkosläkare? Det gör han genom att gå bredvid en erfaren narkosyrria ett halvår och sedan är han hennes chef!" "Förr tyckte jag att jag var ännu mer sekreterare till doktorn". Många sjuksköterskor uppfattade att rollen är att ställa upp för alla och passa på läkarna. "Hur skiljer man kvinnorollen och arbetsrollen? Man är en slags mamma. Vi kvinnor försöker jämka och då blir ju denna position ganska utsatt". Det finns en skillnad mellan manliga och kvinnliga läkare ansåg dock de flesta sjuksköterskor. "Kvinnlig läkare gör mycket mer än manliga. De kan stämpla sin remiss själv, de kan svara i telefon, en manlig läkare står oftast bara i dörren och ropar. De förväntar sig att bli servade. Det gör aldrig en kvinnlig läkare. Jag kan tänka mig att kvinnliga läkare upplever att män får service men inte de, men det beror på att de är kvinnor själva. De bara gör det". "All personal respekterar kvinnliga läkare och hjälper dem lika mycket".

En del sjuksköterskor tyckte också att de kvinnliga läkarna var bättre läkare än männen. De menade att kvinnliga läkare kombinerade de professionella egenskaperna med sina "kvinnliga egenskaper" som mjukhet, förståelse, inlevelse mm. Kvinnor hade dessutom konkurrerat i en miljö som gynnade män. En annan ganska vanligt förekommande uppfattning var att många kvinnliga läkare hade arbetat som sjuksköterskor tidigare och därför hade ett annat förhållningssätt gentemot såväl personal som patienter. "Skillnaden på manliga och kvinnliga läkare är inte relaterat till kön. Det är fler kvinnliga läkare som har arbetat som sjuksköterskor eller undersköterskor tidigare och är därför kanske annorlunda i sin inställning till oss och medvetna om vårt arbete".

## **Undersköterskor**

Undersköterskorna önskade fler män i vården. Det absolut vanligaste skälet till denna önskan var föreställningen om att det skulle bli trevligare och roligare att jobba och att mer blandade grupper skulle ge färre konflikter i personalgruppen. "Tjejer har svårt att komma överens. Det blir mycket jämförelser och intriger, rent ut sagt en massa skitsnack, killar väger upp det".

Ett annat skäl, som framfördes, var att män ofta är fysiskt starkare än kvinnor och att det kunde behövas ett rejält handtag ibland. De flesta ansåg att personlighet var överordnad kön, exempelvis vad gäller patientkontakten ansågs män kunna komma patienten lika nära och lika bra som kvinnor.

De flesta uppfattade att män försvinner till vissa befattningar eller "nischer" i vården, som har högre lön och status, eftersom ökad erfarenhet och kunskap i vårdarbete inte påverkar löneläget. Den vanligaste enskilda förklaringen, som gavs till att så få män arbetar inom vården, var just de usla lönerna. "Här kan man vara

så bra som helst och så dålig som helst". Det fanns också en mer eller mindre uttalad föreställning om att män skall och vill göra karriär. "Lönerna kanske skulle bli bättre med fler män". "Kvinnor säger inte ifrån".

Undersköterskornas uppfattningar om skillnader mellan manliga och kvinnliga läkare utgick huvudsakligen från patientens perspektiv. "Kvinnliga läkare är mer runt kring patienten. De har mer av omvårdnad i sig. Kvinnor verkar ha mer insyn hur det funkar på avdelningen, de upplever patienterna på ett annat sätt, ser helheten, tar till sig hela patientens situation". En möjlig förklaring till detta upplevdes vara "att kvinnor i större utsträckning än män har arbetat som vårpersonal" och att det därför är bra med läkare "som har gått den långa vägen". "Alla som läser medicin borde jobba inom vården under utbildningen. De som kommer direkt efter skolan är dåliga". I relationen till undersköterskorna så ansågs de kvinnliga läkarna ha lättare än de manliga att samarbeta om verksamheten på avdelningen. "De är mer med i gemenskapen. De står patienten närmare och är mjukare. De ser helheten och de är lättare att prata med kvinnliga läkare", ansåg merparten av undersköterskorna.

Kvinnliga läkare får inte mer service än manliga, enligt undersköterskorna, "det är de själva som tycker att de har en speciell press på sig". En mindre del av undersköterskorna upplevde kvinnliga läkare som mer stressade och trodde att det kan bero på att de har mer hemansvar och dubbelarbete.

### **Sammanfattning**

De manliga läkarna förstod den problematik som kvinnliga läkare kan möta, men såg samtidigt organiseringen av arbetet, system och strukturer som givna. Kvinnliga läkare var oftast kritiska till själva systemet. Sjuksköterskorna och undersköterskorna ansåg att fler män i vården skulle påverka arbetsklimat, status och lön positivt men undersköterskorna underströk i högre utsträckning trivselskäl för fler män i vården.

### **Ekonomi och administration.**

I möten med de ekonomiska och administrativa styrsystemen påverkas den enskildes syn på det egna yrkets plats i organisationen.

Redovisningen under ovanstående rubrik baseras på intervjuer med 15 kvinnliga och 16 manliga läkare, 26 sjuksköterskor och 28 undersköterskor. De uppfattningar som redovisas kan hänföras till vad en majoritet av de intervjuade uttryckte.

### **Läkare**

Både de manliga och kvinnliga läkarna var negativa till att *ekonomin* hade blivit ett så starkt organisatoriskt styrsystem. En del kritiserade systemet som sådant andra de ekonomiska nedskärningarna. Vad gällde de ekonomiska neddragningarna i sjukvården uttryckte läkarna förståelse för att de initialt hade

varit nödvändiga men de flesta ansåg att man nu närmat sig en smärtgräns. De flesta av läkarna nämnde det tidigare "slöseriet" inom sjukvården "Jag tror att det måste finnas en viss form av ekonomistyrning för annars slirar det iväg. När jag började för 15 år sen så kom patienten in för någonting på sjukhuset se'n fixade man allt från löständer till fotvård. Man gick igenom rubbet och röntgade dittan och dattan". Alla förstod att sjukvården måste anpassas till samhällsekonomi och att kostnadsmedvetenhet var en positiv erfarenhet men ingen ansåg att det system som införts fungerar bra.

Läkarna ansåg att köp-och-säljssystemet nu "satt sig" men att avigsidorna blivit alltmer framträdande. Visserligen har ekonomiskt ansvar delegerats till klinisk nivå men med sådana begränsningar att man med en läkare kan säga att "landstinget har gjort det smart att koppla ihop medicin och administration", dvs en slags indirekt styrning genom ekonomiska incitament. Det framgick klart att den enskilde läkaren varken har, eller kan få, överblick eller inflytande i systemet då hon eller han framför allt upplevde sig som utförare. Det är svårt att få överblick hur besparingarna slår menade flertalet av läkarna. "Vi får betalt per patient, ett sjukt ekonomisk system, ju mer vi producerar desto sämre". "Det är korkat, det här är ingen bilverkstad". "Jag tycker inte man ska använda företagstänkande. "Sjukvård ska vara sjukvård och ingenting annat. Inte det här pengar, pengar pengar. Produkter säger man, men det är fortfarande människor det handlar om". "Det är ingen människa som tycker om det här, inte någon. Man kan inte riktigt förstå det. Jag hoppas det är på utdöende".

Köp och säljssystemet ansågs inte heller ha bidragit till en effektivare sjukvård. "Vi skickar räkningar fram och tillbaka. Fungerar inte med köp och sälj. Ta istället bort det som inte hjälper, som exempelvis akupunktur, zonterapi, provrörsbefruktnings eller hälsokontroller". "En kvinna vill bli opererad för något ofarligt och om hon får nej åker hon till ett annat sjukhus men vi får betala".

De flesta läkare hyste ingen tilltro till dem som har det övergripande politiska ansvaret. "Den politiska styrningen helt hopplös". "Den politiska färgen växlar, det ena året skall man decentralisera det andra året centralisera". "Politikerna kan inte tydliggöra det övergripande och de system som införts hinner inte bli sjuksatta förrän nya kommer". "Först var det köp och sälj och nu är det Nya Grepp". En kvinnlig läkare uttryckte den samlade uppgivenhet som fanns inför de signaler som ekonomistyrningen ger. "Det är aldrig någon som säger att vi faktiskt gör en massa gott för de pengarna vi använder. Det låter alltid som om vi slösade bort pengarna för vårt eget nöjes skull. Vi bara kostar. Vi är några slags parasiter. Denna inställning är oerhört deprimerande".

När det gällde sjukhusens *administration* rådde en misstänksamhet som avspeglade den klassiska motsättningen mellan de två olika hierarkierna, den administrativa och den medicinska. Sjukhusens administrativa enheter uppfattades som både rumsligt och personligt avlägsna, "utan ansikten". Det framfördes att nedskärningarna inte hade drabbat den administrativa personalen utan endast vårdpersonal. "Retar mig". "Administrationen är som en seg tjära, ingenting händer på många, många år. Åt skogen med administrationen. De verkar inte veta något om verksamheten. Fota hälften av administrationen och ge oss pengarna



istället. Det är här som de behövs". En läkare refererade till en artikel i "Tidning för Yngre Läkare", där proportionen administratörer-läkare inom sjukvården ifrågasatts mot bakgrund av att administratörerna totalt är över fem gånger så många som läkarna.

En viss skillnad kunde noteras mellan vad de kvinnliga och de manliga läkarna lade in i begreppet administration. Männerna talade i större utsträckning om det administrativa systemet i termer av ledarskap och politisk styrning medan kvinnorna mer såg till sina egna praktiska administrativa arbetsuppgifter, "pappersarbetet".

Främst de manliga läkarna ansåg det nödvändigt med medicinsk kunnighet för att kunna bära det administrativa ansvaret, då detta ofta är intimt sammankopplat med medicinska beslut vilka bl a kan innebära medicinska prioriteringar. Några manliga läkare föreslog införandet av skilda karriärvägar för läkare, en medicinsk och forskningsmässig, en annan karriärväg för administrativa uppgifter. "Det administrativa ansvaret fördelas inte efter administrativa begrepp utan det går efter rent medicinska eller vetenskapliga grunder och tjänsteår inte efter administrativt intresse eller kunskap. Det är beföringsgången". "Det saknas en satsning på ledarskaps- eller chefsutbildning". "Man har börjat lite med chefsutbildning inom landstinget som jag tycker är ganska torftig. Jag tycker att de skulle utnyttja försvarets kompetens beträffande ledarskapskurser. Det skulle vara ett stort steg framåt för hela sjukvårdens ledning, även på kliniknivå". "Det administrativa arbetet och ansvaret borde var en alternativ karriärväg".

Kvinnliga läkare kommenterade främst de egna arbetsuppgifterna. "Trist, (skratt), det är det tråkigaste man har. Det är roligt med handledning och det är roligt med undervisning men det här rent administrativa eller det här umgänget med administrationen det tycker jag är tråkigt. Det försöker jag att undvika så mycket som möjligt (skratt)". "Vi har mycket pappersarbete och det blir mer och mer. Jag lägger det på hög och tar en eftermiddag och gör ett ryck".

Samtliga läkare, både kvinnor och män, ansåg att "pappersarbetet" tar för mycket tid och de flesta uppgav att det tar tid från patienterna. Flera menade att de delvis måste arbeta på obetald tid med dessa göromål.

## **Sjuksköterskor**

Liksom läkarna uttryckte sig sjuksköterskorna generellt negativt när det gällde de ekonomiska och administrativa styrsystemen. De konkreta uttryck, som uppgavs följa på de *ekonomiska* nedskärningarna, var mindre personal, i vissa fall indragen pool, indragen vakpersonal, sämre transporter och att tjänster som exempelvis köksa bortrationaliserats. Besparingarna tar sig många konkreta uttryck bl a att man på en klinik skaffat tvättmaskin och torktumlare. "Det liknar en tvättstuga men det blir billigare...tjejerna ligger i".

Indragningar och besparingar kommer till syvende och sist att drabba patienten i form av sämre omhändertagande menade sjuksköterskorna. Ingen såg något positivt i det som det nya styrsystemet hade medfört. Den så kallade "slakhet", som tidigare fanns i organisationen, hade kunnat åtgärdats på annat sätt enligt

mångas förmenande. "Är ganska förbannad på kommunen, jag tycker bara att de har pengar i sitt huvud, vem som är betalningsskyldig, landstinget eller kommunen"

Nästan alla kände sig tveksamma till sådana uttryck för köp- och säljsystemet som exempelvis internfakturering, men utan att göra anspråk på att vara särskilt väl insatta i hur ekonomin fungerade. "Vi har inget att göra med fördelningen av pengar". Sjuksköterskorna uttryckte farhågor för att personalindragningarna på sikt kunde få negativa konsekvenser för vårdens kvalitet även om man tyckte att man hittills inte gått över en sådan gräns. Sjuksköterskor ställde sig också ofta tveksamma till besparingarnas legitimitet. "Rökavvänjningen ett slöseri" "Om man skulle spara skulle vissa inte slösa, som politiker och överläkare och apparater som köps". "Läkarna får från köket om vi har möte så får vi inget". "Det är patienten som gäller kanske inte alltid dyra maskiner". "Det brister i samarbete med andra enheter. Patienter skickas fram och tillbaka pga kostnader. Bollandet med skattepengar är korkat".

Sammanfattande kan de olika synpunkterna uttryckas på det sätt som en sjuksköterska gjorde: "Mer ansvar, mindre personal och fler patienter".

Genomgående framkommer i intervjuerna med sjuksköterskor att lönesättningen uppfattades som en viktig styrande faktor i upplevelsen av arbetet. Sjuksköterskorna ondgjorde sig över den okunskap om och ointresse för sjuksköterskeyrket som arbetsgivaren visar genom lönesättningen. Att man tolererade låg lön och osäkra anställningsförhållanden med långa vikariat berodde för många på att andra arbeten inte fanns att tillgå. Att krav bl a på medicinsk kunskap och administration kunnat öka utan lönekomensation, uppfattades bero på att samhället utnyttjar sjuksköterskans lojalitet och att styrande politiker har dålig verklighetsförankring, dvs de vet helt enkelt inte vad en sjuksköterska utträttar. Utbildningen lönade sig inte och försörjningen uppfattades ibland som ett problem, särskilt om det fanns barn i familjen.

De allra flesta sjuksköterskorna hade mycket svävande föreställningar om sjukhusadministrationen. Den ansågs på alla sätt som avlägsen och vad man särskilt frågade sig var om även administrativ personal hade blivit utsatt för åtstramningar. "Undrar hur besparingarna slår emot administrationen"? "De som styr över ekonomin, har de utbildning i ekonomi"?

De förekommande kontakterna med sjukhusadministrationen kommenterades i negativa ordalag. Konkreta problem som nämndes var bl a arbetstidsförskjutning eller att relationen till personalchefen var ansträngd. "Det är tråkigt att man ska känna sig tvungen att spela in på band vad arbetsgivaren säger för att man inte kan lita på dem".

Ett annat uttryck för problem i förhållande till administrationen hade att göra med att sjuksköterskorna uppfattade att personalkategorierna ur administrativ synpunkt behandlades olika, exempelvis utformningen av tjänstgöring i poolen. Om en sjuksköterska är stationerad i poolen betyder detta att varken hennes yrkestillhörighet, specialitet eller egna behov av översikt över arbetssituationen avgjorde hennes tillfälliga placering. Sjuksköterskan kan bli ålagd att arbeta som undersköterska, inom ett område där hon saknar erfarenhet och kan också

omplaceras under en och samma dag. "Bestämt att jag skall gå som undersköterska på plan 5, gyn avd. Kommer in för att få rapport på morgonen, en högljudd diskussion på expeditionen pågår. Det beslutas att jag istället skall gå som sjuksköterska då det fattas folk. Det fattas även undersköterska, så alla är missbelåtna".

Det rimliga i att använda läkarkompetens i ekonomiska och administrativa frågor ifrågasattes också. "Fel att använda läkare till administration. Var annars anställer man folk som inte har adekvat utbildning"?

Alla sjuksköterskor var överens om att det egna "administrativa" arbetet, dvs pappersarbetet, tog alltför stor del av arbetstiden och att det ökar. Ett problem rörde den nya omvårdnadsdokumentationen som Socialstyrelsen infört. De flesta ansåg att den är viktig och angelägen men att den organisatoriska strukturen inte medger att en timme om dagen avsätts för dokumentation. "Allt det här som man skriver har man ju gjort förut men inte skrivit ner det. Det är bara sånt som man utfört och det har alltid kommit fram i muntliga rapporter. De vi inte har skrivit har vi inte gjort heller. Det ska bidra till en säkrare vård. Vi ska kunna visa vad vi gör, så det kan finnas fackligt intresse". "Allt ska dokumenteras enligt lag även det som undersköterskorna utför". "Förr hade man bara dag- och nattrapporterna som skrevs för varje pass. Nu är det annorlunda och bara ökar. Vi har mottagningsamtal, omvårdnadsplanering, och uppföljning och utvärdering och daganteckningar osv."

## **Undersköterskor**

Undersköterskorna ansåg att indragningar och besparingar gav känslor av hopplöshet och håglöshet.

"Men för patienternas skull försöker vi hålla humöret uppe". "Med det vill jag säga att alla politiker, chefer, massmedia osv skickar en massa papper, skriver i tidningar och annat där det står hur vi ska göra och förändra oss. Allt handlar om kvalitetssäkring, utveckling och förnyelse. När ska de börja tänka på traditionerna och sjukhuskulturen. Vi är ju inte dummare än att vi fattar vad det handlar om. Det är pengar som ska sparas, inget annat". "För sjuka patienter är det vanligt att småsaker blir mycket betydelsefulla och det måste man ta fasta på om man ska ha någon vårdkvalité". "De små vardagliga sakerna kan man förgylla. Det är i det lilla vi kan göra något för våra döende patienter. God mat, permission över dagen. Smörja fötterna flera gånger om dagen. I en krympande ekonomi är det just det här lilla extra som hotas. Ur ett friskt perspektiv är det kanske svårt att försvara men vi måste ju se saken utifrån det svårt sjukes perspektiv". "Det är befängt att slussa omkring kostnaderna mellan kommun och landsting. Vi skickar iväg patienter så att kommunen får ta kostnaden. Landsting och kommun borde inte vara olika när det gäller vården i alla fall. Interndebering kostar massor". "Man kan inte bara föra in förändringar överallt utan att pröva i mindre skala. Lösningarna och förändringarna kommer alltid uppifrån. De som sitter och bestämmer har aldrig satt sin fot innanför sjukhuset".

Samtliga undersköterskor ansåg att lönen är för låg, men det påpekades också att det i nuläget är svårt att förändra då sjuksköterskorna i princip inte har högre lön och således styr sjuksköterskornas löner undersköterskornas löneutveckling genom det tak som sätts av sjuksköterskelönen. Vidareutbildning till sjuksköterska lönar sig således inte för denna grupp, flera undersköterskor påpekade detta, en person hade t o m hoppat av från påbörjad sjuksköterskeutbildning då det visade sig att lönen inte skulle bli högre som nyutexaminerad sjuksköterska. En annan aspekt av den styrning, som den låga lönen utgör, är att få män söker sig till yrket, då exempelvis kommunens vaktmästare har mer betalt än en undersköterska. Motivationen att satsa mer och helhjärtat i arbetet uppfattades också som hotad utan det styrande som ligger i att ge och ta. "Alla ger mycket men får inget". "Fler uppgifter men samma lön".

Undersköterskorna kom sällan in på frågor om sjukhusadministrationen men om så skedde alltid utifrån en negativ inställning. "Policydokument, det enda som är viktigt är att det är väldokumenterat på papperet. Att patienterna sedan blir lidande i verkligheten verkar de inte bry sig om".

### **Sammanfattning**

Samtliga yrkeskategorier var negativa till de effekter som de ekonomiska nedskärningarna i dagsläget lett till. En allmän uppfattning var att de olika "experter" som styr sjukvården saknar insikt i den faktiska verksamheten.

## 7. Intervjudelens sammanfattningar

Nedan presenteras samlad de sammanfattningar som ovan följt på redovisningen av utsagor kring olika temata i intervjuerna.

*Yrkesval.* En jämförelse mellande tre yrkeskategorierna visar att manliga läkare i sitt yrkesval påverkats av tidigt införlivade föreställningar om statusyrken, - jag vill ha - kvinnliga läkare att de alltid vetat att de skulle bli läkare - jag skall bli - sjuksköterskorna av föreställningar om att det var till vården de ville - jag vill vara - medan undersköterskornas yrkesval mer präglats av tillfälligheter - jag får ta.

*Förväntningar och krav:* Läkarna kopplade förväntningar och krav på den egna arbetsinsatsen till omgivningen, sjuksköterskorna såg förväntningar och krav i lika hög grad kopplade till sig själva som till omgivningen medan undersköterskorna i huvudsak kopplade förväntningar och krav på arbetsinsatsen till sig själva.

*Samarbete och kontakter:* Generellt uttalade sig läkare och sjuksköterskor i mycket allmänna ordalag om samarbete/samverkan. Läkarna kopplade god arbetsgemenskap med den till kollegor och hade en vag positiv inställning till samarbete med övrig personal. Sjuksköterskornas flertal gav i mycket allmänna ordalag en positiv bild av samarbetet inom avdelningarna men önskade mer kontakt med läkarna av arbetsorganisatoriska skäl. Undersköterskornas synpunkter på samverkan/samarbete handlade i det stora hela om kommunikation i bemärkelsen "prat" som ger delaktighet. De fokuserade på samarbetet i yrkesgruppen men önskade också mer kontakt med läkarna i bemärkelsen att komma till tals för att bli sedda.

*Professionell utveckling:* Vidareutbildning var för läkarna ett självklart inslag i verksamheten. Utvecklingsmöjligheter genom den vardagliga verksamheten (ronder, utvecklingssamtal, handledning m m) och i möten med andra personal-kategorier och patienter, ansåg merparten av de manliga läkarna att de hade medan endast en mindre del av de kvinnliga läkarna tog upp denna aspekt på professionell utveckling. Sjuksköterskor och undersköterskor fokuserade de möjligheter som finns i det vardagliga arbetet till lärande och utveckling och framhöll också det egna initiativets betydelse för kompetensutveckling.

*Patientkontakten:* När läkare och sjuksköterskor talade om kontakten med patienterna framgick att de såg den som *en aspekt* av arbetet, vilken en överväldigande majoritet upplevde på ett positivt sätt. För undersköterskorna *var patient-arbetet arbetet*, som de talade om i termer av dialog. Undersköterskorna talade, som enda grupp, om skuld i förhållande till patienterna.

*Könsstrukturen:* De manliga läkarna förstod den problematik som kvinnliga läkare kan möta, men såg samtidigt organiseringen av arbetet, system och struktu-

rer som givna. Kvinnliga läkare var oftast kritiska till själva systemet. Sjuksköterskorna och undersköterskorna ansåg att fler män i vården skulle påverka arbetsklimat, status och lön positivt, undersköterskorna underströk dessutom i hög utsträckning trivselskäl för fler män i vården.

*Ekonomi och administration:* Samtliga yrkeskategorier var negativa till de effekter som de ekonomiska nedskärningarna i dagsläget lett till. En allmän uppfattning var att de olika "experter" som styr sjukvården saknar insikt i den faktiska verksamheten.

## 8. Yrkesidentitet i perspektiv av person- och positionsorientering

För att besvara frågan om yrkesidentitet i sjukvård har med olika angreppssätt (deltagande observationer, dagböcker, intervjuer), sökts uttryck för yrkesidentitet i yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Som vi inledningsvis utvecklat i kapitel två har vi utgått ifrån uppfattningen att yrkesidentitet skapas i ett socialt sammanhang och att effektiviteten i en organisation är beroende av om de olika yrkesgrupperna har professionella identiteter som har sitt ursprung i en känsla av samstämmighet, som exempelvis kan gälla organisationens mål men också sådant som egen och andras roll eller funktion.

Yrkesidentitet har i undersökningen uppfattats som en komprimering av medvetna och för- och omedvetna meningar om dels den yttre organisatoriska verkligheten, dels det egna jaget i ett yrkesmässigt sammanhang. Yrkesidentitet har studerats genom olika uttryck för en av "yrket färgad självbild", d v s den bild den enskilde har eller får genom erfarenhet av och reflexion över sig själv i ett yrkesmässigt sammanhang och som förmedlas till betraktaren i tal och handlingar. I det följande tolkas dessa uttryck i termer av *positionsorientering* eller *personorientering* (se kap.2, sid 9).

Begreppet *positionsorientering* eller -fokusering står för sådana uttryck för den yrkesmässiga självbilden, som avspeglar en betoning på formell organisationstillhörighet, som exempelvis status, kompetens, skyldigheter och rättigheter samt ett relativt instrumentellt förhållningssätt när det gäller den emotionella aspekten.

Begreppet *personfokusering* eller -orientering används om uttryck för självbilden som visar att den talande eller handlande individen både kognitivt och emotionellt involverar sig eller blir involverad i arbetet i första hand utifrån den människa hon eller han är.

Exempel på uttryck som tolkats som positionsorientering:

- Läkarens befallning till sköterskan inför en svårt sjuk patient: "kan syster ta av strumpan".
- Att konstatera att "man kan ha ont i själen också" samtidigt som vederbörande lämnar rummet.
- "Ville bli någon ..hög status".
- "Vi ställer upp på läkarnas krav".
- "Nu kan vi allt som de kan plus vårt jobb".
- Läkarnas önskemål resulterade i att rondens på en och samma avdelning fick olika utformning trots det arbetsorganisatoriska merarbete detta medförde.
- Patientkontakt beskrivs i termer av behandling

Exempel på uttryck som tolkats som personorientering:

- Läkaren tar rondvagnen därför att det är han som står närmast.
- "Varför gör jag detta?"
- "Kära dagbok".

- "Man mår dåligt både fysiskt och psykiskt när man går hem"
- "Försöka känna så mycket som möjligt. Kraven kommer inifrån".
- "Det är orimligt att jag skall torka golv...ändå tycker jag inte om att be en annan kvinna om hjälp med skitjobb"

I det följande redovisas sammanfattningar av tolkningarna avseende positions- respektive personorientering. Vissa sammanfattningar bygger på resultat från såväl deltagande observationer och dagböcker som intervjuer, exempelvis då det gäller tolkningar av förhållningssätt till samarbete/samverkan. Andra sammanfattningar, exempelvis uppfattningar som gäller krav och förväntningar, bygger enbart på resultat från dagböcker och intervjuer.

De nedan sammanfattade tolkningarna står för vad merparten av de olika uttrycken för yrkesidentitet i en viss yrkeskategori hänfördes till.

### **Läkare**

Resultaten antyder att den status, som i allmänhet förknippas med läkaryrket, varit starkt vägledande i yrkesvalet, framför allt för de manliga läkarna. Ett gemensamt drag i läkarnas berättelser är främst en tidig medvetenhet om vad de ville ha och få ut av yrkeslivet, och en ganska vag uppfattning om vad det valda läkaryrket innebar, vilket antyder att en initial orientering mot position, i bemärkelsen "hög *position*", hade styrt valet av yrke.

Läkarna upplevde att förväntningar och krav på arbetsinsatsen kom utifrån och kunde hota autonomi i läkarens professionella jag, dvs utgör ett hot mot den jagbild som förknippades med *position*.

Läkarnas agerande och deras kommentarer om samarbete/samverkan ger bilden av yrkesområdet som ett revir inom vilket samarbetet utmärks av *positionering* och där samverkan med andra, både uppåt och nedåt, är ringa.

Manliga läkares kontakt med patienterna framstod bland de flesta som den bästa delen av arbetet, som tillförde läkarna något särskilt i deras *position*, hos andra som krävande utifrån det hot mot positionen som ligger i risken för feldiagnos eller felbehandling. För de kvinnliga läkarnas flertal framstod den positiva kontakten med patienterna på samma sätt som hos de manliga, medan problem i samband med patientkontakten för kvinnornas del handlade om att hantera den situation som uppstod när de som *personer* involverades i kontakten. De känslor av "utbrändhet", som en mindre del av läkarna upplevt, beskrevs instrumentellt, bl a så att "utbrändheten" kunde fås att avklinga genom ledighet.

Som källa till professionell utveckling fokuserade läkarna sådan utbildning, som stärker den egna *positionen*, dvs teoretisk kompetensutveckling, vars utbud och innehåll samtliga fann tillfredsställande. Kvinnliga läkare gav uttryck för starkare positionsorientering än de manliga, vars majoritet i motsats till kvinnornas, också berörde de utvecklingsmöjligheter som ligger i att stå i ett dialektiskt förhållande till verksamheten. Även i relationen till andra yrkeskategorier och patienter såg de manliga läkarna fler möjligheter till utveckling än de kvinnliga.



Manliga och kvinnliga läkare beskrev könens villkor i organisationen utifrån *positionsorientering*, de kvinnliga läkarna med fokus på möjligheter och villkor, de manliga läkarna med fokus på jämn könsfördelning. Inte i något fall reagerade männen på könsstrukturen på ett personligt sätt, så gjorde däremot flera kvinnor.

Både manliga och kvinnliga läkare var missnöjda med den möjlighet att utifrån sin *position* påverka de ekonomiska och administrativa ramarna för verksamheten.

### **Sjuksköterskor**

Sjuksköterskornas yrkesval hade i hög utsträckning styrts av ganska diffusa föreställningar om att det var till vården de ville. Själva vårdandet, uttryckt som en *personlig* relation, var den initiala och avgörande drivkraften, vilket hade gjort att en stor andel av sjuksköterskorna hade sökt sig till vården utan särskild utbildning, men senare kommit att inrikta sig mot en högre *position*.

Krav och förväntningar på sjuksköterskans arbetsinsats upplevde sjuksköterskorna kom både utifrån och ifrån dem själva och kopplade dem till aspekter av det professionella jaget som handlade om "att kunna", och till det sociala jagets förmåga "att ge", dvs sjuksköterskorna satte förväntningar och krav i relation både till sin *position* i organisationen och sin egen *person*.

Sjuksköterskorna visade att samarbete/samverkan på det organisatoriskt horisontella planet (avdelningen, andra avdelningar), var självklart och problemfritt, medan kontakter uppåt i hierarkin fokuserades och upplevdes som mer problematiska. Sjuksköterskorna kände frustration som hängde samman med upplevelsen av att ha fått försämrad kontroll över den egna arbetssituation och det "ensamma" i *positionen*.

För sjuksköterskornas flertal var patientkontakten viktig för möjligheten till överblick och kontroll av verksamheten, dvs insatt i ett perspektiv som utgår ifrån sköterskans *position*.. Många upplevde att möjligheten till *personlig* kontakt med patienterna blivit kringskuren genom mängden av arbetsuppgifter, men beskrev detta sällan som "utbrändhet".

Sjuksköterskorna såg, som huvudsaklig källa till lärande och utveckling, det *personliga* engagemanget i det dagliga arbetet. Formell vidareutbildning, som kan sägas generellt syfta till att stärka den anställdes *position*, upplevdes förknippad med betydande problem av arbetsorganisatorisk art.

Sjuksköterskorna relaterade den ojämna könsfördelningen i yrket till hur sjuksköterskans *position* alltjämt betraktas, dvs som en kvinnlig syssla och önskade därför i statushöjande syfte fler män i yrket.

Sjuksköterskorna tänjer sig i sin *position* för att få ihop verksamheten inom de av dem uppfattade omöjliga ekonomiska och administrativa ramarna.

### **Undersköterskor**

För undersköterskorna gällde, att det inte var så mycket fråga om val som slump, som gjort att de kom att arbeta inom sjukvården. Styrande var för undersköter-

skornas flertal principen att "ta vad som finns", men inom ett område där det var möjligt att komma i *personlig* kontakt med andra människor.

Undersköterskorna gav uttryck för att förväntningar och krav på arbetsinsatsen alldeles övervägande kom från dem själva och hade att göra med hur man uppfattade sig som människa. Undersköterskorna orienterade sig som *personer* mot patienter och kollegor.

Samarbete/samverkan var för undersköterskorna på den kollegiala nivån "prat" som svetsar samman *personer*, med läkarna "prat" som kunde minska den upplevda känslan av avstånd både vad gäller *person* och *position*.. Undersköterskorna såg sina möjligheter att stå i ett dialektiskt förhållande till högre nivåer i hierarkin, som beroende av arbetsorganisatoriska förhållanden, vilka merparten fann försvårade en tänkbar dialog.

Undersköterskorna såg, som huvudsaklig källa till lärande och utveckling, det *personliga* engagemanget i det dagliga arbetet. Undersköterskorna fokuserade utvecklande aspekter av relationen till patienter, kollegor och andra yrkeskategorier. Positionsförstärkande formell vidareutbildning förknippades med betydande arbetsorganisatoriska problem och även relevansen ifrågasattes i de utbildningar som erbjöds.

Patientkontakten, på gott och ont, utgjorde för undersköterskorna arbetet. Undersköterskornas utpräglade orientering mot den *personliga* relationen skapade, då den frustrerades, skuldkänslor.

Undersköterskorna efterlyste jämnare könsfördelning i yrket utifrån en orientering mot det *personliga*, fler män som undersköterskor skulle göra arbetsklimatet trevligare.

Undersköterskorna upplevde känslor av hopplöshet, kopplade både till *person* och *position*, inför de ekonomiska åtstramningarnas negativa effekter på omvårdnad och omhändertagande.

## Sammanfattning

I tabell 2 nedan sammanfattas ovanstående tolkningar med avseende på positions- och/eller personorientering i respektive yrkeskategori. Av tabellen framgår stora skillnader mellan läkares, sjuksköterskors och undersköterskors orientering med avseende på positions- eller personfokusering.

**Tabell 2.** Uttryck för positions- (Pos) och/eller personorientering (Pers) i valda aspekter.

Yrkes- kate- gori	Yrkes -val	Krav och förvänt- ningar	Samarbete Samver- kan Möten	Patient- kontak- ten	Professio- nell ut- veckling	Köns- struk- turen	Ekonomi Administ- -ration
K läk.	Pos	Pos	Pos	Pos+Pers	Pos	Pos	Pos
M läk.	Pos	Pos	Pos	Pos	Pos+Pers	Pos	Pos
Ssk	Pers	Pos+Pers	Pos	Pos	Pers	Pos	Pos
Usk	Pers	Pers	Pers+Pos	Pers	Pers	Pers	Pers+Pos

Läkare var i huvudsak positionsorienterade, sjuksköterskorna visade uttryck för både person- och positionsorientering medan undersköterskorna nästan uteslutande var personorienterade.

En skillnad mellan kvinnliga och manliga läkare framkom när det gällde patientkontakten. De kvinnliga läkarna gav uttryck för att uppleva att patientkontakten kunde kräva att de involverade sig som person (kvinna - moder) i kontakten, vilket upplevdes hotfullt eller obehagligt. Detta kan förklara att kvinnliga läkare, när det gällde att utveckla professionen, mer än de manliga läkarna betonade den formella aspekten, vilken skulle kunna hjälpa dem att skapa och upprätthålla professionell distans utifrån en tydlig position. De manliga läkarna gav uttryck för en trygghet i professionen som möjliggjorde öppenhet mot sådana utvecklingsmöjligheter som involverar den egna personen. Vi tolkar detta som att de kvinnliga läkarna inte lika självklart som sina manliga kollegor identifierar sig med sin position.

## 9. Slutkommentarer

Yrkesidentitet har studerats utifrån uppfattningen att uttryck för yrkesidentitet på det individuella planet, speglar mer generella och organisatoriskt betingade kollektiva självrepresentationer, vilka vi här kallat "läkaren", "sjuksköterskan" och "undersköterskan", och som uppkommer och får sin karaktär av de samspel, som på olika samhällsliga och organisatoriska plan definierar en organisation.

Vi har, med det angreppssätt som valts, kunnat visa att "läkarens", "sjuksköterskans" och "undersköterskans" yrkesidentiteter i mycket skiljer sig åt. Läkaren orienterar sig i organisationen och beskriver sin arbetssituation utifrån ett perspektiv som har den egna yrkesmässiga *positionen* i fokus, sjuksköterskan utifrån både sin *position* och sin *person* medan undersköterskan nästan uteslutande använder ett perspektiv som utgår ifrån den egna *personen*. Dessa skillnader, och något om vad de kan innebära, skall nedan kommenteras.

### Yrke och hierarki

Läkaren har i en tidigare studie (Pingel&Robertsson, 1992) visats vara den kategori i sjukvården som blir mest allsidigt tillfredsställd vad gäller färdigheter, rättigheter, status och autonomi, dvs aktiva insatser för att underlätta för läkaren i den position hon eller han befinner sig i. I föreliggande undersökning framstår också läkaren som mest positionsorienterad av de tre yrkeskategorierna. Undersköterskan, den yrkeskategori som sjukvården sällan *direkt* riktar eller har riktat sina utvecklingsinsatser mot (ibid), visar en yrkesmässig självbild som sammanfaller med föreställningen om att vara en så bra och god människa eller person som möjligt, dvs undersköterskan är starkt personorienterad i sin yrkesidentitet. Undersköterskans kunskap, som med Foucaults ord skulle kunna sägas handla om "stockningar, hetsiga vätskor och förtorkat stoff" och med undersköterskans ord att "man kan nästan känna på lukten vad de har för sjukdom, man lär sig koppla ihop olika kroppsliga tecken med olika sjukdomar och tillstånd", förbises i organisationen, vilket bl a har inneburit att undersköterskan sällan blir föremål för kompetensutveckling inom sitt yrkesområde "omvårdnad".

Eftersom vi ansluter oss till tanken, att kärnan i en organisation är förmågan till kollektivt handlande och att detta i sin tur bygger på att medlemmarna uppfattar de organisatoriska betingelserna för både verksamheten och den egna funktionen på likartat sätt, finner vi det förvånande att sjukvårdens utvecklingsverksamhet fortfarande är påverkad av sådana skillnader mellan yrkeskategorier som historiskt kan spåras tillbaka till klostrets, militärens och socknens hierarkiska och genderiserade strukturer. Med vår undersökning kan vi hävda att dessa skillnader kvarstår och visar sig i de olika sätt som de tre yrkesgrupperna orienterar sig på i organisationen och i samtligas uppfattning att "ingen förstår vad vi gör". Läkarens, sjuksköterskans och undersköterskans yrkesidentitet tycks vila på grundvalar av

historiskt färgade och institutionaliserade föreställningar om hierarkins, maktens och könets betydelse.

Vi tolkar att skillnaderna, mellan de tre yrkeskategoriernas yrkesidentiteter, speglar att den historiskt betingade hierarkiska ordningen fortfarande på ett *djupgående* sätt bestämmer sjukvårdens arbetsorganisation. Att konstatera skillnad som likhet - olikhet, d v s enbart som en iakttagelse, ger naturligtvis ingen förståelse av sammanhang. Om skillnad däremot ses som en relation, i likhet med Gergens (1993) resonemang kring att maktens handlingar måste baseras på gemensamma definitioner av verksamheten, kan denna kasta ljus över exempelvis ett sådant egendomligt förhållande, som att sjuksköterskan, trots lång utbildning, utvidgat kompetensområde och arbetsledande ställning, inom sitt *eget* verksamhetsområde låter sig underordnas läkaren. D v s sjuksköterskan och läkaren agerar utifrån den gemensamma föreställningen om sjuksköterskan som ett supplement till läkaren och båda bortser från att det finns en betydande grad av parallellitet mellan de två yrkesgrupperna.

Vi har visat att skilda föreställningar om de egna yrkesmässiga möjligheterna styrde redan när den blivande läkaren, sjuksköterskan och undersköterskan gjorde sitt yrkesval. Sammanfattande rör sig dessa föreställningar mellan "jag vill ha" och "jag får ta". Väl inne i sjukvården förstärks skillnaderna och kommer till uttryck i många sammanhang.

Vi såg under de deltagande observationerna att det hierarkiska mönstret återspeglades i en föregivet tagen praktik, som ytterst bestäms av läkaren och exempelvis kunde gälla rondens utformning eller hur samspel och samvaro mellan yrkesgrupper gestaltade sig. Vi konstaterade också att den rumsliga utformningen av verksamheter bidrog till att bevara den rådande arbetsorganisatoriska ordningen av *åtskillnad* och över- och underordning mellan yrkesgrupper. Ett exempel är att läkarnas mottagningar och arbetsrum oftast är lokaliserade långt ifrån avdelningarna ett annat att sjuksköterskor och undersköterskor, endast har tillgång till allmänna utrymmen som expeditionen eller kafferummet för sådant tjänsteutövande som kräver gemensam planering och administration.

Intervjuerna bidrar ytterligare till förståelsen av hur läkaren, sjuksköterskan och undersköterskan ser sig själv och varandra. Detta kanske klarast i de beskrivningar, som säger något om hur man upplever *källan* till de förväntningar och krav som uppfattas finnas på den egna arbetsinsatsen. Läkaren upplever att krav och förväntningar ställs utifrån och svarar på dem utifrån sin position och professionalitet. Position och professionalitet fungerar för läkaren som hjälp och skydd mot en upplevt krävande *omvärld*, utom för den kvinnliga läkaren, som får problem därför att hon inte har full tillgång till professionalitetens skydd. I möten med personal kan det handla om förmågan till professionell gränssättning, i möten med patienter eller anhöriga, upplever hon stundtals sådana krav att hennes person dras in i mötet, vilket gör att hon upplever sig maktlös. Samma konflikt, mellan person och position, har iakttagits när det gäller kvinnliga advokaters yrkesidentitet (Marshall & Wetherell, 1989).

Undersköterskan, som när det gäller krav och förväntningar på arbetsinsatsen kan ses som läkarens motpol, uppfattar att dessa uppstår i det egna *jaget*. Även i

andra sammanhang (exempelvis gällande utveckling i arbetet eller samverkansarbete) betonar undersköterskan den egna *personlighetens* betydelse för kvaliteten i verksamheten. Särskilt när det gäller krav och förväntningar på arbetsinsatsen, kopplar undersköterskan dessa så starkt till det egna jaget att det kan antas att det är en följd av att hon är utsatt för en sådan manipulation från organisationens sida, som liknar den som Habermas benämner "kolonisation av livsvärlden", då det visas att undersköterskan upplever *skuld* vid sådana tillkortakommanden som ytterst bottenar i brister i arbetsorganisationen som exempelvis kan gälla bemaning, schemaläggning eller andra yrkeskategoriers önskemål.

Undersköterskans yrkesmässiga identifikation, som "en god *person*" (vilket måste sägas vara en svag *yrkesidentitet*), gör hennes ställning i *organisationen* svag och utnyttjbar och kan förstås som ett resultat av att andra haft och givits makten att definiera hennes verklighet. Ett par konkreta exempel på uteslutningsstrategier är dels att delegeringsordningen ändrats så att undersköterskan har fått färre kvalificerade arbetsuppgifter, dels sjuksköterskans fackliga strategi att framhålla sig som *expert* på omvårdnad.

Undersökningen visar att den process, av att upprätthålla skillnad i hierarkisk bemärkelse, bl a fortlever genom den *ömsesidiga* föreställningen om att yrkena kan inordnas i en medicinskt definierad hierarki. Exempelvis anser läkaren att de vattentäta skott, som finns mellan läkarens och sjuksköterskans löner, motiveras utifrån läkarens i allt överordnade ansvar och sjuksköterskan att hennes kompetens också inkluderar *hela* den kompetens som undersköterskan besitter.

Läkaren och sjuksköterskan ger uttryck för att de ser sina positioner i ett linjärt och hierarkiskt system, som utmärks av att den egna yrkeskategorins kompetens inkluderar och bygger på en annans. Detta gör att de, mot bakgrund av sin positionsorientering, också upplever hot mot det egna reviret. Därför pågår exempelvis en maktkamp som gäller det administrativa ledningsansvaret över klinikerna. I denna kamp har sjuksköterskan förlorat makt till läkaren, genom att sjuksköterskans tidigare möjlighet till administrativt ansvar, exempelvis genom klinikföreståndartjänster, kringkurits eller tagits bort. Numera kopplas *administrativt* ansvar över en klinik till läkarens *medicinska* ansvar.

Undersköterskan upplever, i analogi med sin personorientering, *sin position som "osynlig"* med få konkreta karakteristiska annat än som "den lägsta". Upplevelsen av osäker position underblåses när exempelvis sjuksköterskan i professionell bemärkelse utesluter undersköterskan genom att i sin profession införliva undersköterskans område "omvårdnad", både i det praktiska arbetet (omvårdnadsdokumentation) och i utbildningen (omvårdnadsteorier). Med sjuksköterskans egna ord: "Nu kan vi allt som de kan plus vårt eget jobb". Denna strategi är, vad man inom professionsforskningen kallar, en social stängningsform. För att säkra den egna positionen kan grupper som upplevs hotande uteslutas genom underordning eller marginalisering (Lannerheim, 1994; Einarsdottir, 1997). Framförallt läkaren men också sjuksköterskan prioriteras således, inte bara på ett direkt sätt genom medvetna satsningar, utan också indirekt och mer omedvetet genom att den kunskap, som finns på den lägsta "kvinnliga" nivån, inte får

något utrymme för att i *den positionen* utvecklas och integreras i organisationen (Friedson, 1970; Berg, 1987; Lannerheim, 1994).

Organisationen stödjer med andra ord inte undersköterskans kunskap i omvårdnad på samma sätt som sker med sjuksköterskans. Omvårdnadskunskap hanteras i organisationen enbart som "expertkunskap", d v s så som den kommer till uttryck i omvårdnadsteorier. Den förtrogenhetskunskap (Josefson, 1987) , som undersköterskan fått i sin yrkesutövning, har involverat henne på ett personligare och djupare sätt än det som utgår ifrån det offentliga föreställning om en etik i allmänna (expert-) termer. Undersköterskans identitet speglar, att offentlig sjukvård i mycket bygger på och är beroende av det personliga, men utan att tillerkänna det personliga ett eget värde i det organisatoriska sammanhanget. D v s man har inte lyckats eller velat omfatta det personliga i det politiska (Bologh, 1990; Martin, 1990,1994).

*Detta osynliggör att det finns en betydande grad av parallellitet, i bemärkelsen artskilda kompetenser, mellan yrkena.*

## Kön, makt och jämställdhet

När det gäller vad som skall studeras i arbetslivet har i hög grad forskare själva givit sig privilegiet att formulera problemen. Sällan anläggs ett helhetsperspektiv på arbetslivsförhållanden som tar hänsyn till de processer mellan grupper eller yrkeskategorier som olika makt- och könsstrukturer förorsakar, d v s forskningen har i stor utsträckning varit könsblind och med sina frågeställningar förstärkt etablerade hierarkier.

Hårdtaget ges, då det gäller sjuksköterskan och undersköterskan, i allmänhet separata bilder, nämligen de av undersköterskans problem med ryggen och sjuksköterskans problem med utbrändhet och stress. När däremot privilegiet att formulera problemen ges till den undersökta gruppen, istället för till forskaren, framstår undersköterskans största problem som en upplevelse av att "inte bli sedd" och en "känsla av att man inte är någonting värd", d v s en sammansatt uppfattning av arbetsmiljö- och jämställdhetsproblem som är färgade av köns- och maktordningen. Dålig lön och dåliga arbetstider är andra, viktiga och liknande men mer konkreta aspekter, som får en framskjuten plats när särskilt sjuksköterskan formulerar problem i sin arbetssituation.

Då det gäller jämställdhetsaspekten i sjukvården är det egentligen bara kvinnliga läkares "karriärproblem" som varit föremål för forskning och då ofta utan att sättas i relation till organisationen som ett könsmaktsystem. Denna problematik har fått oproportionerligt stor uppmärksamhet om man ser till de kvinnliga läkarnas antal i förhållande till sjuksköterskors och undersköterskors antal. När forskarvärlden har definierat problem i arbetslivet för undersköterskan och sjuksköterskan, har emellertid traditionellt den fysiska belastningen, utbrändhet, stress, eller andra *för den rådande ordningen mindre hotfulla problem*, stått i fokus. För dessa kategorier har på detta sätt jämställdhetsproblemen omformulerats och

osynliggjorts. Vi ser detta som ett uttryck för det Irigary (1989) och Braidotti (1992) framför nämligen att det är manliga parametrar som definierar jämlikhet.

I sjukvården är det lätt att konstatera att kvinnor återfinns på de lägre nivåerna i hierarkin, dvs *könsarbetsdelningen* fungerar här som ett av medlen för att *bevara den rådande ordningen*. Könsarbetsdelningen i sjukvården innebär för läkarnas del att kvinnor generellt har de lägre tjänsterna och oftare än männen verkar inom sådana områden som anses minst prestigefyllda. En än tydligare könsarbetsdelning är den mellan läkarkollektivet och vårdkollektivet. Vi menar att kön i detta sammanhang får sin innebörd genom relationer eller processer liksom yrkesidentitet. Många av de praktiker, som vi kunde observera eller fick beskrivna för oss, både bygger under och påverkar traditionella och konventionella föreställningar om manligt och kvinnligt. Exempelvis att sjuksköterskan urskuldar önskat beteende hos manliga läkare just med att de är män eller att undersköterskan lättare gör sin stämma hörd vid möten som leds av kvinnliga läkare än av manliga. Undersökningen antyder att könsarbetsdelningen och yrkesidentitet förstärker varandra och återskapas trots att betydande resurser läggs på arbetsorganisatoriskt utvecklingsarbete och jämställdhet.

Undersökningen ger inga belägg för att det skulle finnas några som helst skäl som talar för den rådande könsarbetsdelningen. Särskilt tydligt framkom arbetsuppgifternas *könsneutrala* karaktär i de deltagande observationerna. Ett skol-exempel på könsmärkningsprocessen är att sjuksköterskans yrke betraktas som kvinnligt. Sjuksköterskans vardag är fylld av arbete inom samma eller angränsande områden som läkarens; medicinsk behandling, tekniska uppgifter, administration, rapporteringar, arbetsledning, kontakter utåt o s v. *Sjuksköterskans arbetsuppgifter, som de facto är neutrala och i konventionell bemärkelse innehållsligt snarare maskulina, görs genom könsmärkning kvinnliga.*

Dagböckerna ger samma bild av över- och underordning mellan könen. Den manliga läkaren kan beskriva det som att "sjuksköterskorna är intelligenta och lyssnar uppmärksam", medan sjuksköterskan resignerat konstaterar att "när doktorn vill, vad gör man?". Vi ser det som att det är den manliga överordningen som på den yrkesmässiga arenan bestämmer att könet färgar de ingående gruppernas förhållningssätt till varandra, d v s identiteten som kollega och arbetstagare kommer i skymundan. Jämför med resonemanget, som Haavind (1985) för, om att det är mannen som bestämmer när kön är relevant i social sammanhang.

Trots stora likheter mellan läkarens och sjuksköterskans arbetsuppgifter förvånar sig den manliga läkaren över att duktiga manliga sjuksköterskor stannar i yrket, "han borde avancera". Liknande kommentarer fås *aldrig* om kvinnliga sjuksköterskor. Vi uttyder det som att den manliga läkaren på ett omedvetet sätt könsmärker och underordnar sjuksköterskeyrket. Omedvetet använder den manliga läkaren kön som en *förklarande variabel*, dvs i analogi med Wahls (1992) påpekande att "kön betraktas som en förklarande variabel istället för en strukturerande kategori" (cit. s. 32). Mot denna bakgrund kan könssegregeringen inom sjuksköterskeyrket, där män är överrepresenterade i statusfunktioner, bättre förstås. Undersökningen har dels visat att alla tre yrkesgrupperna medverkar i segregationsprocesser, dels att detta sker på ett relativt omedvetet sätt.



*Omedvetenheten* hindrar inte bara personlig utveckling, som kan gälla yrkesidentitet och synen på könsordningen, utan får också konsekvenser för möjligheten att i sjukvården bedriva lyckade och över yrkesgränserna *gemensamma* utvecklings- och förändringsarbeten, då yrkesgrupperna utgår ifrån så olika perspektiv på sig själva och verksamheten. Ett av problemen är således att såväl män som kvinnor på ett *oreflekterat* sätt för värderingar och föreställningar vidare. Det är en missuppfattning, eller åtminstone en förenklad bild, att det bara är män som upprätthåller könsmaktsystemet, kvinnor och män ingår i *samma* system och medverkar till dess bevarande (Acker, 1992; Hirdman, 1990; Lindgren, 1985, 1992). Konsekvensen blir att de, som inte kan (vill) se igenom systemet och ta avstånd, automatiskt bidrar till dess vidmakthållande (Carrigan, Connel & Lee, 1985). För utvecklande förändring av ett system räcker det således inte att endast se till de formella aspekterna av verksamheten. De upplevda aspekterna kompletterar genom att de är uttryck för hur *processen gestaltar sig*, att observera således inte främst för hur individerna är i sig.

Lönebildningen inom sjukvården är ett konkret uttryck för att kön de facto verkar som en strukturerande kategori. Mellan "de kvinnliga kollektiven", sjuksköterskor och undersköterskor, är löneskillnaderna små, *trots* att skillnaden i utbildningsbakgrund är relativt stor. Löneskillnaderna inom grupperna är extremt små, *trots* att skillnader i erfarenhet, yrkeskompetens, vidareutbildning osv kan vara stora. Särskilt sjuksköterskan reagerar inför lönefrågan. *Trots* att sjuksköterskan har stor tillit till sitt eget kunnande, bred kompetens och dessutom insikten om att *hon* är en viktig resurs i välfärden, har *hon* hittills accepterat fackets tillkortakommande i löneförhandlingarna. Vidare har både sjuksköterskan och undersköterskan mycket små möjligheter att avancera inom sitt speciella område och påbyggnadsutbildning lönar sig föga ekonomiskt för dessa kategorier. Sjuksköterskan och undersköterskan reagerar båda utifrån den, i många olika sammanhang återkommande föreställningen, att "det finns ingen som lyssnar på oss". En uppfattning, som svarar mot den tolkning som Blom (1987) ger av (mans-)samhällets kvinnoförtryck, nämligen att det har sina rötter i behovet av att få nödvändigt omsorgsarbete utfört utan att de utförande kvinnorna blir medvetna om sin egen betydelse.

Löneutvecklingen å sin sida har naturligtvis påverkats av de nedskärningar som sjukvården under en längre tid varit utsatt för. Slående är hur samstämmigt den läkare, sjuksköterskan och undersköterskan, som arbetar nära patienterna, tar avstånd från de nya styrformerna och nedskärningarna utifrån kunskap om vad patientarbetet kräver av arbetsorganisationen. De värderar systemet i förhållande till erfarenhetsbaserade kunskaper om vårdkvalitet. De upplever bristande kontakt med dem som styr verksamheten och med det speciella administrativt och ekonomiskt inspirerade språk som verksamheten presenteras i. Kunder, beställare, flöde, producenter osv istället för patienter, besök och återbesök, undersköterskor, sjuksköterskor osv. Ett språk som fjärrar sig från den konkreta verkligheten och försvårar den redan bristfälliga kommunikationen. Det är bindningen till patienterna som gör att verksamheten fortfarande fungerar. Engagemang håller

samma organisationen på verksamhetsnivån, vilket tycks utnyttjas av den politiska och administrativa ledningen.

Sättet att hantera känslan av maktlöshet skiljer sig dock mellan läkaren, sjuksköterskan och undersköterskan.

Läkaren är upprörd och kräver att hans eller hennes meningar skall uppmärksammas och respekteras mot bakgrund av föreställningar om den egna positionen.

Sjuksköterskan och undersköterskan är mer uppgivna i tonen. För dem är det inte lika självklart att bli respekterade. De tenderar finna sig i den yrkesmässiga underordningen, som har paralleller och samband med den könsmässiga underordningen. Undersköterskan kopplar ibland känslan av underordning till den egna (kvinnliga) personen mer än till systemet.

Kvande (opubl.) gör gällande att det är på männens villkor som spelet mellan sjukvårdens olika yrkesgrupper sker. Det råder en manlig ordning, hegemonisk maskulinitet, som kan förklara den stränga sjukvårdshierarkin. Hon hävdar att professionaliseringen av ledningsfunktionen tillsammans med decentraliseringen av det operativa ansvaret gör att de (män), som har kontroll över resurserna, inte står i kontakt med behovet hos "brukarna", eller som man tidigare sade, patienterna. Vi kan se att detta sker bl a därför att patienternas främsta språkrör, undersköterskan, helt saknar kommunikations- och inflytandemöjligheter uppåt i hierarkin. Hennes kritik stannar på avdelningsnivån. Det är till och med så att hierarkin inom avdelningen kan hindra kommunikation mellan undersköterskan och avdelningsläkaren.

Obalansen i status mellan den kunskap, som de styrande skikten i sjukvårdens organisation representerar, och den förtrogenhetskunskap, som främst undersköterskan representerar, har i undersökningen visats vara betydande. Vi kan jämföra med åldringsvården där sent administratörer och politiker fått upp ögonen för de orimliga och allvarliga konsekvenser som besparingar och "expertvälde" medfört både för personal och patienter. Konsekvenser som vårdpersonal och behandlande läkare länge påtalat utan gehör.

Att organisera vård efter de mallar, som utvecklats för produktion av varor och tjänster, har gång efter annan visats sig vara problematiskt (se Borgert, 1991). Man kan hävda att vård och omsorg som arbetsuppgift i mycket är artskild från annat arbete både manuellt och intellektuellt. I organisationsteorier och organisatoriskt utvecklingsarbete förbises ofta denna skillnad i arbetets art, vilket gör att den kunskap som utvecklas närmast föremålen för verksamheten inte ses som specifik i förhållande till annan kunskap. Thomas&Ely (1991) påpekar, i en artikel om ledning av mångfald, vikten av integrationens betydelse för effektiv organisationsutveckling. För att bygga upp en effektiv organisation måste de i organisationen ingående "kulturerna" mötas *och* integreras. I sjukvården gäller att detta mer måste ske på vårdarbetarnas villkor än vad som hittills varit fallet. För detta krävs grundläggande *strukturella och attitydmässiga* förändring, vilket sällan på allvar har tagits som utgångspunkt för förändringsarbete

Sammanfattande vill vi, med undersökningen som stöd, påstå att den maktstruktur av hierarkisering, lönedelning och kompetenssänkning, som Gustafsson (1987) såg som utmärkande för sjukvårdens arbetsorganisation, består.

Vi vill också hävda att könssegregeringen och uteslutning av sådan kunskap som baseras på förtroenhet verkar som bakomliggande krafter. Påståendena har underbyggts genom att studera yrkesidentitet, som ett närvarande uttryck för kontinuerliga, rutinmässiga och många gånger omedvetna "förhandlingar" om en tingens ordning i den speciella struktur som sjukhusorganisationen utgör.

## Sammanfattning

Pingel, B, Robertsson, H. Yrkesidentitet i sjukvård – position, person och kön. *Arbete och Hälsa* 1998:13

För att öka förutsättningarna för målinriktat utvecklingsarbete inom sjukvården har läkares, sjuksköterskors och undersköterskors specifika och gemensamma problem och arbetsvillkor studerats i projektet "Yrkesidentitet i Sjukvård". Projektet syftade till, att mot bakgrund av den rådande arbetsorganisatoriska kontexten och könsstrukturen i sjukvården, ge en bild av läkares, sjuksköterskors och undersköterskors yrkesidentiteter. Undersökningens utgångspunkt var att identitetsbildning är en process av identifikation och differentiering, vilken sker i ständiga förhandlingar och rekonstruktioner i olika rutinmässiga sociala sammanhang. Handlingar och upplevelser, som utgår ifrån dels kollegialt delade föreställningar om referensramarna för arbetet, dels inre principer för praktiken, har i termer av person- och positionsorientering tolkats som uttryck för yrkesidentitet. Resultaten baseras på data från deltagande observationer, dagböcker och intervjuer, vilka analyserats med avseende på meningsinnehåll. Undersökningen visar att "läkares", "sjuksköterskans" och "undersköterskans" yrkesidentiteter starkt skiljer sig åt. Läkaren förhåller sig till organisationen och beskriver sin arbetssituation utifrån ett perspektiv som har den egna yrkesmässiga positionen i fokus, sjuksköterskan utifrån både sin position och sin person medan undersköterskan nästan uteslutande använder ett perspektiv som utgår ifrån den egna personen. Undersökningen visar att en historiskt betingad process, av att upprätthålla skillnad i sjukvården, bl a fortlever genom den ömsesidiga föreställningen om att yrkena kan inordnas i en medicinskt definierad hierarki. Läkaren och sjuksköterskan ger uttryck för att de ser sina positioner i ett linjärt, hierarkiskt system, som utmärks av att den egna yrkeskategorins kompetens inkluderar och bygger på en annans. Undersköterskan upplever, i analogi med sin personorientering, sin position som "osynlig" med få konkreta karakteristiska annat än som "den lägsta". Detta osynliggör att det finns en betydande grad av parallellitet, i bemärkelsen artskilda kompetenser, mellan yrkena och att den kunskap, som finns på den lägsta "kvinnliga" nivån, inte bereds utrymme för att i den positionen utvecklas och integreras i organisationen. Undersökningen ger vidare inga belägg för att det skulle finnas skäl som talar för den i sjukvården rådande könsarbetsdelningen. För att möjliggöra en effektiv organisation måste "yrkeskulturerna" mötas och integreras. I sjukvården gäller att detta mer måste ske på vårdarbetarnas villkor än vad som hittills varit fallet. För detta krävs grundläggande strukturella och attitydmässiga förändring, vilket hittills sällan har tagits som utgångspunkt för förändringsarbete i sjukvården.

Nyckelord: Yrkesidentitet, sjukvård, arbetsorganisation, genus.

## Summary

Pingel, B, Robertsson, H. Yrkesidentitet i sjukvård – position, person och kön. *Arbete och Hälsa* 1998:13

To improve opportunities for targeted organizational development work in the Swedish health-care sector, the occupation-specific and shared problems of physicians, registered nurses and assistant nurses were examined in a project called "Occupational Identity in Health Care". The aim of the project was – in the light of the prevailing work-organizational setting and gender structure in Swedish health care – to provide a picture of the occupational identities of physicians, registered nurses, and assistant nurses. The point of departure for the investigation was that identity formation is a process of identification and differentiation that takes place in constantly ongoing negotiations and reconstructions within various routine social contexts. Actions and experiences – based in part on shared collegial conceptions concerning frames of reference for the work, and in part on internal principles of practice – have, in terms of their person and position orientation, been interpreted as expressions of occupational identity. Results are based on data obtained from participant observations, diaries and interviews, all of which have been subjected to content analysis. The study shows that there are major contrasts between the occupational identities of physicians, registered nurses, and assistant nurses. Physicians relate to the organization and describe their work from a perspective that has their own occupational position in focus; registered nurses have both a "person" and a "position" perspective; while assistant nurses virtually exclusively adopt a stance based on their own person. The study suggests that a historically conditioned process – one that sustains occupational inequalities in health care – lives on through the mutual conception that the occupations concerned can be defined within a medically defined hierarchy. The expressions of physicians and registered nurses reveal that they see their positions within the confines of a linear, hierarchical system. with the feature that the skills of their own occupational groups both encompass and build upon those of another. By contrast, assistant nurses – as an analogy to their person orientation – regard their position as "invisible", with few concrete features apart from that of being "the lowest". This disguises the fact that there is a considerable degree of parallelism, in the sense of there being skills that are different in kind between the occupations, and that the expertise possessed at the lowest "female" level is not afforded scope to develop and be integrated into the organization. The study offers no evidence of any kind to justify the division of work between the genders that currently prevails. For an efficient health-care organization to be possible, "occupational cultures" must encounter and be more equally integrated into the organization. This has to take place on the terms of direct carers to a far greater extent than has hitherto been the case. In turn, it requires fundamental structural and attitudinal change, which – so far – has seldom been taken as a point of departure for work for change and development in the health-care arena.

Key words: Professional identity, health care, work organization, gender.

## Referenser

1. Acker, J & van Houten, D. Differential recruitment and control: the sex structuring of organizations. *Adm Sci Quart.* 1991;9. 152-163
2. Acker, J. From sex roles to gender institutions. *Cont Sociol* 1992;21 565-569.
3. Allvin, M & Bjerlöv, M. *Communication and two aspects of knowledge formation.* Conference paper, 1994.
4. Alvesson, M. *Organisationsteori och teknokratiskt medvetande.* Stockholm: Nerenius & Santéus Förlag, 1993.
5. Alvesson, M & Sköldbberg, K. *Tolkning och reflexion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod.* Lund: Studentlitteratur, 1994.
6. Ashforth, B E & Mael, F. Social identity theory and the organization. *Acad Manag Rev* 14 20-39, 1985.
7. Baude, A. (Red.) *Visionen om jämställdhet.* Stockholm: SNS förlag, 1992.
8. Baude, A. *Kvinnans plats på jobbet.* Stockholm: SNS Förlag, 1992.
9. Bauman, Z. *Modernity and Ambivalence.* London: Polity Press, 1991.
10. Bengtsson, M & Frykman, J. *Om maskulinitet. Mannen som forskningsprojekt.* JÄMFO. Stockholm: Regeringskansliets offsetcentral, 1987.
11. Benjamin, J. *The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism and the Problem of Domination.* London: Virago, 1990.
12. Berg, O. *Medisinsens logikk. Studier i medisinsens sociologi og politikk.* Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
13. Bologh, R W. *Love or Greatness. Max Weber and Masculine Thinking. A Feminist Inquiry.* London: Unwin Hayman, 1990.
14. Borgert, L. *Organiserandet som mode. Perspektiv på hälso- och sjukvården.* Göteborg: Nerenius & Santéus förlag, 1992.
15. Bovone, L. I Maftesoli, E M eds. *The Sociology of Everyday Life.* London: Sage, 1989.
16. Braidotti, R. *On the female feminist subject, or: from 'she-self' to 'she-other'* I Bock, G & James, S. eds. *Beyond Equality & Difference.* London: Routledge, 1992.
17. Carrigan, T & Connel, B & Lee, J. Towards a new sociology of masculinity. *Theory and Society.* 1985;14. 551-604.
18. Castoriadis, C. i Fekete, J. eds. *The Structural Allegory.* Manchester: University Press, 1984
19. Chodorow, N. *The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Sociology of Gender.* Berkeley: The University of California Press, 1978.
20. Collinson, D & Hearn, J. Naming men as men: implications for work, organizations and management. *Gender, Work Organiz* 1994;1. 2-22.
21. Dai, B. A socio-psychiatric approach to personality organization. I Rose, A. (Ed.) *Mental health and mental disorder.* New York: Norton, 1955.
22. Dane, FC. *Research Methods.* Carlifornia: Brooks/Cole Publishing Company, 1990.
23. Dent, M. Professionalism, educated labour and the state: hospital medicine and the new managerialism. *Sociol Rev* 1993;2. 244-273
24. Denzin, N K & Lincoln, Y S. ed. *Handbook of Qualitative Research.* California: Sage Publications, Inc, 1994.
25. Duerr, H P. *Drömtid. Om gränsen mellan det vilda och det civilicerade.* Stockholm: Symposium Bokförlag, 1982.
26. Einarsdottir, T. *Läkaryrket i förändring. En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering.* Göteborg:

- Monograph from the Department of Sociology No 63, University of Gothenburg, 1997.
27. Elklit, A. Dagboksmetoden i pedagogisk psykologisk forskning. *Nordisk Pedagogik* 1986;2, 85-94
  28. Elliot, A. *Social Theory & Psychoanalysis in Transition. Self and Society from Freud to Kristeva*. Oxford UK: Blackwell, 1992.
  29. Erikson, E H. The problem of ego identity. *J Am Psychoanal Ass* 1956;4:56-121.
  30. Fairbairn, W D. *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books, 1952.
  31. Foucault, M. *Diskursens ordning*. Installationsföreläsning vid Collège de France den 2 december 1970. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposium, 1993.
  32. Freidson, E. *Profession of Medicine*. New York: Dodd, Mead, 1970.
  33. Gardell, B & Westlander, G. *Om Industriarbete och mental hälsa*. Stockholm: Personaladministrativa rådet, 1968.
  34. Gergen, K J. *Toward Transformation in Social Knowledge*. 2:and edition. London: Sage Publications Ltd, 1993.
  35. Gergen, K J & Davis, K E. eds. *The Social Construction of the Person*. New York, Berlin, Heidelberg, Tokyo: Springer -Verlag, 1985.
  36. Giddens, A. *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Theory Press, 1984.
  37. Gouldner, AW. *Organizational Analysis*. I Merton & Broom & Cottrel eds. *Sociology today*. New York: Basic Books, 1959.
  38. Gustafsson, R. Å. *Traditionernas ok. Den svenska hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv*. Falköping: ESSELTE Studium, 1987.
  39. Haavind, H. Förändringar i förhållandet mellan kvinnor och män. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1985;3:17-26.
  40. Habermas, J. Kommunikativ handlande. Texter om språk rationalitet och samhälle. I Molander, A. (Red.). Uddevalla: Bokförlaget Daidalos AB, 1990.
  41. Harding, S. ed. *Feminism & Methodology*. Indiana: Indiana University Press, 1987.
  42. Harré, R. *Personal Being*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1983.
  43. Hellström, M. *Läkares arbetsvillkor inom olika specialiteter: Forskningsprojektet "Akademiker under 90-talet. En studie av SACO-medlemmarnas arbetsvillkor*. Solna: Arbetsmiljöinstitutet, 1993.
  44. Hirdman, Y. Genussystemet. I *Maktutredningen*, slutrapport, SOU 1990:44, 1990.
  45. Holm, U M. *Modrande & Praxis. En feministfilosofisk undersökning*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB, 1993.
  46. Holter, H. Berättelser om kvinnor, män, samhälle: Kvinnoforskning under trettio år. I Acker, J. (Red.). *Kvinnors och mäns liv och arbete*. Stockholm: SNS Förlag, 1992.
  47. Irigary, L. *Könsskillnadens etik och andra texter*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposium AB, 1994.
  48. Josefson, I. Sjuksköterskan som ingenjör. Om synen på kunskap i vården. I Odnoff, J. & von Otter, C. (Red.). *Arbetets rationaliteter*. Stockholm: Arbetslivscentrum, 1987.
  59. Kahn, R & French, J. A summary and some tentative conclusions. *J Soc Iss*. 1962;8:122-127.
  50. Katz, D & Kahn, R. L *The Social Psychology of Organizations*. New York: John Wiley & Sons, 1966.
  51. Kernberg, O. *Object Relation Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson, Inc, 1976.
  52. Kvande, E. *Doing Masculinities in Organizational Restructuring*, Opubl.

53. Lange, A & Westin, C. *Etnisk diskriminering och social identitet*. Stockholm: Liber Förlag, 1981.
54. Lannerheim, L. *Syster blir till. En sociologisk studie om sjuksköterskeyrkets framväxt och formering*. Göteborgs universitet: Avhandling, Sociologiska institutionen, 1994.
55. Lasch, C. *The Culture of Narcissism. American Life in an Age of Diminishing Expectations*. N Y: Norton, 1980.
56. Liebkind, K. *Minority Identity and Identification Processes: A social psychological study*. Helsinki: Societas Scientiarum Fennica, 1984.
57. Lindén, J & Torkelson, E. *Yrke: Skådespelare. Kritiska moment i arbetslivet*. Lund: Psykologiska institutionen, Lunds universitet, 1991.
58. Lindgren, G. *Kamrater, kollegor och kvinnor - en studie av könssegregeringsprocessen i två mansdominerade organisationer*. Umeå: Umeå universitet, 1985.
59. Lindgren, G. *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm: Carlssons förlag, 1992.
60. Marcus, G E. & Fischer, M. *Anthropology as cultural critique. An experimental moment in the human sciences*. Chicago: University of Chicago Press, 1986.
61. Marshall, H & Wetherrell, M. Talking about Career and Gender Identities: A Discourse Analysis Perspective. I Skevington, S. & Baker, D. eds. *The Social Identity of Women*. London: Sage Publications Ltd, 1989.
62. Martin, J. Deconstructing organizational taboos: The supressing of gender conflict in organizations. *Organiz Sci* 1990;1: .
63. Martin, J. The organization of exclusion. Institutonlization of sex inequality, gendered faculty jobs and gendered knowledge in organaizational theory and research. *Organiz* 1994;1:401-431, .
64. Milgram, S. Some conditions of obedience and disobedience to authority. *Hum Rel.* 1968;18. 57-76
65. Miller, D. R. The study of social relationships: situation, identity and social interaction psychology. I Koch, S A ed. *Psychology, a Study of a Science*, Vol. 5, 1962.
66. Mills, A. Organization, Gender and Culture. *Organiz Studies*. 1988;9. 351-369
67. Mills A J & Tancred, P. eds. *Gendering Organizational Analysis*. Newbury Park: SAGE, 1992.
68. Mumby, D. *Communication and power in organizations: Discourse, ideology, and domination*. N J: Norwood, 1988.
69. Pingel, B. & Robertsson, H. Arbetsorganisation inom sjukvården ur ett socialpsykologiskt perspektiv. En översikt över forskning och utvecklingsarbete inom landstingen. *Arbete & Hälsa*, 1992;20.
70. Polkinghorne, D E. *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press, 1988.
71. Reinharz, S. *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press, 1992.
72. Sanje, K. R. ed. *Fieldnotes: The Makings of Antropology*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1990.
73. Scott, J. Deconstructing equality versus difference. I Hirsch, M & Keller, E. eds. *Conflicts in Feminism*. New York: Routledge, 1991.
74. Searl, J. R. What is a speech act? I Searl, J. R. ed. *The Philosophy of Language*. Oxford: Oxford University Press, 1971.
75. Simmel, G. *Philosophische Kultur*. Leipzig: Alfred Kröner Verlag, 1911.
76. Smircich, L & Morgan, G. Leadership: The management of meaning. *J Appl Beh Sci.* 1982;18: 257-273.
77. Smith, D. *The Everyday World as Problematic: A Feminist Sociology*. Boston: Northeastern University Press, 1987.



78. Sörensen, B A. *Identitetsgivende handlinger, om hvortfor menn og kvinner handler fornuftig når de handler forskjellig*, opubl.
79. Thomas, DA & Ely, R J. Making differences matter: A new paradigm for managing diversity. *Harvard Busin Rev.* 1991;74:79-91.
80. Turner, B A. The symbolic understanding of organizations. I Reed, M & Huges, M (Eds). *Rethinking Organization: New Directions in Organization Theory and Analysis*. London: Sage Publications Ltd, 1992.
81. Wahl, A. *Könsstrukturer i organisationer. Kvinnliga civilekonomers och civilingenjörers karriärsutveckling*. Stockholm: Akademisk avhandling. Handelshögskolan, 1992.
82. Westlander, G. *Om context-orienterad ansats. En metoddiskussion med anknytning till organisationspsykologisk forskning*. Solna: Arbetsmiljöinstitutet (Undersökningsrapport 1992:28).
83. Westlander, G. *Socialpsykologi. Tankemodeller om människor i arbete*. Göteborg: Akademiförlaget, 1993.
84. Winnicott, D. W. *Ego Distortion in Terms of True and False. The Maturational Process and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press, 1965.
85. Violi, P. Gender, subjectivity and language. I Bock, G. & James, S. eds. *Beyond Equality & Difference*. London: Routledge, 1992.

Insänt för publicering 1998 - 06 - 15.