

Något som inte längre är
- Distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral
ur ett genusperspektiv

Ann-Charlott Lindström
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa,
Göteborgs Universitet

Sahlgrenska Akademin
vid GÖTEBORGS UNIVERSITET

COPYRIGHT © Ann-Charlott Lindström
ISBN: 978-91-628-7182-6

Printed in Sweden by Intellecta Docusys AB, Västra Frölunda 2007

ABSTRACT

District nurses have a long tradition of independence and influence over the content and organisation of their work, while the activities at their surgeries have been kept separate from other health services. Social and structural changes have led to a situation where district nurses in primary care are now included in the primary health centre's organisation. This means that they are expected to collaborate with other staff in prophylactic and health-promoting working tasks and to function in child health care with respect to supporting relationships. The health service is one of many social institutions that are permeated with the gender order where conceptions of what is male and female create the conditions for power relations and division of labour. The question is how the professional practice of district nurses today can be described in view of the fact they have been integrated into the organisation of the primary health centre. Have their tasks and independence been affected? The aim of this study is to describe the professional practice of the district nurses at primary health centres from a gender perspective. The epistemological approach is based on the constructionist perspective and the theory that gender is a social construct, subject-related and situationally conditioned, and a product of social interactions that affect super-/subordination. The research method is ethnographical, and the empirical material is based on data from participant observations, interviews and field notes. The main result shows that district nurses are not a part of the structural changes that have taken place, that their tasks are similar to those of doctors and registered nurses. Tasks of a medical nature tend to be the norm for the more "work-intensive" and respected work addressing adult care-consumers, while the district nurses' health-promotion work is given lower priority. The district nurses' competence in health work does not appear to be part of the collective competence at the primary health centre, and when external consultants seek cooperation in cross-sectional health projects, it is done under the auspices of the doctor's surgery. The result also shows that child health care is a mother-orientated working area with a traditional and heteronormative gender order, which means that concepts of what is male and female affect, for example, discussions about parental competence. Mothers are primarily regarded as being responsible for care and welfare, while the fathers' absence is taken for granted. When cooperating with parents, the district nurses fall back on their "female competence", while collaboration with doctors is a question of adjustment. The district nurses alternate between different roles, a leading one and a minor one, depending on whether they are working on their own or with the doctors, which affects their relational support function. The result should be regarded as an expression of resistance to change, making it difficult for the district nurses to consolidate their position in the organisation. Taken together, these circumstances imply that there is a risk of cementing conceptions of female competence as being inherited, while in actual fact it is a question of assignment and a working structure that maintains the gender order in professional life. Despite the revision of district nurse education in accordance with EU directives, the interdisciplinary content is still considerable, and the question is whether the new research-based education with a family perspective is necessary, since socio-economic transformation and changes in the structure of the family demand other interventions than the social-hygienic ones previously applied.

Keywords: district nurses' professional practice, profession and competence, gender perspective, ethnography, content analysis

Förord

Nu är det dags att presentera resultatet av den etnografiska forskningsprocess som varit en del av mitt liv de senaste åren. Tiden är mogen att rikta ett tack till er vars handledning och stöd jag inte klarat mig utan.

Först och främst ett stort tack till min huvudhandledare Ewa Pilhammar. Det har varit ett privilegium att få räknas som en av dina doktorander och en förmån som inneburit handfast vägledning, uppfriskande synpunkter och insiktsfulla anvisningar. Din medverkan i kombination med min bihandledare Elisabeth Dahlborg Lyckhage, vars utomordentliga analysförmåga, pedagogiska arbetsstruktur och tålmod har medfört att avhandlingen sakta vuxit fram. Tack till er båda två och till Gunnar Lyckhage som språkgranskat arbetet och ansvarat för allt det datatekniska i slutfasen.

Tack även till doktorandkamrater vid Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa för givande diskussioner om spännande forskningsproblem, som förts under medverkan av Kaety Plos, Agneta Nilsson, Björn Sjöström, Carina Furåker m.fl.

Professor Inga Wernerson, engagerad doktorandhandledare vid Göteborgs Universitet och tillika medverkande i kollegiet genusperspektiv i pedagogik. Tack för att du med varm hand hälsat mig välkommen till kollegiet samt upprepade gånger läst och kommenterat mitt avhandlingsmanus. Tack Eva Gannerud och doktorandkamrater från dessa sammankomster. Ni har berikat mina forskarstudier.

Mina roliga, kloka och medmänskliga arbetskamrater vid Högskolan Väst i Vänersborg: Madeleine Bergh, Ann-Charlott Wikström, Berit Holmgren, Lena Wasshede, Kristina Elofsson och övriga kollegor, arbetsledning, datasupporters, bibliotekarier och alla andra: tack för visat intresse för min forskning och mitt hälsotillstånd.

Familjen och mina nära vänner: tack för att ni har gjort vardagen precis så vanlig som jag har behövt.

Skepplanda
Våren 2007

INNEHÅLL

KAPITEL 1

INLEDNING OCH BAKGRUND	1
Syfte	6
Yrkesprofession och kompetens – en genusfråga	7
Avhandlingens uppläggning	12

KAPITEL 2

TEORI OCH TIDIGARE FORSKNING	14
Genus och genusperspektiv	14
Relationen mellan struktur och konstruktion	16
Genusordning	17
Hälsa- och sjukvårdens genusordning	20
Makt och genusordning	21
Sjuksköterskors yrkesprofession	24
Distriktssköterskors yrkesprofession	26
Distriktssköterskor i 2000-talets primärvård	30
Arbetsdelning, karriär och ideal	31
Avhandlingens begreppsanvändning	33

KAPITEL 3

METOD	36
Etnografi – som metod	36
Studiens uppläggning och genomförande	39
Beskrivning av forskningsmiljön	40
<i>Undersökningsgrupp</i>	41
Fältstudiefas	41
Observation och intervju	43
<i>Observation</i>	43
<i>Intervju</i>	44
Analys	46
Tolkning och trovärdighetsaspekter	50

Forskningsetiska överväganden	52
<i>Forskarrollen</i>	52
<i>Etikprinciper</i>	53
<i>KAPITEL 4</i>	
RESULTAT	55
TEMA 1: PLATS OCH FUNKTION	56
En specifik mottagning	56
Den lilla mottagningen i den stora	56
Arbetet utanför vårdcentralen	61
Från vaggan till graven	67
Barnhälsovård och spindeln i nätet	68
Hälso- och sjukvårdsarbetet riktat mot vuxna	75
Sammanfattning	80
TEMA 2: ARBETETS STRUKTUR	82
Samarbete och olika roller	82
Att inneha huvudrollen	83
Att inneha birollen	88
Att inneha åhörarrollen	91
Samarbete och kompetens	98
Kvinnlig kontra manlig kompetens	98
Mammakompetens	103
Värdinnekompetens	109
Sammanfattning	112
TEMA 3: INDIVID OCH ORGANISATION	114
Individ och arbetsvillkor	114
Att låta sig påverkas av arbetsgivarens förväntningar	115
Egna begränsningar	119
Möjligheter	121

Organisation och arbetsvillkor	125
Hinder från omvärlden	125
Att vara i ett ingenmansland	130
Att vara vi och dom	133
Sammanfattning	140

KAPITEL 5

DISKUSSION	143
Profession, samhälle och organisation	143
Distriktsköterska – ett yrke i förändring	144
Förändrad omvärld – förnyad profession	145
Specifikt för distriktsköterskor	147
Distriktsköterskorna i vårdcentralens organisation	147
Samarbete, makt och medicin	150
Att vara till nytta	150
Att göra på rätt sätt	151
Barnhälsovården ur ett genusperspektiv	154
Att spela roller	154
Att använda sig av dubbla kompetenser	156
Kvinnligt, manligt, mödrar och män	157
Avslutande synpunkter	159
Summary	163
Referenser	184
Bilagor	203

KAPITEL 1

INLEDNING OCH BAKGRUND

I distriktssköterskors yrkesutövning finns en lång tradition av självständighet och inflytande över arbetets innehåll och organisering (Wendt, 1999). Distriktssköterskor har så gott som uteslutande varit kvinnor och deras mottagningsverksamhet har varit avgränsad från övrig hälso- och sjukvård. De har arbetat på egen hand, utan nära samarbete med annan personal. Detta har förändrats och idag arbetar primärvårdsanställda distriktssköterskor på vårdcentral, tillsammans med distriktsläkare, sjuksköterskor och annan personal av båda könen. Distriktssköterskors yrkesutövning påverkas av vårdcentralernas aktiviteter (Karlsson, Lagerström & Morberg, 2006) vilket gör det intressant att undersöka vad som idag är det centrala innehållet i deras arbete och vilken makt de har att styra och påverka detta arbete. Att med utgångspunkt i hur deras arbete kan relateras till maktförhållanden mellan människor, grundade på privilegier och förtryck som skapats av föreställningar om kön, kan även ge en beskrivning av rådande genusordning. Hälso- och sjukvården är en bland andra samhällsinstitutioner som genomsvyras av genusordning, där föreställningar om kvinnligt och manligt får en vardaglig innebörd, som påverkar arbetet. Distriktssköterskor har i sitt arbete ansvar för barnhälsovård och familjestödjande arbetsuppgifter, vilket innebär att de har möjligheter att påverka hur könsroller skapas och upprätthålls. I sin undervisning kan de förmedla normer och värderingar om kvinnligt och manligt, exempelvis när de genomför föräldrautbildning.

Forskning om kvinnors arbetsliv visar historiskt på att kvinnor generellt haft en underordnad position. Deras karriärmöjligheter har varit begränsade, liksom tillgången till statusfyllda arbetsområden, och deras löner har varit lägre än männens. Sett ur ett samhällsperspektiv har kvinnors ofördelaktiga arbetsvillkor varit gynnsamma, eftersom de bidragit till att upprätthålla en genusordning där kvinnligt kön i första hand förknippats med oavlönat barn- och omsorgsansvar (Conell, 2002). Arbetsmarknaden var i stor utsträckning könssegregerad, långt in på 1900-talet, vilket förstärkt könsstereotypa värderingar och upprätthållandet av kvinnliga respektive manliga funktioner. Kvinnors begränsade möjligheter till yrkesutbildning förstärkte en könsmässig isärhållning, med skilda positioner och uppgifter. Kvinnor knöts till samhällsinsatser av filantropisk karaktär och män till maktpositioner och politiska frågor (Hirdman, 1988). Under senare delen av 1800-talet och början

av 1900-talet avlägsnades de formella hindren för kvinnors utbildnings- och yrkesverksamhet, vilket fick effekter inom den offentliga sektorn. Kvinnor kom snabbt att utgöra en majoritet inom t ex sjuksköterskeyrket och småskoleläraryrket. Emancipatoriska förändringar skedde sedan successivt och exempelvis 1919 års lönereglering visar att de ekonomiska incitamenten för kvinnor att bryta den då rådande könsordningen var starka. Samtidigt var samhällsidealen traditionella. Män antogs ha dyrare vanor än kvinnor, vilket gjorde att deras löner generellt var högre än kvinnors. Ett annat skäl var att kvinnors låga löner höll nere kostnaderna för staten, varför deras arbete utanför hushållen var ett ideologiskt problem (SOU 1998:6). De särskilda kvinnolönerna avvecklades senare av LO och SAF, 1960, och kvinnor fick tillgång till alla yrken 1983. Även idag visar arbetslivsforskning att män och kvinnor har olika villkor på arbetsmarknaden och jämlikhetsarbetet i samhället, där exempelvis lika lön för lika arbete ingår, måste fortsätta. Förutsättningar för att en förändring skall äga rum är bl a att vi har kunskap om hur arbetsorganisatoriska strukturer påverkar attityder och samspel mellan kvinnor och män. Med utgångspunkt i föreställningar om kvinnligt och manligt upprättas strukturer som formar genusordningen i dagens arbetsliv (Pingel, 2001).

Sjuksköterskors yrkeshistoria är en del av kvinnohistorien och den visar att yrket långt in på 1900-talet varit starkt förknippat med kalltanken liksom med kvinnors konkreta och symboliska betydelse för sjukvårdsarbete. Anderson (2002) beskriver kalltankens betydelse för yrkets utveckling, liksom sambanden med den kristna värdegrunden. Professionella frågor har knutits till barmhärtighetsideal, godhet och kvinnlig omsorg, vilket gav status åt yrket i den dåtida sjukvården, samtidigt som sjuksköterskor ingav respekt och aktning. Det så gott som uteslutande kvinnliga yrket distriktssköterska, visar vid en tillbakablick på yrkesmässig status och ansvarsfulla arbetsuppgifter. Vid yrkets formalisering i början av 1900-talet var befolkningen i behov av samhällshygieniska insatser och av hälsofrämjande upplysning och sjukvårdsutbildning, varför distriktssköterskor kom att fylla en viktig funktion i samhällsmedicinsk mening (Wendt, 1999). Distriktssköterskor har haft en viktig roll i utvecklingen av folkhälsan. Som yrkesgrupp var de, tillsammans med provinsialläkare, ansvariga för såväl barnhälsovård som för vård av svårt sjuka och döende människor. Distriktssköterskor har arbetat på egna mottagningar i både städer och på landsbygd, ofta långt från sjukvårdsinrättningar och läkare. De har inte på samma sätt som sjuksköterskor, verksamma vid sjukhus, ingått i en hierarkisk organisationsstruktur eller

arbetat i könsblandade arbetsgrupper. Detta förändrades under 1990-talet, då distriktssköterskor successivt kom att knytas till husläkarsystemet och därmed till vårdcentralernas organisation.

Distriktssköterskor bedriver omvårdnad. Det innebär att de har befogenhet att göra självständiga bedömningar. De skall planera, genomföra och utvärdera omvårdnadsinsatser för människor i alla åldrar (SOSFS, 1993:17). De förväntas medverka i folkhälsoarbete för hela befolkningen och de skall ge råd och utbildning vid sjukdom och ohälsa (SFS, 1997:142; SFS, 1998:1003; kompetensbeskrivning 2005). Deras yrkesuppdrag medför många och långvariga kontakter med allmänheten, med enskilda individer, familjer och grupper, exempelvis anhöriga, liksom med yrkesverksamma personer inom hälso- och sjukvården. Distriktssköterskor är numera inte ensamma om sitt folkhälsouppdrag. Läkare inom primärvården förväntas arbeta med en helhetssyn på människors hälsa, även om utvecklingen av ett folkhälso-perspektiv i hälso- och sjukvården beskrivs ha gått sakta (Folkhälsorapport, 2001). Andra aktörer, som folkhälsovetare och sjuksköterskor, har även de ett folkhälsouppdrag vilket riktas mot samma målgrupper som distriktsköterskor vänder sig till. Dagens folkhälsopolitik innebär också att flera intressenter, som lokala politiker och tjänstemän, medverkar i beslut om primärvårdens hälsoansvar. Politiker har möjlighet att styra inriktningen av folkhälsoarbete. Gedda (2001) visar att de inte bara tillskriver distriktsköterskor ansvar för riktade folkhälsoinsatser, utan även sjuksköterskor. Detta står i samklang med Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för allmänsjuksköterskor. Medborgares möjligheter till information och upplysning i hälso- och sjukvårdsfrågor har dessutom ökat i takt med att samhället moderniserats. Dagens samhälle är mer komplext än tidigare, befolkningens etniska bakgrund är mer varierad, liksom mönstren för familjekonstellationer och föräldraskap. Med hjälp av media, IT och snabb informationsöverföring i dagens kunskapssamhälle, ökar befolkningens egenvårdsansvar. Trots att samhället efterfrågar fler experter och specialistkompetens efterfrågas inte distriktssköterskors kompetens vilket en studie om arbetsvillkor och arbetstillfredsställelse i primärvården i Västra Götaland (Furåker, 2003) visar. Med tanke på att sjuksköterskors erfarenheter och yrkeskompetens historiskt sett inte självklart efterfrågats (Lindgren, 1992, 1999) ger det anledning att ställa frågan huruvida distriktssköterskors arbetsuppgifter, liksom deras professionella status, håller på att förändras. Eftersom hälso- och sjukvården historiskt sett karakteriserats av en hierarkisk

struktur finns det även anledning att undersöka hur en gemensam organisationstillhörighet på vårdcentral påverkar distriktssköterskors profession.

Förväntningar och attityder om kvinnligt och manligt har påverkat sjuksköterskors arbetsinnehåll (SOU, 1997:83) och med läkare i ledningsposition har sjuksköterskors maktmöjligheter varit begränsade, vilket bidragit till att upprätthålla en genusordning med manlig dominans (Albinsson & Arnesson, 2000). Inom läkarkåren har det funnits en lång tradition av intellektuell stimulans i form av interna och externa utbildningsinslag och kollegieträffar, vilka sjuksköterskor inte tagit del av. Även om sjuksköterskor numera kan ha omfattande ansvarsområden och fler ledande positioner jämfört med tidigare, har läkare fler maktbefogenheter, högre lön och högre status än sjuksköterskor. Detta gäller även internationellt (Allam et al, 2004). I sin yrkesroll underordnar sig kvinnliga sjuksköterskor läkare och deras medicinska kompetens, vilket leder till att folkhälsofrågor och genusrelaterade¹ problem får ett mindre utrymme i det gemensamma arbetet. Manliga sjuksköterskor har, till skillnad från kvinnliga, dragit nytta av sitt kön i karriärsammanhang och in på 1990-talet tenderar männen i yrket att befinna sig i ledande positioner i högre utsträckning än sina kvinnliga kollegor (Eriksson, 2002). Samtidigt ifrågasätts deras manlighet, då den utmanar den heteronormativa ordningen men inte leder till en lösning av jämställdhetsproblematiken². Frågan är om situationen sett annorlunda ut, om sjuksköterskekåren till övervägande del bestått av män. Förekomsten av sjuksköterskor av manligt kön har ännu så länge inte lett till några förändringar för gruppen sjuksköterskor i stort. Däremot uppskattar manliga sjuksköterskor sin minoritetsposition i den kvinnliga dominansen och genusordningen förblir stabil (Ekstrand, 2005; Eriksson, 2002; Robertsson, 2003; Åberg, 2001).

Sjuksköterskeyrket och distriktssköterskeyrket domineras av kvinnor. Antalet yrkesaktiva kvinnor inom samtliga arbetsgivarsektorer, som landsting, kommun m fl, uppgick till 98 128 år 2005. Antalet män var samtidigt 7 847

¹ Miers (2000) menar att hälsans påverkansfaktorer är genusrelaterade. För att förstå hälsans premisser måste hänsyn tas till hur kvinnor och mäns ekonomi, sociala position och påverkansmöjligheter o.s.v. kan skilja sig åt.

² Jämställdhet beskrivs som kvinnors och mäns lika villkor medan jämlikhet åsyftar människors lika värde (Schömer, 2003). Framhävandet av könsskillnader gör att normen om jämställdhet artikuleras som en stabil könsnorm (Lundgren & Martinsson, 2003). Könen förväntas vara bra på olika saker och isärhållandet vinner genomslag med påföljd att etnicitet och klasskillnader inom könskategorierna faller utanför. (Nordberg, 2004 a; 2004 b; 2001b).

(Vårdförbundet, 2005). Könsfördelningen inom läkaryrket är numera utjämnad och andelen kvinnliga medlemmar i läkarförbundet var 42% år 2003 (Sveriges läkarförbund, 2005). Sjuksköterskor är däremot den mest typiska kvinnliga yrkesgruppen i Sverige (SOU 1997:83). Sett ur ett klassperspektiv rekryteras de i stor utsträckning från samhällets mellanskikt, medan läkarna återfinns i klasskalans övre skikt (Lindgren, 1992). Lönestatistik från år 2005 visar att skillnaderna är stora mellan sjuksköterskor och läkare. Sjuksköterskors medianlön i riket uppgår till 22 050 Skr per heltid och månad. Distriktssköterskors lön i medianvärde uppges vara 23 600 Skr per månad och heltid (Vårdförbundet, 2005), medan underläkare utan legitimation har en månadslön om lägst 21 500 Skr per månad och distriktsläkare mellan 46 800-58 300 Skr (Arbetsförmedlingen <http://www.ams.se>).

Det förefaller som om det finns en spänning mellan en organisations övergripande struktur och individers konstruktion, att det finns gränser inom en organisation som påverkar hur fritt människor kan konstruera sin självständighet och genusidentitet. Egenskaper och arbetsuppgifter könskodas, även om maskulinitet kan länkas till kvinnlig kropp och vice versa (Norberg, 2001a, 2004a). Det verkar även som om strukturerna påverkar hur en professionell yrkesgrupp avgränsar, kontrollerar och slår vakt om sitt yrkesmässiga värde.

Strukturerna befäster traditionella föreställningar kontextuellt och över tid och ger ett innehåll åt exempelvis könsroller och arbetsdelning. Det ger anledning att med en konstruktionistisk ansats undersöka kvinnliga distriktssköterskors profession, utifrån det faktum att de numera ingår i en större organisation. De arbetar på en könsblandad arbetsplats, de kan förmedla sina uppfattningar om hur de konstrueras i arbetslivet och vilka meningsinnebörder det har. Det är deras sociala yrkessammanhang och relationerna med andra som kan knytas till hur deras arbetsvillkor formas och konkretiseras, via arbetsuppgifter, konventioner och normer. Ambitionen är att använda ett genusperspektiv som grund för att förstå hur struktur och konstruktion samverkar och i vilken mån professionen villkoras i sammanhang där formell jämlikhet anses råda. Genom att syna det-för-givet-tagna, förväntningar om kvinnligt och manligt och hur det påverkar arbetets organisering, kan en förståelse skapas för hur yrkesroller och arbetsinnehåll könskodas och vilka konsekvenser detta får (Conell, 2003). Att studera en yrkesgrupp, med i detta fall endast kvinnor, underlättas av ett genusperspektiv då jag utgår från att genusrelaterade föreställningar och ordningar före-

kommer. Risken att fastna i givna kategorier blir mindre än om män också hade representerat undersökningsgruppen. Föreställningar om likheter respektive skillnader hade då förmodligen styrt forskningsfokus, eftersom de varit lättare att upptäcka.

Syfte

Mot bakgrund av vad som framkommit är det angeläget att undersöka vad som händer med distriktssköterskors specifika kompetens när de lämnat en enkönad arbetsplats, för att ingå i en organisationsform där flera könsblandade yrkesgrupper arbetar. Med tanke på att distriktssköterskor knutits närmare en institutionell vårdform och samarbete med läkare i medicinska arbetsuppgifter, är det motiverat att undersöka vad som ges företräde i yrkesvardagen, bl a på vilka sätt organisationens behov påverkar innehållet i distriktssköterskors arbetsuppgifter, vilken makt distriktssköterskor har att styra arbetets innehåll och vad som riskerar att gå förlorat för denna grups arbete. Hälso- och sjukvårdens heteronormativa genusordning har upprätthållit föreställningar om manligt och kvinnligt och det finns anledning att undersöka hur detta uttrycks i distriktssköterskors verksamhet. Hur återskapas könsroller och får ett innehåll för egen och för andras del, exempelvis föräldrars? Föräldrar är en målgrupp i hälsoarbetet som distriktssköterskor interagerar med och där föräldraskap och könsroller diskuteras.

Det övergripande syftet är att ur ett genusperspektiv beskriva distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral utifrån följande frågeställningar:

- Vad sker i interaktionen mellan distriktssköterskor, vårdtagare och andra yrkesgrupper?
- Vilka möjligheter och hinder i yrkesutövningen beskriver distriktssköterskor?
- Förändras distriktssköterskors yrkesvillkor och autonomi utifrån förändringar i arbetsuppgifternas innehåll?

Yrkesprofession och kompetens – en genusfråga

Kvinnliga yrken, som läraryrket (Gannerud, 1999) och sjuksköterskeyrket (Bentling, 1992, 1995), har haft svårt att nå professionell status. Med stöd av Brante (1989) menar jag att professionellt arbete måste studeras med avseende på arbetsdelning, innehållet i sociala relationer och vad som kan beskrivas som det specifika. Nedan redogörs för begreppen profession och kompetens och deras samband med föreliggande studie. Tanken är inte i första hand att använda begreppen som analytiska redskap utan att relatera dem till distriktssköterskors yrkesutövning, ur ett genusperspektiv. Professionsbegreppet beskrivs i teoretisk mening som en aspekt av kunskap och makt, där den ursprungliga latinska benämningen ”*professio*” (Selander, 1989) relateras till yrkesmässig status, vilken framförallt avsett yrken med högre utbildning. Professionsbegreppet, i praktisk bemärkelse, avser att ge en bakgrund åt yrkesgruppens specifika uppdrag och arbetsinnehåll, i relation till andra yrkesgrupper och till omgivande samhälle.

Inom sociologin utvecklades under 1960-talet ett intresse för professionsforskning, vilket bidrog till att utveckla empirisk professionsforskning och från 1980-talet och framåt har nya forskningsfrågor inom pedagogiken upprätthållit intresset för denna forskningsinriktning (Torstendahl, 1989). Profession kan ses som en strukturell avgränsningsmekanism för acceptans och status. Det finns alltid en struktur inom ett system, exempelvis i ett samhälle eller inom en organisation eller grupp, som legaliserar professioner i någon mening. Både i vardaglig och i vetenskaplig mening relaterar profession till ett system av kulturella och symboliska innebörder, vilka är historiskt och kontextuellt beroende. Det är genom individers medverkan som vars och ens funktion och roll i det aktuella sammanhanget får en innebörd, i form av ett socialt mandat att utöva kontroll i någon mening. Det medför att människor kan styras och påverkas, exempelvis genom utbildning. I Beckmans (1989) sätt att beskriva profession, åtskiljs förvärvs- och hushållsarbete.

Profession används ofta synonymt med yrke i allmänhet. Särskiljande för professioner i denna vida bemärkelse är att verksamheten bedrivs på arbetsmarknaden med förvärvsavsikter, till skillnad från verksamheter utanför arbetsmarknaden och som inte bedrivs som förvärv, t ex hushållsarbete, fritidaktiviteter och frivilligt arbete. Professionalisering kan användas för att beteckna *växande skicklighet* i utövandet av ett visst arbete (a.a s. 59).

Citatet kan belysa varför kvinnors och sjuksköterskors profession haft svårigheter att utvecklas. Kvinnliga yrken har ansetts som moderliga, fostrande och tjänande, deras egenskaper har varit passande för frivilligt arbete eller för yrken som inte byggt på någon specifik kunskap och där utövarnas biologiska kön har varit deras främsta egenskap. Det ger en bild av historisk immanent och essentialistisk kvinnoyn och av hur genusordning verkar. Utbildningsfrågan för kvinnors del relaterades långt in på 1800-talet till kroppsliga begränsningar. Den kvinnliga kroppen ansågs vara ett direkt hinder för högre utbildning, varför kvinnor länge utestängdes från läkarutbildning och andra högre yrkesutbildningar (Johannisson, 1997). Däremot ansågs yrken som läraryrket och sjuksköterskeyrket passande, då dessa inte riskerade att utmana kvinnligheten och synen på kvinnan som naturlig och moderlig. Profession fungerar på så sätt som en mekanism för inne- respektive uteslutning, en orsak till avsaknad av makt och autonomi för kvinnors del, vilken begränsat deras formella professionsutveckling.

Sjuksköterskors uppgift har varit att assistera läkarna och med den nära anknytning sjuksköterskor haft till den medicinska vetenskapen, har det varit svårt för dem att utveckla ett eget kunskapsområde (Bentling, 1995).

Yrket har ej betraktats som en profession utan som en semiprofession och i förhållande till läraryrket har sjuksköterskeyrket betraktats som en subprofession (Bentling, 1992, 1998). Semiprofession innebär enligt Selander (1989) att en yrkesgrupp, exempelvis sjuksköterskor, har en kodifierad etik men saknar auktoritet. Sjuksköterskor har betraktats som kvinnliga arbetstagare, till skillnad från läkare och advokater. Dessa har i allmänhet varit män och deras yrken har räknats som klassiska eller kapitalistiska professionstyper (Brante, 1989). Distriktssköterskeyrket har inte heller betraktats som en formell profession, även om 1916 års betänkande (Kungliga Medicinalstyrelsen, 1919) visar att distriktssköterskor verkade i ett yrke som krävde stort ansvar, goda folkhälsokunskaper och ett praktiskt handlag. Detta gällde även barnmorskor, under samma tidsperiod. Det moderna samhällets utveckling under perioden 1800-talets senare del till mitten av 1900-talet, utgjorde en grogrund såväl för barnmorskeyrkets professionalisering (Hermansson, 2003) som för att distriktssköterskors utbildning formaliserades (Kungliga Medicinalstyrelsen, 1919).

Enligt Brante (1989) har de professionella haft makt- och kunskapsmonopol. De har hållits samman av samhällssanktioner och etiska normsystem, med

kulturella innebörder. Brante menar att dagens professioner kan beskrivas på liknade sätt. Läkare har i stort sett samma utbildning som tidigare och bedriver samma verksamhet; att vårda och behandla. Sett ur Brantes perspektiv har varken distriktssköterskor eller barnmorskor tidigare ingått i någon av professionstyperna, varken de fria, de akademiska eller de kapitalistiska. Numera räknas de däremot till välfärdsstatens professioner, vilka framförallt utgörs av serviceorgan till stat, kommun och allmänhet. Välfärdsprofessionerna hålls samman av en teoretisk och subjektiv kunskap och de har ett mandat att påverka och besluta över andra människor (Bentling, 1998). För dagens distriktssköterskor är detta tydligt. De fattar egna beslut i omvårdnadsfrågor och de har en stor roll i folkhälsoarbetet, med uppgift att påverka människor till hälsofrämjande levnadsvanor (SOU: 2000:19). Dagens distriktssköterskeutbildning leder dessutom fram till en akademisk examen, med möjligheter till vidare forskarstudier. Detsamma gäller barnmorskor, vars yrke utvecklats från folklig förlossningskonst till en framväxande skolmedicin inom en vetenskaplig disciplin (Hermansson, 2003). Att de båda yrkesgrupperna inte tidigare klassats som någon professionstyp skulle kunna förklaras av tidigare föreställningar om att kvinnliga arbeten kunde bedrivas utan speciell utbildning. Det räckte med att vara född till kvinna. Deras kvinnliga förmågor har ansetts tillräckliga i flera yrken, varför ytterligare avgränsningar inte varit nödvändiga. För kvinnor i vårdyrken har detta varit särskilt tydligt (SOU, 1998:6), liksom att professionell status växlat genom åren, parallellt med andra strukturella förändringar.

En profession kräver alltid någon form av kompetens. Som abstrakt företeelse är kompetens något som kan tillämpas på flera områden och problem. Utbildning och examination leder till formell kompetens, men det är viktigt att inte betona de formella aspekterna alltför mycket utan att även uppmärksamma den reella kompetens som utvecklas efter formell utbildning (Brante, 1989). Det ger en anledning att se på kompetens i distriktsköterskornas yrkessammanhang. Det är på distriktsköterskornas yrkesutövning och deras möjligheter att konstruera sina arbetsuppgifter i en social kontext som delas med andra, som föreliggande arbete fokuserar, liksom på deras förhållningssätt och syn på kunskap. Det är genom distriktsköterskornas egna avgränsningar kring omvårdnads kunskap, funktion och arbetsuppgifters innehåll, som något kan sägas om deras yrkeskompetens. Fortsättningsvis används begreppet kompetens synonymt med kvalifikation och yrkeskunnande/skicklighet (eng. skills), vilket är vanligt förekommande

i litteraturen. Som utgångspunkt används Ellströms (1994) definition av kompetens.

Med kompetens avses en individs potentiella handlingsförmåga i relation till en viss uppgift, situation eller kontext. Närmare bestämt förmågan att framgångsrikt (enligt egna eller andras kriterier) utföra ett arbete, inklusive förmågan att identifiera, utnyttja och, om möjligt, utvidga det tolknings-, handlings- och värderingsutrymme som arbetet erbjuder (a.a.s 21).

Citatet visar att kompetens kan beskrivas och förstås som en uppgiftsrelaterad företeelse, vilken är relationell och kontextuell till sin karaktär. Den styrs av kognitiva och affektiva faktorer, av kunskapssyn och av omvärldsuppfattningar, vilka påverkar individens förutsättningar att handla. Den omfattas även av sociala färdigheter som exempelvis samarbetsförmåga och kommunikationsförmåga. Kompetensbegreppet är däremot otillräckligt för en analys av arbetets kvalifikationskrav, menar Ellström (a.a.), som länkar samman kompetens och kvalifikation till ett kunskapsteoretiskt begreppspår, vilket innebär att arbetsliv och utbildning får ett samband. Till skillnad mot kompetens som en individrelaterad företeelse, beskrivs kvalifikation som en utbildningsföreteelse och som ett krav för att kunna utföra en viss arbetsuppgift. Arbetsuppgiftens karaktär spelar på så sätt roll när kvalifikationer formellt efterfrågas, medan kompetens mer är relaterat till en potentiell förmåga. Med andra ord; en person kan vara kompetent men samtidigt brista i kvalifikation för ett visst arbete och tvärtom. En person kan ha kvalifikationer men sakna kompetens. För sjuksköterskors del visar historien att definitionen av deras kompetens, på samma sätt som profession, knutits till kvinnlig förmåga (Doering, 1992) vilket följande citat exemplifierar och som återspeglar läkares värdering av sjuksköterskors kompetens i början av 1900-talet.

The great and principal duty of a nurse is to make a patient comfortable in bed, something not always attained by the most bookish of nurses. Any intelligent, not necessarily educated woman can in a short time acquire the skills to carry out with implicit obedience the physicians directions (a a s 28).

När reformeringsarbetet i svensk vårdutbildning tog fart under 1970-talet, förändrades både yrkesroll och yrkesinnehåll (Bentling, 1995) och beskrivningen av sjuksköterskors kompetens som en allmänmännisklig kompetens, förändrades successivt till att beskrivas som en omvårdnadskompetens (Johansson, 1996). Inom vård och omsorg har begreppet kompetens studerats med fokus på yrkeslivets krav på kunskap ur ett vårdpedagogiskt perspektiv.

Vårdpersonalens kunskaper, deras formella och reella kompetens har utgjort problemområden, liksom frågor om hur kunskaper och färdigheter omformas från utbildning till yrkesliv (Pilhammar Andersson, 1998). Kompetensbegreppet har analyserats i relation till mänskliga förmågor, där handlingskraft, förändringspotential och coopingstrategi, har ingått i definitionen (Conolly & Bruner, 1974).

Benner (1984) talar om kritiskt tänkande och klinisk blick. Framförallt handlar det om att se kompetens som en utvecklingsrelaterad företeelse, där kliniska interventioner avspeglar skillnaderna mellan de medverkandes olika kompetensnivåer. Benners sätt att analysera och beskriva begreppet som kliniskt situationsbundet, möjliggör ett synliggörande av den handlingsinriktade eller ”tysta” kunskapens innehåll som, avseende sjuksköterskor, så länge tagits för given. På ett systematiskt sätt kan modeller utformas avseende omvårdnads kunskap och pedagogik och därefter visa hur teoretisk kunskap kan implementeras i sjuksköterskors yrkesvardag, menar Heyman och Andersson (1988).

Sjuksköterskans kompetens kan sägas bestå av färdigheter i form av social kompetens, medicinskt behandlingsarbete, tekniskt kunnande och föreställningar vilka kan exemplifieras med synen på andra människor och vård, sättet att förmedla kunskap till patienter (a.a.s 441).

Utifrån ovanstående definition flyttas sjuksköterskors kompetens från ett tekniskt-rationellt perspektiv, vilket ofta kännetecknas av instrumentalism och utilitarism, till ett humanistiskt perspektiv. Samspelet mellan sjuksköterskor och vårdtagare ses som grund för ett kunskapsutbyte med tvärvetenskapligt innehåll, på samma sätt som reflektioner kring människosyn och kunskapssyn blir betydelsefulla i vårdsituationen. Sjuksköterskors pedagogiska kompetens är däremot inte oproblematiserad, då den uppfattas som en autodidakt företeelse, av sjuksköterskor själva och av andra praktikföreträdare (Friberg, 2001). Även i studien om distriktssköterskors och sjuksköterskors pedagogiska kompetens visar sig liknande uppfattningar, att undervisa medför en känsla av osäkerhet hos sjuksköterskorna, varför pedagogiska arbetsuppgifter inte prioriteras (Gedda, 2001).

Avhandlingens uppläggning

I kapitel 2 behandlas arbetets teoretiska utgångspunkter. Avhandlingen vilar på ett konstruktionistiskt perspektiv och utgångspunkten är att genus är en social konstruktion som, med inverkan från symbolrelationer och föreställningar om kön, påverkar kvinnors respektive mäns könsidentitet (Connell, 2003). Centrala begrepp i studien är genusordning, genus och makt, där Jónasdóttirs (1991) patriarkatsteori ligger till grund för förståelsen av makt som en över/underordningsprincip mellan män och kvinnor. Begreppen relateras till genusvetenskaplig forskning och till sjuksköterskors och distriktssköterskors yrkesutövning. De får också en betydelse som analysredskap i föreliggande studie, vilket redovisas.

I kapitel 3 presenteras den etnografiska forskningsmetoden och anknytningen till symbolisk interaktionism. Därefter följer en redogörelse av genomförande, tillvägagångssätt och analysförfarande. En summering av avhandlingens centrala begrepp avslutar kapitlet.

Resultatet av den empiriska studien presenteras under tre huvudteman, av vilka det första inleder kapitel 4. Här redovisas hur distriktssköterskornas rumsliga plats upprätthåller föreställningar om yrkesmässig självständighet och vad som är specifikt för deras yrkesutövning, vilka funktionella betydelse distriktssköterskorna får i den vardagliga praktiken och vad det innebär för deras hälsoarbete riktat mot vårdtagare i alla åldrar. En sammanfattning avslutar kapitlet.

Under det andra huvudtemat ges en beskrivning av arbetets struktur. Det handlar om distriktssköterskornas samarbete med läkare och annan personal, liksom om växlingen mellan roller som skall effektivisera samarbetet. Därefter följer en beskrivning av kvinnlig kompetens och på vilka sätt den får ett samröre med professionell kompetens, följt av en sammanfattning.

Under det tredje och sista huvudtemat redovisas hur distriktssköterskornas plats i organisationen framträder. Här redovisas också hur deras yrkesutövning villkoras av individuella begränsningar, av hinder i omvärlden och av föreställningar som de menar leder till förväntningar på dem som yrkesgrupp. Slutligen redovisas vad som leder till ett utanförskap i samarbetet med annan personal. En sammanfattning avslutar kapitlet.

Kapitel 5 är avhandlingens sista kapitel. Här diskuteras hur resultatet av den empiriska studien hänger ihop med de olika aspekter av yrket som presenterats i bakgrunden. Begreppen genusordning, genus och makt används, för att visa huruvida det finns ett samröre mellan distriktssköterskors yrkesutövning och privilegier skapade av föreställningar om kön. Kapitlet avslutas med en engelsk sammanfattning där arbetets centrala delar återfinns.

KAPITEL 2

TEORI OCH TIDIGARE FORSKNING

Den kunskapsteoretiska ansatsen i föreliggande studie utgår från ett konstruktionistiskt perspektiv, där ambitionen är att tolka och förstå innebörder av kvinnligt och manligt. Genus, genusordning och makt blir utifrån detta ställningsstagande centrala analysbegrepp i studien. Genus handlar om subjektiva erfarenheter, förväntningar och maktutövning i ett yrkessammanhang, om hur relationer och handlingar kommer till uttryck, hur interaktion mellan människor sker och i vilken mån dessa beskrivningar kan ge en bild av en organisations genusordning?

Avsikten med detta avsnitt är inte att reda ut den mångfald av olika teoretiska perspektiv som återfinns inom köns/genusforskningens fält utan att, i kortfattad form, redogöra för två huvudriktningar inom området och hur dessa kan länkas till forskningsproblemet. Ur ett konstruktionistiskt perspektiv förklaras kvinnlighet och manlighet som sociala konstruktioner (Conell, 2002; Scott, 1988; Skeggs, 1997). Andra ser genus ur ett samhällsstrukturalistiskt perspektiv, där huvudfrågan är hur samhället upprätthåller en patriarkal maktordning (Jónasdóttir, 1994; Walby, 1990). Att hålla sig till ett av dessa teoriska perspektiv är näst intill omöjligt. Studiens konstruktionistiska ansats hindrar, enligt min mening, inte att även strukturer problematiseras. Att studera en organisation som hälso- och sjukvården, kan hjälpa oss att se hur strukturer kan villkora konstruktioner av manligt och kvinnligt.

Genus och genusperspektiv

Begreppet genus (eng. gender) är latinskt och kan översättas som slag, sort, släkte eller kön (Hirdman, 2001). Genus användes först inom antropologin och sedan inom språkläran. Från mitten av 1980-talet kom begreppet genus att användas mer och mer av amerikanska kvinnoforskare och är numera ett vanligt begrepp även inom europeisk feministisk forskning (Hirdman, 2001, Thurén, 2003). Genusforskning om män handlar enligt Ekenstam (2001) om studier av hur vissa mäns marginaliserade positioner kan beskrivas. Inom feministisk teori har begreppet genus utvecklats som en bärkraftig teoriansats. Tidigare okända forskningsområden och problem avseende den sociala verkligheten har studerats och kvinnors och mäns livsvillkor på en samhällelig

eller institutionell nivå har analyserats (Holmberg & Lindholm, 1995). Vissa forskare väljer att uttrycka sig i termer av socialt kön, medan andra väljer genus. Genom människors sociala liv upprätthålls idén om vad som är maskulint³ respektive feminint⁴. Att studera och analysera sociala sammanhang utifrån ett genusperspektiv ger förutsättningar att ifrågasätta könsstereotypa mönster (Hirdman, 1988). Hur könsidentitet konstrueras varierar över tid (Conell, 2002), samtidigt som den grundläggande hegemoniska maskulinitetsdominansen är mer eller mindre stabil (Jónasdóttir, 1994).

Med ett genusperspektiv kan föreställningar om könsskillnader som biologiskt betingade ifrågasättas. Kvinnor och mäns villkor kan analyseras som något mer än könsuppdelad statistik (SOU, 1999:63). Attityder, förväntningar och handlingar kan skärskådas liksom kvinnors och mäns villkor. Så kallade kvinnliga egenskaper och tillkortakommanden kan sättas i relation till det produktiva arbetets innehåll (Elgqvist Salzman, 1994). Till skillnad mot genusperspektivet, som är analyserande till sin karaktär, är jämställdhetsperspektivet beskrivande och jämförande. Det är därför inte tillräckligt för analyser och för möjligheten att upptäcka skillnader *inom* kategorierna män och kvinnor (Pingel, 2001). Om föreställningar om manligt och kvinnligt ses som fasta köns kategorier och upprepas tillräckligt ofta, förstärks dikotomin och jämställdhetsdiskursen riskerar att urholkas (Robertsson, 2003). Sjuksköterskor förknippar sin funktion med en personlig och kvinnlig förmåga, samtidigt som de beskriver sig själva som ”spindeln i nätet” (Pillhammar Andersson, 1993) och det visar hur genus verkar som subjekt-konstruktion, samtidigt som hälso- och sjukvårdens hierarkiska struktur sätter gränser för hur pass fritt människor kan konstruera sitt arbete (Albinsson & Arnesson, 1997).

³ Begreppet maskulinitet har, liksom femininitet, använts sedan 1800-talet för att ge en beteckning åt mänskliga karaktäregenskaper. För män framställs dessa som auktoritets- och handlingsrelaterade (Nordberg, 2004). Hegemonisk maskulinitet kan enligt Pingel (2001) förklara den i samhället förhärskande och kulturellt idealiserade bilden av maskulinitet. Begreppet används också av ledande mansforskare, som exempelvis Conell och Kimmel, för att diskutera män och deras praktiker och ge förklaringar till hur maskulinitet skapas i relation till andra män (Nordberg, 2004).

⁴Femininitet knyts enligt Nordberg (2004) till egenskaper som emotionell, eftertänksam och empatisk. Feminism handlar däremot om ett perspektiv, en ståndpunkt eller en medvetenhet om nödvändigheten att kritiskt granska det för givet tagna (Peggy, 1995). Feminism är inte detsamma som genusforskning men den senare har vuxit fram ur den feministiska kritiska hållningen (Thurén, 2003).

Uppdelningen mellan kön och genus är emellertid inte oproblematiske, eftersom det finns en risk att detta främjar föreställningen om människan som tudelad i en biologiskt och en socialt konstruerad del, eller att genus lever sitt eget liv utanför kroppen. Ett sätt att undvika att hamna i ett deterministiskt synsätt, där antingen det biologiska eller det sociala kan förklara manligt och kvinnligt, är att använda Conells (1995, 2002) modell som utgår från att den biologiska kroppen påverkas av sociala processer. Det som förefaller vara relaterat till biologi förklaras utifrån att det är socio-kulturella ideal som skapar våra normer och förväntningar på vad som kan sägas vara kvinnliga respektive manliga handlingar. Rådande skönhetsideal, som leder till kroppsliga justeringar, är ett exempel på hur biologi och det sociala sammanflätas. Eftersom det biologiska och det sociala könet är svåra att särskilja, kan begreppen kön och/eller genus i praktiken användas på samma sätt som när människan betraktas som både kroppslig och själslig. Thurén (2003) menar att kön ofta är synonymt med genus och används som ett mera vardagsnära begrepp, medan genus eller genusidentitet i vetenskapliga sammanhang ersätter benämningar som könsroll, socialt kön eller sociokulturellt kön. I föreliggande arbete används begreppet genus med betoning på hur socialt kön konstrueras, genom normer och föreställningar, handlingar och interaktion mellan människor.

Relationen mellan struktur och konstruktion

Jónasdóttir (1994) talar om att människor, såväl kvinnor som män, är bundna till varandra i egenskap av könsvarer. De är beroende av varandra genom samhällets strukturer. Kön går inte att förneka, lika lite som klass skulle vara betydelselöst när vi talar om kapitalism. Patriarkala strukturer förklarar varför kvinnor och män åtskiljs, inom politiken och inom den kulturella sfären. Könsdifferentieringar inom de patriarkala strukturerna underordnar kvinnor, såväl inom arbetsmarknad, där lönearbete är till männens fördel, som exempelvis i familjepolitik och i media. Kvinnors arbete i den reproduktiva sfären räknas inte som en avyttringsbar kraft/makt. Kvinnors vård och omsorgsarbete, betraktad som en kärlekskraft i teoretisk mening, ger dem däremot inte ekonomiska fördelar (Jónasdóttir, 1991; 1993). Walby (1990) talar också om strukturers betydelse för kvinnors underordning och menar att patriarkatsteorin kan definieras med hjälp av strukturer för lönearbete, hushållsarbete, kultur, sexualitet och våld. Strukturerna visar på en institutionaliserad ojämlikhet i genusrelationerna, som oftast är till fördel

för männen. Och det är enligt Walby ytterst könslivet, med det biologiska födandet och formandet av människors könsidentitet, som leder till ojämlikhet.

Men könslivet omfattas också av de samhällseliga krafter som tenderar att struktureras i ett könsmaktperspektiv där kvinnor saknar makt (Jónasdóttir 1991; 2003). Jónasdóttirs resonemang kan användas för att förklara kvinnors underordning i arbetslivet, såväl historiskt som i modern tid, men är däremot inte tillräckligt för att förklara hur konstruktionen av kvinnligt och manligt sker. En teori som är praktisknära, subjeksrelaterad och som förklarar upprätthållandet av genusidentifikationer genom olika könsroller, är Conells (2002) teori om hur genus skapas, symboliskt och relationellt.

Genom att förstå genus som en social subjeksrelaterad konstruktion, upprättas ett samband till kulturella och historiska lagbundenheter som på ett rationellt sätt upprepas över tid, medvetet eller omedvetet (Hirdman, 1988, Widerberg, 1992). Vi är alla medskapare till och bärare av en genusidentitet i det sociala livet, där dikotomier bygger upp de motsatspar vi sedan kategoriserar som hon-han, kropp-själ osv (Hirdman, 2003). Det historiska perspektivet när det gäller subjektets identitetsutveckling visar att en ständig konstruktion pågår, i vilken idén om det maskulina och feminina skapas och upprätthålls (Conell, 1987, 2002). Typologier av maskuliniteter ger yttringar som ”white hero, black beast, playboy” (s 224) och skapar samtidigt förväntningar på femininitet, igenkännbart i sjuksköterskors yrkeshistoria och i förväntningarna på kvinnlig kärleksfull vård och omsorg, liksom på manlig medicinsk auktoritet. Conells konstruktionistiska perspektiv liknar även Scott (1988), som har en konstruktionistisk utgångspunkt och menar att kvinnornas värld är en del av männens värld. Vår historia kan inte ändras, men genom att förstå kvinnligt och manligt som något mer än i essentialistiska termer kan traditionella definitioner utmanas, liksom tendensen att se könen som bipolära. Med flytande framställningar skulle begreppen kunna förkroppsligas av såväl kvinnor som män, men detta är inte oproblemiskt. Maskulinitet länkas främst till manlig kropp och vice versa.

Genusordning

I studien används begreppet genusordning (eng. gender order) istället för könsmaktordning eller könsordning. Begreppen kan visserligen ses som

synonyma, men eftersom genus valts framför kön väljs också genusordning för konsekvensen skull. Internationellt används också begreppet genussystem (Hirdman, 2003). Enligt Thurén (2003) åsyftar genusordning en övergripande samhällsnivå.

Det finns något vi kan kalla en genusordning i varje samhälle. Den består av alla de idéer om kvinnligt och manligt som finns i samhället och allt de för med sig för vem som gör vad, vem som kan bestämma vad, hur vi uppfattar oss själva, var och en av oss och varandra, kollektivt och individuellt. (a.a.s 98).

Andra (Conell, 2002) talar om genusregim, åsyftande en institutionell nivå och individers relationer och handlingar, som sammantaget konstruerar den sociala praktikens innehåll. Att tala om regimen gör det möjligt att nyansera aspekter av genusordning, menar Thurén (2003). Genusordning används som en symbolbeskrivning av föreställningar om kön⁵ och syftar alltid direkt eller indirekt på den reproduktiva sfären.

Det betyder däremot inte att alla genusrelationer är reproducerande. De ingår i mönster och relaterar alltid till omvärldens innehåll:

Genus inbegriper mycket mer än en-till-en-relationer mellan kroppar, det involverar en väldig och komplicerad institutionell och kulturell ordning. Det är hela denna ordning som skapar relationer till kropparna och ger dem en genusinnehåll (Conell, 2002, s. 56).

Det handlar om en samverkan mellan individ och samhällseliga, politiska och religiösa normsystem och strukturer och det utmanande med ett genusperspektiv i analysen av en samhällsordning menar Pingel (2001) är att:

Det möjliggör för kvinnor att göra anspråk på en *omfördelning* av de ekonomiska och sociala utrymmen som i stort har varit förbehållna männen, vilket betyder att om eller när jämställdhet uppnås kommer denna att radikalt ha ändrat arbetslivets strukturer (a.a.s. 99).

Relationen mellan strukturer och den genusordning som skapas handlar om att vända på den strategiska frågan, att inte fråga om ordningen kan förändras utan hur den kan förändras. Jónasdóttir (1994) hävdar att patriarkatsordningen alltid finns, men att den periodiseras och antar olika former under olika

⁵ de Beauvoir (1973) problematiserar kön i förhållande till mental och kroppslig immanens och transcendens. Chodorow (1989) talar om det könsuppdelade föräldraskapet. Butlers (1990, 1994) utgångspunkt är att kulturen könar kroppen. Hon talar om en iscensättning (performativitet) av roller och individens självständiga agerande (performance).

tidsepoker. Det tomrum som finns i den materialistiska historieuppfattningen skulle kunna fyllas av en ”socialt organiserad kärlek”. Samhället produceras genom kärlekens praktiker, och inte enbart genom arbetet. Om kärleken räknas som en avyttringsbar kraft, skulle verkligheten kunna förändras avseende könsproblematiken (Jónasdóttir 1994). Resonemanget är intressant ur ett sjuksköterskeperspektiv. Sjuksköterskors historia och vårdandets praktik visar en ordning av patriarkalt slag. Den har en manlig maktstruktur, samtidigt som det finns föreställningar om omsorgen som en kvinnlig förmåga. Det skulle kunna förklara varför yrket fortfarande förknippas mer med höga ideal och personliga egenskaper (Dahlborg Lyckhage, 2003) än med påverkansmöjligheter och makt. Kärlekskraften görs till politik i Jónasdóttirs (1994) perspektiv, men när den handlar om kvinnlig förmåga i kvinnors arbetsliv inom den vårdande sektorn, har kärlekskraften liten betydelse för exempelvis lönesättning eller status.

Känslomässiga relationer mellan kvinnor och män formas efter den heterosexuella normen, vilka leder till förväntningar på individer. Samtidigt upprättas samhällseliga genussymboler, med ett gigantiskt system av tolkningar, förutsättningar och anspelningar, vars innebörder är större än de biologiska kategorierna. I människors vardag visar sig dessa symboler i språket, i klädmode, i media och kultur (Conell, 2002). Tillsammans skapar symbolerna normer som människor måste förhålla sig till. En del av dessa normer kan förklara sjuksköterskors yrkeshistoria och dennas koppling till kvinnlighet och moderlig omsorg och vård, något som är igenkännbart också idag. Omvårdnadsteorier relaterar ofta till ett innehåll som är synonymt till kärlek. Vårdandets⁶ substantiella innebörd kan med Jónasdóttirs (1994) ord formuleras som en kvinnlig kärlekskraft. Enligt Davies (1995) leder denna kvinnliga kärlekskraft till subjektiva förväntningar på sjuksköterskeyrket. Kärlekskraften skapar normer för hur utbildningsinnehåll formas (Närvänen, 1994) och bäddar därmed för kalltankens renässans i utvecklingen av vårdvetenskap och sjuksköterskeutbildning (Furåker, 2001).

Genusordning upprätthålls med individers medverkan. Beroende på hur pass genusdefinierade platser, intresseområden och yrkesområden är, varierar omfattningen av den (Thurén, 1996). En starkare genusordning ger mer

⁶ Caritas är ett omsorgens grundmotiv och i kombination med omvårdnadsbegreppet ger det en dubbel innebörd vilket utgör omvårdnadsteoretikern Erikssons värdegrund. Caritas omfattar kärlek och barmhärtighet (Kirkevold, 2000).

väldefinierade sanktioner (Gannerud, 1999). För sjuksköterskor innebär en stark genusordning att föreställningar om såväl kvinnligt som manligt kan upprätthållas, vilket gör att genusordningen får en funktionell betydelse för yrkesidentitet och arbetets karaktär (Ekstrand, 2005, Robertsson, 2003).

Hälso- och sjukvårdens genusordning

Hälso- och sjukvården är hierarkiskt organiserad. Sett ur ett genusperspektiv har den en utvecklad medicinskt vetenskaplig förankring, i vilken en manlig dominans framträder. Det är män som forskat på män, med metoder framtagna av män. Generellt är det mannen som är normen för hur kroppslig, mental och social hälsa definieras, vilket avspeglas i medicinsk litteratur (Alexandersson, 1997, 1999). Det visar hur makt kan förkroppsligas, konkretiseras och göras till en legitim struktur.

Det finns även en stark medicinsk manlig arbetsledning, där läkare lyckats stärka sin maktposition i organisationsstrukturen. Sahlin Andersson (SOU 1997:83) visar hur läkares position skiljer sig gentemot sjuksköterskors. Läkarna uppfattas av sjuksköterskorna som autonoma personer med en yrkesrelaterad frihet, vilken sjuksköterskorna själva inte omfattas av. Läkarna ser sjuksköterskorna som utbytbara. De förväntas ersätta varandra och anpassa sig efter läkares önskemål, något som är till fördel för organisationen. Kvinnliga sjuksköterskors sätt att anpassa sig efter manliga läkares önskemål känns igen från Steins (1967, 1990) tidiga studier. Redan på sextioalet beskrev Stein ”the doctor-nurse-game”, i vilket sjuksköterskor och läkare deltar utifrån en social hierarkisk ordning, där yrkestillhörighet överordnas kompetens. Yngre och orutinerade läkare tillåts av erfarna och rutinerade sjuksköterskor på en vårdavdelning att, speciellt inför vårdtagare, framstå som säkra och yrkeserfarna, med sjuksköterskornas support. Det kan ses som ett exempel på hur genusordning upprätthåller förväntningar om manligt och kvinnligt och hur det villkorar yrken (Davies, 2001).

The doctors did not lose face and that traditional hierarchial relations were reinforced. In other words, masculine authority was maintained by, in todays language, both sides doing gender. The social order was normalised and legitimised (a.a.s 72).

Davies intervjustudie av läkare och sjuksköterskor visar att kvinnliga yngre läkare också idag möter på större hinder för acceptans hos sjuksköterskorna

än deras manliga kollegor gör. De kvinnliga läkarna måste förutom sin medicinska kompetens också visa att de har en social kompetens, för att vinna erkännande i det kvinnliga sköterskekollektivet. Resultatet överensstämmer med Pringles (1998) intervjustudie av kvinnliga läkare. Över åttio procent av de kvinnliga läkarna uppger att de blivit mera kritiskt värderade av sjuksköterskor än vad de upplever att deras manliga kollegor blivit, vilket visar att genusordningen inte störts av könsutjämning inom ett yrke. Sjuksköterskor upplever att det finns sociala avstånd mellan dem själva och läkarkåren (Albinsson & Arnesson, 2000, Lindgren, 1992; 1999). Detta är ett generellt mönster, då kvinnors och mäns relationer och olika förutsättningar i arbetslivet avses (Pettersson, 2001). Att genusordningen inte är en permanent ordning utan relaterar till det omgivande samhället, till utveckling och förändring, visas genom att yrkesgränser luckras upp och nya frågor formuleras mellan och inom yrkesgrupper.

Exempelvis har manliga läkare större makt och inflytande, trots att kvinnliga sjuksköterskor är i majoritet (Albinsson & Arnesson, 2000). Kvinnliga läkare brottas med oklara könsidentiteter och i gruppen sjuksköterskor pågår aktiva försök att förändra yrkesroller och arbetsformer (SOU, 1997:83). Hur pass omfattande över- eller underordningen är, eller hur framträdande Steins (1967) modell är, måste därför relateras till ett specifikt sammanhang för att något ska kunna sägas om hur genuskonstruktioner verkar. Hälso- och sjukvården har numera en plattare organisationsstruktur än tidigare (SFS, 1997:142), vilket innebär att såväl sjuksköterskor som läkare kan ha ledningsansvar, både inom klinikbundna och primärvårdsanknutna vårdinrättningar (Nilsson, 2003). Läkares ledningsansvar handlar framförallt om det medicinska innehållet, sjuksköterskors om det personaladministrativa eller omvårdnads-mässiga innehållet. För medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunernas hälso- och sjukvård gäller särskilda bestämmelser (SOSFS, 1997:10) avseende deras medicinska ansvar och funktion.

Makt och genusordning

Litteraturen visar att makt är ett mångfacetterat begrepp. Avsikten i föreliggande studie är att beskriva på vilket sätt maktbegreppet kan användas och hur makt förklaras som en del av genusordningen. Det förefaller som om det råder ett dialektiskt förhållande mellan individers konstruktion av makt och den strukturella nivån. Med stöd av Brante (1989) menar jag att

villkoren för hur maktutövning sker i ett professionellt sammanhang är viktiga att undersöka. Det handlar om att förstå makt som en viljeyttring, att förklara distriktssköterskors inflytande och påverkansmöjligheter i förhållande till andra personers. Med tanke på att distriktssköterskor numera arbetar inom en mera omfattande organisationsstruktur, med fler personalrelationer än tidigare, är det rimligt att anta att de påverkas av samarbetet med övrig personal. Utgångspunkten är att makt kan studeras inom ramen för den organisatoriska strukturen, utifrån definitionen i betänkandet från Kvinno-maktutredningen (SOU, 1998:6).

Med begreppet makt avses i allmänhet ”makt över” dvs individers eller grupper makt att påverka andra individers och grupper handlande, även mot deras vilja eller inskränka deras möjligheter och handlingsutrymme (a.a.s 14).

I ett strukturellt perspektiv är makt en fråga om hegemoni och patriarkatets överordnade ställning. Jónasdóttir (1991 a, b) menar att när män och kvinnor ständigt identifierar och producerar varandra som könsvarelser så sanktioneras männens makt att tillägna sig kvinnors olika resurser. Det går inte att bortse från att maktrelationer alltid existerar i ett socialt sammanhang. Det finns enligt Walby (1994) tillräckligt många gemensamma drag som bildar rutiniserade mönster för hur maktutövning sker, exempelvis inom de moderna staternas högsta beslutande organ. Conell (2002) menar att dessa kan ses som maskulina maktcentrum. Industrialiseringen och demokratiseringen i Sverige följdes av två makteliter; den ekonomiska och den politiska. Kvinnor omfattas idag inte av den ekonomiska makten, vare sig i det privata näringslivet där männen dominerar, eller i familjen (SOU,1998:6). Den ekonomiska aspekten av makt är viktig att belysa, då den kan förklaras som en hierarkiprincip i genusordningen.

En ekonomiskt oberoende kvinna betyder en kvinna som är ekonomiskt oberoende av en man. En ekonomiskt oberoende man är inte en man som är ekonomiskt oberoende av en kvinna utan en man med så stor förmögenhet att han kan försörja sig på den (a.a.s 15).

Citatet kan användas för att visa hur makt i ekonomielitistisk form kan villkora kvinnors respektive mäns liv. För kvinnors del handlar det om en köns- och klassfråga, medan det för männens del huvudsakligen är en klassfråga. När den ena blir ekonomiskt oberoende genom lönearbete blir den andre ekonomiskt oberoende från lönearbete. Politiskt innehar kvinnor i Sverige makt och genom denna position kan de påverka andra människors ekonomi till viss del (SOU,1998:6).

Ett annat område där mäns och kvinnors hierarkiska positioner är tydliga är samhällets olika institutioner och organisationer. Enligt Conell (2002) finns en institutionaliserad makt, som innebär att arbetsdelningen på arbetsmarknaden ger männen maktpositioner och ett ökat samhällsinflytande för infrastruktur, rättsväsende och ekonomi. För kvinnorna följer ansvar för socialtjänst, vård och utbildning. Conell gör emellertid en distinktion mellan hegemonisk och underordnad maskulinitet, vilket innebär att makt enligt honom är en genusstrukturerad företeelse som har betydelse i analyser av maktrelationer. Det förefaller som om det finns en risk med stereotypa konstruktioner, framförallt då maskulinitet kopplas till män och femininitet till kvinnor. Om begreppen istället sammanflätas, eller om femininitet upprättas som mer begärlig än maskulinitet, finns en möjlighet att förskjuta könskoder och använda begreppen som vetenskapliga redskap (Nordberg, 2004). Ett liknande resonemang förs av Thurén (1996) som menar att:

Vi behöver begrepp som kan peka på maktförhållanden mellan män och kvinnor utan att ta något för givet i förväg om vad som menas med kvinnligt eller manligt, med förtryck eller makt, eller om hur vi skulle vilja ändra på saker och ting, men som ändå gör det möjligt att jämföra olika förhållanden, inte bara beskriva dem isolerade från varandra (a.a.s 69).

Citatet illustrerar att det är i det sociala som makten och handlingsutrymmet får en hemvist. Det som konstrueras som maskulint och feminint ger effekter för enskilda individer och institutioner. Genusstrukturerad makt har att göra med normer, värderingar, kunskap, sociokulturella mönster och, framförallt, maskulinitetsideal. Makt sanktionerar medverkan eller motstånd på individnivå inom arbetsliv och vardagsliv och handlar, som Conell (2002) menar, om en mera diffus maktyttring. Den innebär att individuella makttekniker används och dessa skiljer sig åt, jämfört med den strukturella makten. På en könsblandad vårdavdelning utövar männen makt genom oviljan att förstå sina kvinnliga arbetskamrater och genom att kontrollera vilken information som sprids vidare nedåt i hierarkin, medan kvinnor i ledande positioner ser till att få en framträdande roll i interaktionen med andra människor (Albinsson & Arnesson, 2000). Det kan ses som en mera utrymmesskapande strategi för kvinnor, jämfört med männens styrande strategi.

Sjuksköterskors yrkesprofession

Genusforskning och studier om sjuksköterskors yrkesprofession har i hög utsträckning ett feministiskt intressefokus (Peggy, 1995). Det är riktat mot hur genus konstrueras, hur varianter på maskulinitet och femininitet upprätthålls och hur arbetsuppgifter ordnas med avseende på makt, prestige och möjligheter. Johansson (2001) menar att den nationella genusforskningen står inför nya utmaningar, samtidigt som den internationella genusforskningen utvecklas med nya perspektiv och influenser.

Utmärkande för studier om eller av sjuksköterskor är att kvinnor och män tillskrivs och agerar med olika funktioner, vilket med Ves (1982) ord kan förklaras som rationalitetsskillnader. Kvinnor identifierar sig i högre utsträckning än män med andra människors intressen, vilket leder till att kvinnor oftare hamnar i situationer som kullkastar egna önskemål och intressen. Kvinnor har genom en lång socialisations-process lärt sig ett förhållningssätt som medverkar till att idén om köns-skillnader och -förmågor upprätthålls. Kvinnor karakteriseras av omsorgs-rationalitet, medan män i större utsträckning styrs av en teknisk-begränsad rationalitet. I studier om sjuksköterskor är detta tydligt. För kvinnliga sjuk-sköterskor är deras kompetens något som inte självklart efterfrågas eller tas tillvara och omsätts i yrkesutövningen (Bent, 1993). Detta är ett gammalt och känt problem och beskriver den konflikt mellan ideal och kompetens som ofta sammanblandas, vilket innebär att sjuksköterskans kompetens ses som en allmänmänsklig förmåga (Baer, 1992).

Sjuksköterskors yrkesprofession, som historiskt sett beskrivits i termer av en semiprofession, (Strömberg, 1997) har en lång tradition av praktiskt inriktade arbetsuppgifter, även om frågor av teoretisk omvårdnadsvetenskaplig karaktär går att spåra till Nightingales tid (Kim, 1999). Funktionen att vårda och ge omsorg har förknippats med en kvinnlig och naturlig förmåga, vilket upprätthållit traditionella könsroller (Fischer, 1995, Rasmussen, 2004). Det är sjuksköterskor som varit anställda och underbetalda, medan läkarna med sin medicinska kompetens kunnat etablera egna verksamheter med goda förtjänster. Jämfört med manliga läkares sammanhållning och yrkesgemenskap, har sjuksköterskors yrkesgemenskap istället varit relaterad till klass, etnicitet och utbildningsskillnader, vilket skiljer de båda yrkesgrupperna och deras positioner åt. Skillnaderna mellan sjuksköterskors och läkares status har upprätthållits över tid. Patienters underordnade ställning och tacksamhet

till läkare och till deras medicinska kunskap, har bidragit till läkares rättigheter att styra även över vårdarbetets innehåll och sjuksköterskors arbetsuppgifter (Fischer, 1995).

Studier om yrkets framväxt i ett nationellt perspektiv (Furåker, 2001) visar att utbildningen förändrats efter 1993 års utbildningsreform (SFS, 1993:100), då enskilda lärosäten övertog ansvaret för läroplansarbetet och läroplanernas innehåll. Dessa har fått ett mera teoretiskt och abstrakt innehåll än tidigare, det medicinska kunskapsperspektivet är i stor utsträckning ersatt med ett humanistiskt perspektiv och studenternas möjligheter till ämnes/kandidatexamen har ökat. Däremot har omfattningen av kliniskt inriktade kurser minskat, varför lärandet inte sker i realistisk miljö i samma utsträckning som tidigare. Furåkers studie visar att den ökade profileringen av sjuksköterskeutbildningen och de enskilda lärosätenas utbildningsvariation, har medfört att studenternas förberedelser för yrket varierar mycket mellan programmen, samt att deras kunskaper skiljer sig åt. Det ger anledning att uppmärksamma hur pass väl yrkeskrav och kunskapsstandard överensstämmer (Furåker, 2001). Sjuksköterskors möjligheter till specialistutbildning inom olika områden har ökat och utbildningsinnehållet har påverkats av forskning och teoriutveckling (Fagermoen, 1999, Kim, 1993, 1999, 2000). Det har lett till nya krav på sjuksköterskors omvårdnadsutövning (SOSFS, 1990:15; SOSFS, 1993:17) och en reviderad kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen 2005). Sammantaget ger dessa utbildningsförändringar sjuksköterskor möjligheter att förändra sin position, vilket ändå inte är oproblematiskt (Bunting & Campell, 1990). Studien av Adeline och Falk (1999) ger exempel på hur dagens genusordning verkar, att sjuksköterskor i stor utsträckning rättar sig efter läkares medicinska perspektiv och ledning, medan de har svårt att få gehör för egna professionsfrågor. För sjuksköterskor med nattjänstgöring gäller liknande mönster (Brooks och Mc Donald, 2000).

Både sjuksköterskors och läkares yrken har förändrats, främst genom utvecklingen av teknologi-, ekonomi- och kommunikationssystem, vilka är gemensamma för de båda yrkesgrupperna.

Läkaryrket har närmat sig vårdvetenskapen. Den vilar på ett humanistiskt kunskapsperspektiv, och både läkare och sjuksköterskor har uppfattningar om vad ett professionellt förhållningssätt innebär, för läkarna utifrån en konsultationsmodell, för sjuksköterskorna utifrån en omvårdnadsmodell (Strömberg, 1997). När yrkesgrupperna delar varandras problem och frågor

löses traditionella yrkesgränser upp, samtidigt som andra problem kvarstår. Lannerheim (1994) visar hur kunskaps- och auktoritetsfrågor påverkar synen på funktion och arbetsuppgifter. I studien beskriver Svenska läkarförbundets medlemmar sitt yrke utifrån en biomedicinsk vetenskap, de ser sig som experter med en kunskap som klassas som den verkliga, de är problemlösare och som medlemmar i ett yrkeskollektiv sviker de inte varandra, vilket överensstämmer med den historiska yrkesbeskrivningen. Sjuksköterskeförbundets medlemmar beskriver däremot sitt yrke ur ett helhetsperspektiv. Det konkurrerar emellertid med en reduktionistisk medicinsk tradition och institutionella rutiner, vilket leder till svårigheter för sjuksköterskornas möjligheter att arbeta med omvårdnadsfrågor. Sjuksköterskorna menar även att läkarkåren utövar revirbevakning, vilket de anser försvårar samarbetet.

Distriktssköterskors yrkesprofession

I Sverige utvecklades distriktssköterskeyrket under tidigt 1900-tal. Det var från början utbildade kvinnor, anställda inom epidemisjukvården, som kom att erbjudas utbildning. Som tidigare framkommit, visade myndigheterna stort intresse för distriktssköterskor och deras sjukvårdande och samhällsmedicinska roll (Kungliga Medicinalstyrelsen, 1919). Professionen bedömdes dock som otydlig, vilket resulterade i ett förslag till specialistutbildning om minst ett till två år efter genomförd sjuksköterskeutbildning:

En 1-årig kurs, omfattande epidemisjukvård, tuberkulosvård och dispensärverksamhet, sinnesjukvård, barnavård, fattigvård och matlagning även som därtill helst också någon tids förberedande, men avlönad *praktisk tjänstgöring* i distrikt under en erfaren distriktssköterskas ledning (a.a.s 15).

År 1910 startade den första utbildningen för sjuksköterskor i den dåvarande primärvården för att tio år senare, 1920, efterföljas av Statens distriktssköterskeskola i Sverige, till vilken legitimerade sjuksköterskor med minst två års yrkeserfarenhet kunde antas. Utbildningen utvecklades successivt från epidemi- och barnavård och år 1933 utgjorde hälsovård riktad mot barn och mödrar ett centralt utbildningsinnehåll. Flera förändringar har därefter ägt rum. År 1938 övertogs utbildningen av Statens institut för folkhälsa, medan landsting, kommuner och privata stiftelser hade fortsatt ansvar för sjuksköterskeutbildningen (Emanuelsson & Wendt, 1994). År 1969 återgick distriktssköterskeutbildningen till landstingens regi, 1977 blev sjuksköterskeutbildningen och vidareutbildningen till distriktssköterska en

högskoleutbildning. 1993 föreslog utbildningsdepartementet ett statligt huvudmannaskap för landstingens vårdutbildningar, i syfte att höja utbildningarnas status och akademiska anknytning (Lindberg & Wilhelmsson, 2005). Numera har statliga högskolor ansvaret för sjuksköterskors grund- och vidareutbildning, vars innehåll styrs av högskoleförordningen (1993:100). Förutom utbildningsförändringarna har också samhällsreformer ägt rum under 1990-talet, som påverkat distriktssköterskornas arbetsuppgifter; ÅDEL-reformen 1992, husläkarreformen 1994 och psykiatrireformen 1995 (Socialstyrelsen, 2001). För distriktssköterskor i primärvård har det inneburit att deras övergripande omvårdnadsansvar över ett geografiskt avgränsat befolkningsområde och över vården från livets början till livets slut har försvunnit, till förmån för ett begränsat ansvar för barnhälsovård och folkhälsoarbete, förlagt till primärvårdens vårdcentraler.

Sett till yrkesomständigheter visar 1916-års betänkande (Kungliga Medicinalstyrelsen, 1919) att frågor om lön, försäkringar och pension var viktiga för distriktssköterskorna, vilket gav en offentlig markering av deras position och betydelse. Distriktssköterskorna framstod vid denna tid som en mera självständig yrkesgrupp, i jämförelse med sjuksköterskor som arbetade på sjukhus. Andersson (2002) visar att sjuksköterskors möjligheter att etablera sig på arbetsmarknaden var problematisk. I början av 1900-talet var sjuksköterskor fortfarande en arbetskraft, som kunde utnyttjas i vården. De var exkluderade från social försäkring vid sjukdom eller skada och deras ledighet var reglerad och begränsad. Sjuksköterskor förväntades vara nära knutna till sina arbetsplatser och det förutsattes att de var ogifta, vilket senare kom att omprövas med hjälp av dispensansökningar. Moralfrågorna, framförallt sexualmoralen, var också en viktig fråga, långt fram under detta sekel. Den kvinnliga sjuksköterskan sågs som ren, kärleksfull och moderlig, yrket var ett kall och det var i hög utsträckning styrt av institutionella regler och förordningar. För distriktssköterskor framstår inte moralfrågorna som lika betydelsefulla, däremot krävdes goda karaktärsegenskaper. Distriktssköterskor kunde i sin avgränsade profession, inom primärvårdsverksamheten och genom sitt stora samhällsansvar, verka på ett självständigt sätt där:

goda kunskaper och goda karaktärsegenskaper bleve icke inom någon annan gren av sjukvården så ofrånkomlig, som i distriktsvården (Kungliga Medicinalstyrelsen, 1919.s 15).

Sjuksköterskan Kerstin Nordendahls visionära arbete (Wendt, 1999) kom under 1920 och 30-talet att spela en viktig roll för yrkesutvecklingen inom

distriktssköterskegruppen. På liknande sätt som sjuksköterskornas fackliga och emancipatoriska arbete successivt började utvecklas och ta fart i mitten av 1930-talet, medverkade Nordendahl i ett genomgripande socialt reformeringsarbete för distriktssköterskor (Emanuelsson, 1990). Yrkesgruppen stärktes och arbetet med barna- och mödravården organiserades, utbildningsfrågor aktualiserades och framförallt formaliserades distriktssköterskeyrket som ett självständigt yrke. Det innebar att läkarkåren ställdes utanför distriktssköterskornas yrkesutövning, till förmån för distriktssköterskornas självständighet. Nordendahl hade stort inflytande och som tjänsteman på Medicinalstyrelsen påverkade hon och deltog i praktiska utbildnings- och socialpolitiska beslut (Wendt, 1999). Distriktssköterskekollektivet framstod under denna tidsperiod som en grupp visionärer. De bedrev ett pionjärarbete inom folkhälsoarbetet, där även utbildningen började inspireras av ett helhetsperspektiv på människors hälsa och sjukdom. De fick en central roll i arbetet med vaccinationsåtgärder, liksom med individ- och samhällshygieniska frågor. De arbetade med nutritionsfrågor, där inte minst verksamheten ”Mjölkdroppen” fick betydelse för behövande familjer med små barn, vilka fick tillgång till mjölk och mjölkblandningar. ”Mjölkdroppen” var från början en filantropisk verksamhet men övertogs successivt av distriktssköterskorna, vilkas hälsoupplysande och rådgivande funktion kom att utvecklas mer och mer, liksom deras medverkan i planeringen av förebyggande vård (Lindberg & Wilhelmsson, 2005). Distriktssköterskornas yrkessituation i Sverige under denna tid kan på så sätt beskrivas som innovativ, både innehålls- och yrkesmässigt.

Det har funnits begränsade möjligheter att göra en jämförelse mellan olika länders historia, avseende distriktssköterskors professionsutveckling, men ett fåtal studier som visar på likheter och skillnader kan lyftas fram. Distriktssköterskors yrkeshistoria i Finland liknar till viss del Sveriges, men det finns ett starkare samband mellan den svenska distriktssköterskans funktion och den finska barnmorskans under samma tidsperiod.

Finland är ett av de nordiska länder som har en lång historia av strävan efter social rättvisa, där människor skall kunna söka råd och behandling i hälso- och sjukvårdsfrågor på lika villkor (Shields, Kristensson-Hallström, Andershed, Jackson & Eriksson, 2002). Distriktssköterskors yrkeshistoria i Finland visar likheter med den betydelse som barnmorskor under samma tidsperiod hade i norra delen av Finland. I barnmorskors preventiva arbete ingick förutom preventiv mödravård även hälsoarbete för barn, vuxna och

äldre. Arbetet kom att få stor betydelse för den finska primärvårdens organisering (Oinas, Nikkonen & Pietilä, 1999). År 1944 reviderades lagstiftningen, och en åtskillnad gjordes mellan barnmorskors och distriktssköterskors yrkesansvar. Distriktssköterskor fick en tydlig och självständig funktion, och professionen avgränsades till att omfatta i huvudsak barn- och familjeinriktad hälsovård. De arbetade på egna hälsomottagningar, vilka under 1970-talet kom att benämnas hälsocenter, och distriktssköterskorna blev hälsoarbetare (Lauri, 1989). Den primära vårdformen och distriktssköterskors yrke i Sverige och Finland utvecklades successivt till hög kvalitet, vilket däremot inte gällde Island under samma tid. Primärvård och distriktssköterskor saknades på Island. Under uppbyggnaden av hälso- och sjukvårdssystemet kom sjuksköterskor därifrån att bedriva sina studier i bland annat Sverige och Norge (Björnsdóttir & Malchau, 2004).

Storbritannien skiljer sig också jämfört med Sverige. Framförallt genom, menar Davies (1995), att barnhälsovården i Storbritannien jämfört med Sverige och Norge inte utvecklats på liknande sätt. Distriktssköterskor hade under 1900-talet inte heller samma offentliga erkännande som i Sverige. De var underordnade läkare och den institutionella vårdformen, vilken hade företräde framför primära vårdformer (Dingwall, Rafferty & Webster, 1988). Distriktssköterskornas arbete med hälsofrågor var undervärderat, i jämförelse med det sjukvårdstekniska innehållet och den nära kopplingen till medicinska arbetsuppgifter. Policydokument formulerades *för* distriktssköterskor, inte *av* dem. Allam et.al. (2004) menar att amerikanska sjuksköterskor verksamma i primärvård har en lång och komplex yrkeshistoria, med inslag av underordning och svårigheter att förändra yrkesroll och professionsinnehåll. Folkhälsofrågor har haft underordnad betydelse. Jämfört med medicinsk behandling har distriktssköterskors arbete med människors hälsa och sociala förhållanden inte nått samma offentliga erkännande (Adeline & Falk, 1999). I världshälsoorganisationens rapport 1987, om kvinnor i hälsovårdande sektorer, har distriktssköterskor internationellt sett haft en socialt underordnad roll (Hand, 1991). Distriktssköterskors hälsoinriktade kompetens och uppdrag har inte självklart fått fäste i hälso- och sjukvården, vilken i första hand haft medicinska uppdrag. Sammantaget framstår svenska distriktssköterskors yrkesutövning som gynnsam avseende självständighet och status, i jämförelse med internationella förhållanden.

Distriktssköterskor i 2000-talets primärvård

I utredningen ”En hälsa på lika villkor” (SOU 2000:91) ges dagens yrkesverksamma distriktssköterskor en central roll i folkhälsoarbetet. Primärvården har ett ansvar för att sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete organiseras och genomförs (SOU:1984:47), och distriktssköterskor involveras i samhällsmedicinska problem, ett arbete riktat till människor i alla åldrar. De har både en vägledande och en rådgivande funktion och arbetar utifrån ett tvärvetenskapligt perspektiv, i vilket omvårdnad och folkhälsa ingår. Deras verksamhetsfält är primärvård, barnhälsovård, skolhälsovård samt kommunal hälso- och sjukvård. I sin yrkesutövning ska distriktssköterskor enligt Högskoleförordningen (SFS 1993:100, ändrad 2001:23) efter avslutad specialistutbildning kunna bedöma, planera och genomföra åtgärder som behövs för att främja fysisk, psykisk och social hälsa i alla åldrar.

De ska medverka till åtgärder för att förebygga sjukdom och sjukdomskomplikationer, observera och bedöma komplexa behov av vård och rehabilitering, ansvara för viss hälsokontroll och för vaccinationsverksamhet. De får förskriva vissa läkemedel och medverka vid, och i vissa fall självständigt utföra, undersökningar och behandlingar, inklusive vård i livets slutskede. Att distriktssköterskan skall använda ett pedagogiskt arbetssätt, med helhetstänkande och familjefokus, betonas särskilt. Till skillnad mot specialistutbildningen till distriktssköterska har den grundläggande sjuksköterskeutbildningen varken samma krav eller utbildningsinnehåll (SFS,1993:100, ändrad 2001:23). För sjuksköterskor syftar högskoleförordningens mål till en generalistkompetens, vilken fordras för att sjuksköterskor ska kunna arbeta självständigt inom allmän hälso- och sjukvård. Grundutbildade sjuksköterskor, verksamma i primärvård, har till skillnad från distriktssköterskor inte rätt att göra egna självständiga medicinska bedömningar i samband med hälsokontroller och vaccinationsprogram. Rätten att förskriva förbrukningsartiklar vid diabetes eller inkontinens samt vissa läkemedel gäller inte heller grundutbildade sjuksköterskor, med undantag för dem som genomgått farmakologisk utbildning och fått förskrivningsrätt (SOSFS, 2001:16). I motsats till distriktssköterskor genomför de inte heller föräldrautbildning.

Sedan 1993 omfattar specialistutbildningen till distriktssköterska 50 högskolepoäng och huvudämnet för utbildningen är omvårdnad, vilket också

är huvudämnet för distriktssköterskestudenter som vill uppnå magisternivå. I utbildningen ingår förutom omvårdnad även folkhälsovetenskap, medicinsk vetenskap och klinisk medicin (utbildningsplan Högskolan Väst, 2005-04-06), men lärosäten kan skilja sig åt avseende utbildningsinnehåll. Utbildningen anordnas vid flera högskolor i Sverige och som behörighetskrav gäller legitimation som sjuksköterska, med allmän hälso- och sjukvård 120 poäng enligt 1993 års studieordning, alternativt sjuksköterskeutbildning enligt 1982 års studieordning (Högskolan Borås, <http://hb.se/vhb/dsk.htm>). Distriktssköterskeutbildningen var den specialistutbildning som år 2005 anordnades på flest högskolor i landet, jämfört med andra specialistutbildningar (Kommunförbundet och landstingsförbundet, <http://skl.se>. 2006).

Geddas (2001) studie visar att distriktssköterskor har svårt att implementera ett folkhälsoperspektiv i sin yrkesutövning, då den medicinska kunskaps-traditionen påverkar dem i hög grad. Trots specialistutbildningens förankring i folkhälsofrågor och distriktssköterskornas kompetens i folkhälsa och pedagogik, utövas folkhälsoutbildning endast i mån av tid och/eller intresse. Problemet är känt sedan tidigare i amerikansk primärvård, vilken visar på liknande svårigheter. Kunskapsteoretiska diskussioner och praktisk implementering av hälsofrämjande arbete har sedan lång tid saknats i den tillämpade hälso- och sjukvården, även om dagens utbildning har ett folkhälsosinnehåll (Hartrick, Lindsey & Hills, 1994) och diskuteras som en sociopolitisk investering (Whitehead, 2003). I dagens yrkesutövning måste distriktssköterskor även vara lyhörda för vårdtagares och barnfamiljers beskrivningar av levnadsvillkor, så att de kan erbjudas en vård på jämlika villkor. Det kräver medvetenhet om samhälls- och genusfrågor, vilket innebär att vårdtagares sociala och ekonomiska förhållanden, liksom stereotypa föreställningar om könsroller, manligt och kvinnligt måste uppmärksammas (Davies, 1995, Miers, 2002).

Arbetsdelning, karriär och ideal

På könsblandade arbetsplatser inom hälso- och sjukvården upprättas könsliga skillnader mellan kvinnor och män. När sjuksköterskor av olika kön arbetar tillsammans sker en arbetsdelning och de kvinnliga sjuksköterskornas ansvarstagande omfattar både yrkesmässiga och hushållsliknande uppgifter.

Samtidigt tar de ansvar för kollegors arbetsbördor, vilket inte gäller manliga sjuksköterskor (Åberg, 2001). Dessa förväntas istället ta ansvar för administrativa och tekniska arbetsuppgifter, en inställning som upprätthåller traditionella könsroller (Jrasat, Samawi & Wilson, 2005). Män i sjuksköterskeyrket väljer i mindre utsträckning än kvinnor arbete inom äldreomsorg, medan nyexaminerade kvinnliga sjuksköterskor väljer mindre tekniska arbetsområden än vad deras manliga kollegor gör (Rasmussen, 2004). De manliga sjuksköterskorna favoriserar administrativa yrkespositioner. Ur eget och andras perspektiv associeras manliga sjuksköterskor också till läkaryrket, vilket innebär en fokusering på medicinsk kompetens och inte på omvårdnadsvetenskaplig (Åberg, 2001). Brooks och Mac Donald (2000) visar att kvinnliga sjuksköterskor, verksamma i nattarbete, gör andra gränsöverskrädelser som placerar dem i en ersättande funktion. De uppmanas att ersätta yngre läkare nattetid, och påta sig ansvar för läkares medicinska arbetsuppgifter. De uppmanas att inte ringa efter jourhavande läkare utan att istället lösa problemen på egen hand, en ordning som de också medverkar i. Genom att vara sin egen "boss" menar nattsjuksköterskorna att de kan verka i en arbetsledning utan maskulina förtecken. Detta tar emellertid slut i samma stund de väljer att arbeta dagskift, där organisationsstrukturen och arbetsledningen beskrivs som en maskulin företeelse. Då anpassar sig sjuksköterskorna till en arbetsdelning som bygger på föreställningar om kvinnligt och manligt. Inställningen är anmärkningsvärd, och det förefaller som om också sjuksköterskornas åtgärder nattetid upprätthåller denna maskulina struktur. Studien av Robertsson (2003) visar liknande mönster. Kvinnliga sjuksköterskor beskriver sig som "en slags mamma" i organisationen. Yrkesroll och könsroll sammanblandas. De manliga sjuksköterskorna gynnas däremot av genusordningen, vilken leder dem vidare i karriären. För dem är inte drivkraften att bryta mönster, däremot är upprätthållandet av maskulinitetsidealen centralt (Ekstrand 2005, Eriksson, 2002, Rasmussen 2004).

Sjuksköterskors möjliga karriärvägar framstår också som en könsfråga. Sjuksköterskor av manligt kön är överrepresenterade i högre yrkespositioner, de gör andra yrkesrelaterade val än kvinnliga kollegor och de avlägsnar sig från den traditionellt kvinnliga bilden av sjuksköterskan. För de manliga sjuksköterskorna ligger det en innebörd i att vara *manliga* sjuksköterskor, vilket är något annat än att vara kvinnlig sjuksköterska, och de väljer karriärvägar som förknippas med en maskulin roll. Kvinnliga sjuksköterskestudenter ser inte heller männen som lämpliga i genuint kvinnliga specialist-

yrken, som skolsköterska eller barnmorska (Muldoon & Reilly, 2003). Detta visar att det finns en genusrelaterad yrkesuppfattning som med Conells (2002) ord ger innebörd åt genussymboler. Symbolerna kan dock brytas upp, vilket kan leda till vad Eriksson (2002) kallar genusyrsel, något som är tydligt då sjuksköterskor av manligt kön verkar som barnmorskor. Det visar också att könsidentitet, liksom föreställningar om kvinnligt och manligt, kan kopplas till yrke. Manliga sjuksköterskors avoga inställning till att bli titulerade som sjuksköterska är ett annat exempel. Sjukskötare är inte en bättre benämning, menar de, då denna av patienter uppfattas som något lägre, i yrkeshierarkin.

Dahlborg Lyckhage (2003) visar hur ideal och genussymbolik länkas till sjuksköterskeyrket via TV-serier. Yrket romantiseras, sköterskorna framställs som kvinnliga och vackra. De har uppdraget att på ett underordnat sätt assistera doktorer, agera utan att synas, och de saknar större makt. Studien visar också att sjuksköterskestudenters attityder och föreställningar om yrket pekar mot en traditionell bild som Nightingale beskrev redan i mitten av 1800-talet. Lusk (2000) visar liknande resultat avseende amerikanska sjuksköterskor och hur de porträtterades i populärlitteraturen mellan 1930-1950.

De framställdes som feminina, vackra, leende och unga, medan bilderna av läkare återspeglade manlighetsideal, stramhet och ålderserfarenhet. Detta är ideal som fortfarande står sig, som visar hur yrkesidentifikationer upprätthålls och hur yrken könskodas, en heteronormativ ordning som även sätter press på manliga sjuksköterskor, vars yrkesidentitet och ideal förstärks i relation till denna ordning och de ideal den bygger på (Ekstrand, 2005).

Avhandlingens begreppsanvändning

Avsikten i kapitlet har varit att redogöra för studiens bärande begrepp: *genus*, *genusordning* och *makt* och hur de kan knytas till forskningsproblemet. Tanken är att använda begreppen som analysredskap i syfte att tolka och förstå data, samt beskriva på vilket sätt de kan relateras till varandra. Begreppen sammanfattas i följande figur.

Begrepp	Betydelse
Genus	Socialt kön, konstrueras och uttrycks genom normer och individers föreställningar, handlingar och interaktioner.
Genusordning	En strukturell grundprincip för samhällets könsliga segregering. Bygger på manlig överordning och makt samt på kvinnlig underordning. Kan beskrivas i ett organisationsperspektiv med funktionell betydelse.
Makt	En avgränsningsmekanism för över/underordning. En individs eller en grups viljeyttring och förmåga att påverka andra individers eller grupper handlingsutrymme.

Figur 2.1: Sammanfattning av studiens analysbegrepp

Genom att använda begreppen genus, genusordning och makt kan distriktsköterskornas position, könsroller, attityder och arbetsdelning i organisationen analyseras.

Begreppet genus kan visa på vardagliga innebörder och ge ett innehåll åt könsocialisation, vilken kan ses som en bas för hur kvinnor och män agerar och behandlas. Dessa innebörder hade ur andra perspektiv eller med andra begrepp kanske inte uppmärksammas, eller fått ett innehåll. Genusordning kan visa hur distriktsköterskornas yrkesutövning relaterar till maktförhållanden mellan människor, grundade på privilegier skapade av föreställningar om kön, och kan visa hur distriktsköterskornas arbete organiseras i förhållande till övrig verksamhet och med vilket innehåll.

Eftersom olika maktstrukturer verkar inom organisationer och är bestämmande för kvinnors och mäns villkor, har det varit en fördel att avgränsa begreppet makt till att i första hand omfatta individnivån. Det har inneburit ett subjektinära forskarperspektiv med möjlighet att undersöka distriktsköterskornas subjektiva erfarenheter, deras påverkansmöjligheter och handlingsutrymme. Det har inte varit den huvudsakliga avsikten att studera hur organisationens maktstruktur för övrigt ser ut. Organisationsforskning innebär ett annat teoretiskt utgångsläge, där systemteorier, organisationsteorier och ledarskapsteorier måste problematiseras.

Begreppsanvändningen ska ses som kontextuell och tidsbunden, vilket innebär att det finns en gräns för vad som kan sägas om det feminina respektive maskulina vid ett visst tillfälle. Kunskapen detta leder fram till skall inte ses som en objektiv beskrivning av verkligheten utan som en social konstruktion i en specifik kontext beskriven utifrån valda begrepp.

KAPITEL 3

METOD

Forskningsansatsen i studien är kvalitativ och det empiriska underlaget bygger på material insamlat från deltagande observationer, intervjuer och fältanteckningar. Inledningsvis beskrivs metodashänspekter med syftet att anknyta till symbolisk interaktionism, vilken är den övergripande teoretiska utgångspunkten. Studiens uppläggning och genomförande redovisas, liksom en beskrivning av informanter och dataunderlag. En redovisning av analysförfarande, tolkning, trovärdighetsaspekter och forskningsetiska överväganden avslutar detta kapitel.

Etnografi som metod

Med utgångspunkt från symbolisk interaktionism, där människan ses som en social varelse som via relationer med andra deltar i den sociala världen, bedömdes det lämpligt att välja en forskningsansats som betonar forskarens närvaro. För att nå syftet med studien, att undersöka och beskriva distriktsköterskornas yrkesutövning och deras relationer med andra i en komplex verksamhet, föll valet på en etnografisk metod. Genom att metoden är tentativ, empirisk och meningsbärande (Rock, 2002), kunde vardagliga aktiviteter observeras och diskuteras, distriktsköterskorna kunde följas under en längre tid och deras föreställningar om yrket kunde studeras.

Den etnografiska forskningsmetoden utvecklades av sociologer verksamma inom Chicagoskolan⁷. I kunskapsteoretisk mening kan etnografi relateras till symbolisk interaktionism, då metoden syftar till att förstå människans socialitet, grunden för människans varseblivning. Etnografi handlar om att beskriva en kultur eller en grupp och metoden har sitt ursprung i antropologin och i studier av regulariteter och variationer i sociala sammanhang (Spradley, 1979). I symbolisk interaktionism beskrivs människan som en aktör (performer), vars medverkan ger mening och innehåll i sociala sammanhang.

⁷ Chicagoskolan (Berg, 1988) utvecklades under tidigt 1900-tal i USA av flera sociologer. Dewey skapade en teoretisk bas och åtföljdes av forskare som Cooley, Mead, Thomas och senare moderna sociologer som Blumer, Goffman mfl. Termen symbolisk interaktionism myntades av Blumer och grunderna för demokratiska samhällens organisering studerades och den sociala interaktionismen utvecklades som vetenskaplig teori (Hammersly & Atkinson, 1983).

Goffman (1990) menar att det är innanför ”väggarna” i sociala sammanhang som olika roller utvecklas, liksom tekniker som används i syfte att ”save the show”, i språklig och handlingsmässig mening. Detta gäller i varje socialt sammanhang som etableras där människor deltar, utan att för den skull vara en statisk företeelse, lika lite som människan i sig kan ses som statisk (Blumer, 1969). Människan ses som aktiv och meningsskapande, det är han eller hon som i relationer med andra bygger upp och förändrar samhällen, vilket i kunskapsteoretisk mening ger innehåll åt ett konstruktionistiskt perspektiv. Det kan enligt Patton (2002) sammanfattas som en fråga om hur verkligheten konstrueras:

how have people in this setting constructed reality? What are their reported perceptions, “truths”, explanations, beliefs, and worldview? What are the consequences of their behaviours and for those with whom they interact? (a.a.s. 96).

I Blumers (1966) sätt att beskriva symbolisk interaktionism ses människan som intentionell och handlande. Det medvetna jaget (self) ses som ett resultat av sociala interaktioner, där jagförmågan utvecklas genom rollövertaganden och förmågan att ta den andres perspektiv.

Det är först när vi kan vara andra som vi kan bli oss själva, menar Buber (Berg, 1988), eller som Blumer (1969) uttrycker det; det handlar om att se världen med andras ögon. Människans kognitiva förmåga utvecklas i interaktionen med andra människor och genom det sociala livets stimuli skapas mening och innehåll. Omvärldsobjekten blir på så sätt meningsbärande symboler, vars ursprung är socialt och inte biologiskt betingade. Objektet får sin mening genom den individ som agerar mot det, till skillnad mot ett stimuli vilket har sin egen karaktär som individen inte kan påverka. Enligt Blumer (a.a) skapar individen sina objekt, vilket Berg (1988) menar ger en förklaring åt varför människor lägger olika innebörder i en och samma företeelse. Av resonemanget följer att människors tolkningar är en fråga om konstruktion och inte en reaktion eller mekanisk respons. Detta antagande kan ligga till grund för att studera och förklara hur föreställningar om feminint respektive maskulint upprätthålls och tolkas i arbetslivet, liksom det materiellas innehåll. Blumer (1969) talar också om kollektiva handlingar (joint actions). Dessa blir enligt honom meningsfulla när individerna ser likheter mellan egna och andras handlingar, men utan socialt umgänge kan vare sig individuell jagmedvetenhet eller kollektiva meningsinnebörder

utvecklas, en metodologisk utgångspunkt som jag ser som rimlig för syftet att studera interaktionsmönster och personella relationer.

Methods are mere instruments designed to identify and analyze the obdurate character of the empirical world, and as such their value exists only in their suitability in enabling this task to be done (a.a. 26).

Den etnografiska metoden kan beskrivas som betydelsefull, komplex och mångfaldig och har kommit att stå sig i dagens metoddiskussion avseende möjligheterna att undersöka och nedteckna iakttagelser av den sociala verkligheten (Deegan, 2002). För det första får forskaren, genom att vara på plats, tillgång till andra människors verklighet (Agar, 1986). För det andra ger etnografi möjligheter att studera och förstå komplexiteten i samhällen, kulturer och människors handlingar. Det innebär att både språkliga och beteendemässiga företeelser kan avtäckas med intervjuer och observationer som metodologiska grundprinciper (Hammersley, 1992). Etnografi ger möjligheter att göra strukturerade och systematiska beskrivningar av mänskliga förhållanden, men har på samma sätt som andra forskningsmetoder sina svårigheter. Som forskare är vi alltid bundna vid vår egen kultur och vi är alltid bärare av vår egen "living-inside-reality" som vi riskerar att ta för given som den sanna verkligheten (Spradley, 1979). Det handlar om en subjektivitet som medför att de tolkningar som görs relaterar till våra tidigare erfarenheter, vilket påverkar de betraktelser som görs och de slutsatser som dras (Agar, 1986). Kännedomen om forskningskontexten har inneburit en bundenhet av sådant slag för min egen del, samtidigt som metoden och kravet på närvaro inneburit en tillgång till "realities of everyday life" (Atkinson, 2001) vilket uppvägt denna nackdel.

Inom den feministiska forskningen finns en tradition att med hjälp av sociologiska studier och etnografisk metod utveckla kunskap som bygger på kvinnors egna formulerade erfarenheter (Skeggs, 2002). Ofta har denna forskning ett samband med teorier om identitet och subjektskonstruktioner (Conell, 2002, Skeggs, 1994, 1997), diskursivt placerade i den bemärkelsen att människors åsikter och handlingar måste knytas till det specifika sammanhangets historia, där de representerar ett meningsinnehåll. Metoden har använts i studier där människors erfarenheter av sjukdom studerats, liksom i studier om kroppen som ett socialt projekt, eller som Bloor (2002), uttrycker det, som ett "subjektets revolt".

Bloor pekar på studier som särskilt visade att kropp och upplevelser av sjukdom kunde knytas till sociostrukturella aspekter, vilket också patientnära studier av idag inom det omvårdnadsvetenskapliga forskningsområdet visar. Etnografiska observations- och intervjustudier kring sjuksköterskestudenters yrkessocialisation och sjuksköterskors handledarfunktion (Pilhammar Andersson, 1991), sjuksköterskors yrkesutveckling i klinisk verksamhet (Lindberg Sand, 1996) och sjuksköterskors identitetskonstruktioner (Ekstrand, 2005, Eriksson, 2002) visar att metoden tillämpas i dagens pedagogiska forskning inom vårdområdet. Knutssons (2004) etnografiska studie av etiopiska barnmorskor visar dessutom att ett deltagarnära forskarperspektiv är möjligt, även när kommunikationen mellan deltagare och forskare begränsas på grund av olika språktillhörighet.

Studiens uppläggning och genomförande

I förberedelsefasen valdes en primärvårdsenhet med fyra separata mottagningsenheter i en medelstor kommun i västra Sverige. Via telefonsamtal med ansvarig verksamhetschef och vårdenhetschef erhöles kännedom om organisationsstruktur och personalbemanning. Distriktssköterskorna var verksamma inom barnhälsovård, skolhälsovård samt hälso- och sjukvård riktad mot vuxna. Distriktssköterskor verksamma inom kommunal hemsjukvård valdes bort, eftersom arbetsuppgifterna inom denna vårdform i första hand är avgränsade till sjukvård. Inom organisationen fanns också annan vårdpersonal i nära anslutning till distriktssköterskorna och syftet att studera yrkesmässiga relationer och samarbete kunde på så vis uppfyllas. En annan fördel var att det inom den valda primärvårdsorganisationen fanns en geografisk variation, vilket bedömdes som värdefullt. Några distriktssköterskor arbetade i bostadsområden där barnfamiljer och yngre personer var bosatta, andra i områden med äldreboenden och servicelägenheter, vilket gav en variation avseende distriktssköterskornas kontaktnät. Utifrån syftet med studien var önskemålet att deltagarna skulle ha genomgått specialistutbildning till distriktssköterska, vilket samtliga 12 medverkande hade. Ett brev om forskningstillstånd skickades till ansvariga chefer och efter deras godkännande tillfrågades distriktssköterskorna om medverkan, muntligt och skriftligt (bilaga 1). Forskningsprojektet godkändes vid forskningsetiska kommittén i Göteborg och därefter presenterades studien vid en första träff med vårdenhetschef och deltagare. Samtliga 12 tillfrågade distriktssköterskor valde att medverka

i studien. Planeringsfasen genomfördes mellan november 2002 och januari 2003.

Beskrivning av forskningsmiljön

En större vårdcentral, i dagligt tal benämnd läkarmottagning, utgjorde primärvårdsenhetens huvudenhet. Här var fem till åtta läkare verksamma och förutom undersköterskor, sjuksköterskor, psykolog och läkarsekreterare fanns två specialistutbildade distriktssköterskor. De var knutna till arbetsuppgifter inom läkarmottagningens verksamhet. I direkt anslutning till vårdcentralen fanns en avgränsad mottagningsverksamhet, där ytterligare fyra distriktssköterskor samt en distriktssköterska med avlösarfunktion var verksamma. Samtliga hade ansvar för hälso- och sjukvårdsverksamhet för vuxna vårdtagare samt för barnhälsovård. På vårdcentralen fanns dessutom en ansvarig verksamhetschef med läkarutbildning, samt en vårdenhetschef med sjuksköterskeutbildning stationerade. Personallokalerna fungerade som en samlingsplats både för intern och extern personal inom primärvårdsenheten, i paussammanhang och när arbetsplatsträffar och personalutbildning genomfördes. Här fanns utbildningsmaterial och litteratur. I samma byggnad och i nära anslutning till vårdcentralens lokaler fanns exempelvis barnmedicinsk mottagning och kuratorsverksamhet. Ytterligare tre mindre mottagningsenheter i olika bostadsområden ingick i organisationen.

En fungerade som en mindre vårdcentral, med läkare, sekreterare och en distriktssköterska. I denna bedrevs egen avgränsad hälso- och sjukvårdsmottagning riktad i första hand till vuxna vårdtagare, men utan ansvar för barnhälsovård. Vid två barnavårdcentraler (BVC) fanns två distriktssköterskor på respektive mottagning. Samtliga var ansvariga för barnhälsovård och en av dem även för skolhälsovård. Vid dessa mottagningar fanns ingen övrig personal, förutom läkare som gjorde regelbundna besök i samband med utvecklingskontroller inom barnhälsovården. Läkarna kom på så vis att ha en konsultativ roll. Det var ofta olika läkare och de hade sin lokalmässiga tillhörighet på annan mottagning, internt eller externt. Samtliga distriktssköterskor hade tillgång till eget arbetsrum, skrivbord och dator. Datasystemet var till största delen gemensamt med övrig verksamhet. Undersökningsrum för mottagnings- och behandlingsverksamhet fanns inom distriktssköterskornas egna lokaler, liksom väntrum, material- och läkemedelsförråd.

Utbildningsaktiviteter riktade mot föräldrar och vårdtagare genomfördes till största del i distriktssköterskornas väntrum eller arbetsrum.

Undersökningsgrupp

Samtliga 12 deltagande distriktssköterskor arbetade dagtid, men för vissa aktiviteter, som föräldrautbildning inom barnhälsovårdsarbetet, förlades arbetspass på kvällstid. Samtliga distriktssköterskor arbetade minst halvtid och flertalet arbetade heltid. Medelåldern var 50 år, den yngsta var 43 år och den äldsta 62 år. Deras yrkesverksamma tid sträckte sig från ett till 26 år och de flesta hade varit anställda vid arbetsplatsen i minst fem år. Samtliga distriktssköterskor hade utbildning i farmakologisk läkemedelsförskrivning eller deltog i en sådan utbildning.

Fältstudiefas

Med en etnografisk metod följer möjligheter att välja olika sätt att vistas på forskningsfältet. Vissa forskare väljer heltidsstudier under kortare eller längre perioder, vissa deltar i deltidsform och kommer och går med intervaller, ibland med uppehåll på ett par års tid (Patton, 2002, Smith, 2002). Min studie har genomförts på följande sätt. I början av februari 2003 uppsöktes distriktssköterskorna en och en, med syfte att introducera mig för var och en av dem. Efter att ha fått mer kännedom om verksamheten och pågående aktiviteter följdes distriktssköterskorna individuellt. Oftast planerades min närvaro utifrån de aktiviteter som pågick hos respektive distriktssköterska. Om någon av dem var verksam i mottagningsarbete eller föräldrautbildning valde jag att inledningsvis observera ett sådant tillfälle, före aktiviteter av administrativ karaktär som exempelvis telefonarbete eller journaldokumentation.

När den etnografiska processen tar sin början och när den slutar är svårt att definiera. Det handlar snarare om att se fältnoteringar som representationer, ett sätt att reducera det iakttagna till skriven form, som utifrån sin konserverande funktion medger att fenomen kan studeras igen och igen (Emerson, Fretz & Shaw, 2002). Det innebar en växelvis uppmärksamhet på gamla och nya iakttagelser, vilka en efter en länkades samman. Beroende på vad som hände och vad jag fick kännedom om, fördelades min närvaro mellan planerade och spontana aktiviteter. Det innebar att bli tillfrågad ”i förbifarten”

om deltagande i andra aktiviteter, även om någon annan distriktssköterska följdes just då.

Under fältarbetet genomfördes deltagande observationer och vardagliga samtal det första halvåret, senare genomfördes också intervjuer med deltagarna, parallellt med ytterligare observationer. Följande figur visar hur observationer och intervjuer fördelades över tid:

	03											04			
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	
OBSERVATIONER	■				■										
INTERVJUER												■			

Figur 3.1: Studiens tidsmässiga genomförande

Genom att vistas regelbundet på fältet en till två dagar per vecka erhöles kännedom om vilka arbetsuppgifter som var återkommande och vilka som var spontana under en arbetsvecka. När distriktssköterskorna träffades gemensamt, vid arbetsplatsträffar, kollegieträffar och personalutbildning, ökade min personkännedom. Det innebar också att distriktssköterskorna och övrig personal successivt lärde känna mig. Min tidigare yrkeserfarenhet som distriktssköterska var känd i sammanhanget, vilket kommenterades och sågs som positivt. Ur forskarperspektiv innebar det både fördelar och nackdelar med en sådan erfarenhet. Fördelar var förtrogenheten med sammanhangen och språket, vilket medgav en fokusering på forskningsproblemet. Däremot riskerade situationer och lösningar att tas för givna. Risken att inte kunna se med nya ögon och göra nya upptäckter fanns, liksom risken att uppfattas som en kollega. Under de första veckorna fördes samtal särskilt mycket med en av distriktssköterskorna, med vilken en djupare kontakt utvecklades. Denna distriktssköterska kom initialt att få en roll liknande en gatekeeper, en person som har som uppgift att introducera forskaren på fältet och till verksamma personer där, liksom att informera om var och när något händer och vem som kan ge information om det forskaren önskar veta (Pilhammar Andersson, 1996, Smith, 2002).

För att belysa forskningsproblemet från så många håll som möjligt, har anslagstavlor innehåll, utbildningsmaterial och biblioteksuppsättningar dokumenterats och analyserats som observationsinnehåll, vilket inneburit

att repertoaren av data mångfaldigats (Atkinson et.al, 2001, Hammersley & Atkinson, 1983). För att kunna studera det avsedda har således deltagande observationer, fältanteckningar och intervjuer ingått i datainsamlingen, vilket är kännetecknande för en etnografisk metod. Det gav möjlighet att studera en del av arbetslivets aspekter på flera sätt, utifrån studiens frågeställningar, liksom en möjlighet att skildra dem utifrån olika dataunderlag (Emerson, Fretz & Shaw, 2001).

Observation och intervju

Etnografi beskrivs som en metod som är användbar för att nå kunskap om människors uppfattningar, erfarenheter och handlingar, vilket kan knytas till denna studie, liksom syftet att studera interaktionen mellan distriktssköterskor, vårdtagare och övrig personal. Distriktssköterskorna i studien benämns med fingerade namn, då avsikten är att ge ordet åt dem och så långt det är möjligt låta deras perspektiv framträda.

Observation

Deltagande observation handlar om att samla data genom att lyssna på människor och att iaktta deras handlingar (Spradley, 1979). De blir då samtidigt både informanter och aktörer, vilket medför en distinktion mellan det som forskaren observerar och som nedtecknas som aspekter av vad, när och hur något sker, och vad som är det *gemensamma* från flera observationer.

Det är först, menar Spradley, när forskaren kan identifiera "the same kind of thing" från olika situationer och med varierande uttryckssätt, som ett meningsinnehåll skapas. Genomförandet av observationer kan beskrivas på följande sätt: Observationer av var och en av distriktssköterskorna har genomförts vid 3-4 tillfällen, under minst halva dagar och observationer har också genomförts då distriktssköterskorna, enskilt eller tillsammans med övrig personal i primärvårdsenheten, deltagit i utbildnings- och arbetsplatsträffar.

Observationerna har, beroende på aktivitet, varierat mellan de 10 minuter som ett vårdtagarbesök som kortast omfattade och 3 timmar, när distriktssköterskorna genomförde föräldrautbildningar. Totalt har femtiosju observationer nedtecknats, de flesta i distriktssköterskornas arbetsrum och

personallokaler samt dessutom några från externa platser där distriktsköterskorna tjänstgjort. Vid observationstillfället har ambitionen varit att störa så lite som möjligt, varför jag placerat mig på behörigt avstånd från de personer som varit närvarande. När samtal och undersökningar pågått har inga frågor ställts och om någon inbjudit till delaktighet har forskarrollen åberopats i sammanhanget.

Forskarrollen innebär att beskriva och teckna en bit av den sociala verkligheten (Emerson et al. 2002). För min del har produktioner av fältanteckningar gått till på följande sätt. I avgränsade observationssituationer har anteckningar förts efter en struktur där tid, rum, personer, händelser, utsagor och handlingar samt egna reflektioner noterats. Noteringarna har varit mycket omfattande då de i skrivandets stund inte alltid värderats. Intryck från samtal och händelser i övrigt har summerats i dagboksliknande form, alltså i en friare form än strukturen för observationer haft. Summeringarna har lett vidare i sökningen efter nya fynd, eller så har de legat till grund för frågor och samtal med distriktsköterskorna och sedan också för de bandinspelade intervjuerna. Samtliga observationer och dagboksliknande fältanteckningar har renskrivits dagen efter en dag på fältet, i undantagsfall två dagar senare.

Observation	Tid/plats	Person	Aktivitet	Innehåll	Reflektion

Figur 3.2: Struktur för fältanteckning (efter Pilhammar Andersson, 1996).

Intervju

En etnografisk intervju är inte något som kan kallas strukturerad eller ostrukturerad. En intervju är, liksom andra uttryck för social interaktion, i någon mening alltid strukturerad. Distinktionen gäller istället en standardiserad alternativt en reflekterande intervjumetod. Genom att välja en reflekterande frågemetod har inte intervjufrågor formulerats på förhand. Däremot har teman använts (Patton, 2002) som har kunnat knyta an till observationers innehåll, med avsikt att stimulera distriktsköterskorna till att så utförligt och fritt som möjligt berätta om sina erfarenheter.

Metoden har krävt närvaro, koncentration och uppmärksamhet på hur det som sagts har relaterat till forskningsproblemet, vilket medfört en aktiv

intervjuarroll (Hammersley & Atkinson, 1983). Av de tolv medverkande distriktssköterskorna har elva intervjuats. En distriktssköterska medverkade inte av personliga skäl i denna del.

De ljudbandinspelade intervjuerna genomfördes i samtalsform. De pågick mellan femtio till sextio minuter och hade karaktären av en kommunikativ interaktionsprocess (Beach, 1997). De genomfördes avsiktligt i mitten och slutet av fältstudien, då det bedömdes att kännedomen om informanterna, liksom deras om mig, skulle vara mer fördjupad. Beach menar att det kan utveckla intervjun, som får karaktären av ett hantverksfråga mer än en metodfråga. Samtliga intervjuer har planerats i samråd med distriktssköterskorna, med syftet att få en så avspänd situation som möjligt, vid en tidpunkt då inte annat arbete riskerade att störa. Intervjuerna har genomförts i personalrum eller i en lokal som bedömts som ostörd plats. Utifrån studiens syfte, egen förståelse och reflektioner under datainsamlingens gång, upprättades tre frågeteman. Det första handlade om det *specifika i att vara distriktssköterska*. Det andra temat tog upp hur *möjligheter respektive hinder i yrkesutövningen* kunde beskrivas. Det tredje temat behandlade vilka *förväntningar* distriktssköterskorna förknippade med yrkesrollen, utifrån andra personalgruppers eller vårdtagares perspektiv och å andra sidan vilka förväntningar de själva hade på andra. Som arbetsredskap vid genomförandet av intervjuerna användes förutom bandspelare en mindmap⁸ med de tre temaområdena. Under respektive tema noterades stödord eller frågor. Arbetsstrukturen innebar att intervjuerna kunde genomföras på ett koncentrerat sätt, med möjligheter att återknyta till noteringar under genomförandet, och att olika teman kunde överblickas, vilket bidrog till att intervjutiden kunde disponeras på ett metodiskt sätt. Det innebar också att kommunikationen mellan mig och respektive distriktssköterska fick naturliga avbrott, vilket jag menar kan vara lugnande för den som ska berätta. Genom noteringarna uppstod naturliga pauser, vilka gav möjligheter till ytterligare reflektioner. Genom uppmaningar och frågor som ”kan Du berätta hur Du ser på detta”, ”hur har Du resonerat när Du och Dina kollegor har diskuterat...”, ”berätta för mig om Dina iakttagelser av...” var tanken också att stimulera till ytterligare reflektioner varför även känslouttryck kommenterades ”jag

⁸ Mindmap är en anteckningsmetod vilken syftar till att användaren strukturerar sina anteckningar genom kategorier med hjälp av nyckelbegrepp och inte med hjälp av en löpande text. Till nyckelbegreppet kan ytterligare associationer kopplas och nya tankar kan genereras i takt med det som diskuteras (Buzan, 1994). Mindmap är ett metodiskt dokumentationshjälpmedel när många detaljer ska hållas i minnet (Ringom, 1994).

ser att Du ler, hör att Du skrattar när Du berättar om...kan Du säga varför” o.s.v. Ibland har samtalen fortsatt efter att intervjun avslutats, men detta har då inneburit att jag inte kunnat be om en ny bandupptagning. En summering i skriftlig och muntlig form har då gjorts, vilken blivit bekräftad eller korrigerad. Efter en tid har några av distriktssköterskorna också önskat förtydliga innehåll eller delge mig ytterligare reflektioner, som haft anknytning till intervjuerna. I något fall har jag själv bett om ytterligare klagöranden efter det att en intervju skrivits ut. Dessa noteringar har benämnts tillägg till intervjuer. Då observationer och intervjuer pågick parallellt under den senare delen av fältfasen, kom också dagliga samtal och observationer att mera naturligt knytas till varje enskild intervju.

När citat från observationer och intervjuer används i resultatredovisningen förekommer följande markeringar:

- markerar pauser i talet
- [...] delar av citatet eller observationen har uteslutits
- () mitt förtydligande inom parentes

Utsagor är inte reviderade utan återges ordagrant, i syfte att komma sammanhangen så nära som möjligt. I vissa citat har risken för personidentifikationer ansetts som påtaglig, varför personer citerats utan att namnges.

Analys

Att använda en etnografisk metod leder till att analysprocessen sträcker sig över lång tid (Emerson et.al 2002, Skeggs, 1999), vilket innebar att analysprocessen startade då fältarbetet tog sin början, med observationer under de första månaderna. Möjligheter gavs att samtala kring aktuella händelser som annars riskerat att falla i glömska. Efter en tid genomfördes succesivt intervjuer, vilket gav möjlighet till en rörelse i två riktningar. Från observationer kunde frågor till intervjuerna formuleras och tvärtom, vid observationerna kunde uppmärksamhet fästas på sådant som framkommit i intervjuerna.

Analysförfarandet genomfördes i två faser. I den första kom observationer och intervjuer att ligga till grund för reflektioner och noteringar, något som inte skall betraktas som en djupare utan som en preliminär analys. Innehållet från observationer och intervjuer transkriberades, lästes och sorterades

därefter, exempelvis som föräldrautbildning, mottagningsarbete, personalutbildning o.s.v. Observationerna lästes och analyserades först som reflektioner, vilka blev redskap att använda i den fortsatta datainsamlingen och i analysen av intervjuerna. Det som visat sig i observationerna kunde kopplas ihop med det som uttalats i dagliga samtal och i intervjuer.

Observation	Tid/plats	Person	Aktivitet	Innehåll	Reflektion
Vi sitter i personalrummet där Lena och föräldrar ska delta i kvällens f-utb, den näst sista av åtta träffar. Lena presenterar mig för kvällens gäst, Per, som är präst och konsult i pappafrågor. Per är inbjuden som expert och behövs när man ska tala om relationer i f-utb. tillägger hon. Vi hälsar och jag slår mig ner, lite bakom soffgruppen och bordet där Lena dukar upp kaffe, bröd och kakor. Säger att hon i alla fall kan ordna detta, nu när de har besök av en så viktig person. Självt har hon en värdinnefunktion, säger hon med ett skratt. På golvet ligger en mjuk matta där spädbarnen kan ligga eller sitta. Lena säger att det nästan bara är vid temat relationer som papporna kommer till f-utbildn. Annars är det mest mammor.	p-rum 17.30	dsk, barn, föräldr	samling	inledning, prat, skratt, hälsningar	expert- tilltro bristande tillit till sig själv
		dsk gäst forskare	presentation		
		dsk	berättar	värdesätter inbjuden gäst	
		dsk	ordnar kaffe o bröd, dukar, talar om egen funktion	värdesätter inbjuden gäst igen, ser sig som värdinna	
		dsk	värdering av fädernas närvaro	tema relationer viktigt för båda föräldrar	hurstimuleras båda föräldrars medverkan? hur diskuteras könsroller ?

Figur 3.3: Analys - fältanteckning (observation 18)

Reflektionerna utgjorde ett viktigt arbetsredskap i datainsamlingen. Hur exempelvis könsroller framträdde (figur 3.3) i ett sammanhang, låg till grund för att jag fäste uppmärksamhet på könsroller igen, antingen i ett liknande sammanhang eller i ett helt annat. Det innebar att en del av mina reflektioner

Figuren visar hur innehållsrik en text är, att den kan tolkas på flera sätt och hur den använts som underlag för att bilda kategorier av data. När texterna bearbetades ställdes huvudfrågan, vilka meningsbärande enheter fanns i texten, utifrån arbetets syfte och frågeställningar. Successivt utvecklades en känsla för hur texterna skulle läsas. Efter att de meningsbärande enheterna kodats kunde de föras samman i ett stort antal kategorier, där den kodade texten utgjorde innehållet. Det gemensamma innehållet från dessa kunde därefter sammanföras till ett färre antal subteman, vilka slutligen kom att utgöra innehållet i resultatets tre huvudteman. Dessa teman är ett resultat av analysen, men har inte nödvändigtvis funnits i textmassans ord (Pilhammar Andersson, 1996). Den stora datamängden har på så sätt brutits ner till mindre enheter vilka detaljgranskats, där den egna förförståelsen legat till grund för vilka sammanhang de sedan återförts till. Data har analyserats på mikro- och makronivå, som emperinära analyser, vilka därefter abstraherats i form av synteser (Hammersley & Atkinson, 1983).

Ur ett emic-perspektiv (Keating, 2000, Spradley, 1979) finns en risk i forskningsprocessen, att forskaren blir native. Det innebär att forskarrollen lämnas till förmån för en deltagarroll. Det kan också leda till att forskaren inte längre kan se vad som döljer sig bakom det för givet tagna och förmågan att beskriva vad som skett går förlorad (Pilhammar Andersson, 1996). För mig däremot, har analysarbetet inneburit att jag tagit fasta på deltagarnas sätt att beskriva och tolka olika företeelser. Konkret har det inneburit att begrepp som exempelvis *ingenmansland* eller *spindeln i nätet* från början är deltagarnas egna benämningar. I analysen har jag sedan sökt efter ytterligare förklaringar med frågor som: vad innebär det att vara i ett ingenmansland, eller vara spindeln i nätet? Vad gör distriktssköterskorna när de upplever att de är i ett ingenmansland? När är de där och med vilka personer? Analysförfarandet kan då beskrivas ur ett etic-perspektiv, vilket innebär att begrepp och vetenskapliga förklaringar tillförts beskrivningarna (a.a.). De båda perspektiven överlappar varandra i analysprocessen (Keating, 2000). För egen del har det inneburit att jag gått från en emic till etic ansats, även kallat abduktion (Pilhammar Andersson, 1996), med betydelsen att mina observationer och reflektioner fått tjäna som induktiva hypoteser. Tillvägagångssättet kan ses som en analytisk induktion, där upprepade undersökningar av det aktuella fenomenet leder till att ett meningsinnehåll kan presenteras som generellt förekommande och därmed styrker hypotesen. Om fakta inte passar hypotesen måste denna omformas, alternativt måste fenomenet beskrivas på annat sätt (Hammersley & Atkinson, 1983).

Efter en tids analysarbete utvecklades en medvetenhet om det som *inte* framkom i data men som noterats vid observationstillfället, som frågor eller reflektioner. Framförallt visade observationer från personalutvecklings- och arbetsplatsträffar att det *frånvarande*, exempelvis att distriktssköterskorna inte deltog i diskussioner, att deras medverkan inte efterfrågades i samma utsträckning som annan personals o.s.v., gav ett meningsinnehåll. Ur analysynpunkt är det viktigt att uppmärksamma ett sådant mönster, då det säger lika mycket om en företeelse som det som visar sig eller uttalas (Patton, 2002).

Tolkning och trovärdighetsaspekter

I denna studie betraktas trovärdighetsaspekter inte i termer av validitet och reliabilitet, så som de används i ett kvantitativt analysammanhang. (Leininger, 1994). Begreppen, är enligt Hammersley (1992), inte applicerbara på etnografi då:

Their conceptualisation is unsound in some respects, and they are not always necessary and are never sufficient as a basis for assessing research (a.a .s 66).

De sanningskriterier som ska göras gällande måste i stället problematisera andra grundläggande frågor, nämligen vad som är syftet med forskningen och vilka mål den vill uppnå. Det handlar om rimliga svar i relation till frågorna, om sanningshalt och relevans (Hammersley, 1992) och, med stöd av Patton (2002), att tolkningar aldrig kan åberopas som absolut korrekta eller fullständigt sanna. Däremot kan de bedömas mer eller mindre trovärdiga. Datamängden är omfattande och har en stor variation, vilket möjliggjort en analys avseende upprepning, om svaren på det som undersökts är frekvent återkommande från olika observationer och intervjuer, under varierande omständigheter. Data handlar i denna studie inte om siffror utan om ord, där det gäller att så trovärdigt som möjligt sätta in dem i sina sammanhang.

En forskare är skyldig att redogöra för de trovärdighetskriterier som åberopas, i syfte att understödja kvalitet och logik i forskningen, för att vissa slutsatser ska kunna dras (Larsson, 1994). Trovärdigheten måste relateras till tolkningsperspektiv, vilket i föreliggande studie formulerats som genusperspektiv. Antagandet om genusordningens närvaro i forskningskontexten innebar att arbetet redan initialt grundades från en position där teori och begrepp gav förförståelse åt det som avsågs att studeras. I takt med att det empiriska

resultatet ökade i form av fler observationer och reflektioner samt att tolkningsarbetet fortskred, utvecklades argument vilka därför ska bedömas som mer eller rimliga i förhållande till teori och begrepp (Alvesson & Skiöldberg, 1994). Trovärdigheten handlar även om att så långt det är möjligt låta distriktssköterskorna komma till tals, då det är deras röster som givit innehåll åt den aktuella problemställningen. Det är de som skärpt sina sinnen, delgivit sina erfarenheter och synpunkter (Fetterman, 1993). Det är utifrån deras berättelser och citat som ett resultat kan presenteras, även om mängden data naturligtvis påverkat utrymmets omfattning. I studien beskrivs det enligt följande. Distriktssköterskorna citeras i relation till en text vilken bygger på det meningsinnehåll varje tema representerar. Beskrivningarna ska ses som preliminära, i den meningen att de ger en situationell bild av hur distriktssköterskorna har det i sin vardag, vid en viss tid där vissa grundantaganden görs. Genom att ge ordet till dem är avsikten att "retelling their stories" (Emerzon et.al, 2002). Efter att ha varit på plats gäller det att så trovärdigt som möjligt låta läsaren besöka denna och därigenom övertygas om att fakta inte är påhittade, även om texten är en fiktion (Ehn & Klein, 1994), eller förefaller vara "losskopplad" (Selander & van Leeuwen, 1999) från sitt sociala och historiska sammanhang.

Att tolka texten är inte enkelt eller givet. Data har synats upprepade gånger, omprövats och slutligen bedömts som mättade, då inga nya fynd kunnat tillföras. Efter varje tema kopplas textinnehåll till kommentarer och genusteoretiska resonemang, med avsikten att ge en kontextuell förståelse där sättet att skriva präglas av både närhet och distans (Leininger, 1994). Deltagarna är intressanta, eftersom de är frambärare av de villkor som skapats och som säger något om det som avses att undersökas. Egna tolkningar förs in i sammanhanget och läggs till deltagarnas ord. Att arbeta med texterna har ställt stora krav på tankeskärpa och perspektivmedvetenhet. För att undvika att bli normativ har jag försökt att skilja mellan vad som *framträder* i texterna och vad jag *tycker* om det som framträder. De tolkningar som gjorts bygger därför på en process där jag frågat mig: Varför ser jag det jag ser? Har jag sett eller hört det förut? Finns andra förklaringar? Är denna tolkning rimlig utifrån andra aspekter som jag känner till? Kan jag på sannolika grunder hävda att...? Dessa frågor, menar Leininger, handlar om kunskapsanspråk och förståelse av det som undersöks, utifrån olika infallsvinklar och med uppmärksamhet på återkommande mönster. Det rör sig alltså om en rimlighetsbedömning som jag själv ansvarar för, men där också deltagarna och läsaren ytterst har ett värderingsmandat avseende de texter som redovisas.

Forskningsetiska överväganden

Forskarrollen

Det finns olika sätt att delta som forskare på fältet, där forskarrollen får olika betydelser. Som helt deltagande (complete participant) är det forskarens ambition att delta på samma grunder som de medverkande i studien. Det kan medföra en risk att bli ”native”, att bli en av dem, då identifikationen med deltagarna kan överskugga forskningsfokus (Pilhammar Andersson, 1996). Deltagande som observatör (participant-as-observer) kan innebära en liknande risk, men fördelen är att långvariga kontakter och relationer kan etableras med deltagarna, samtidigt som forskaren förblir en del i sin egen kulturella historia (Reed-Danahay, 2002). Beskrivningarna är ofta omfångsrika till sin karaktär, då forskaren genom sin närvaro får tillgång till en mångfald data via människors subjektiva erfarenheter och genom att dela deras vardag, på deras premisser. Därigenom möjliggörs ett ”insider” perspektiv i forskarrollen (Rock, 2002). Detta är inte lika påtagligt om forskarrollen innebär en observatörsroll som deltagande (observer-as-participant), vilket min egen forskarroll kan liknas vid. Risken att bli ”native” minskar, samtidigt som deltagarnas perspektiv riskerar att förbises. Att vara enbart observatör (complete observer) innebär att interaktionen mellan forskare och deltagare uteblir (Pilhammar Andersson, 1996).

Närvaron på fältet har gett en närhet till undersökningsgruppen, på så sätt att jag uppfattat mig accepterad som närvarande vid pågående aktiviteter. Deltagarna har ställt sig positiva till att delge mig information, de har svarat på frågor och de har på eget initiativ inbjudit till aktiviteter som jag själv inte haft kännedom om. När det varit möjligt har distriktssköterskorna i förväg informerat deltagande föräldrar och vårdtagare om min närvaro. Deltagarna har respekterat mina önskemål om att ses som forskare och inte som kollega, vilket inneburit att jag till största del kunnat undvika att bli indragen i de aktiviteter som pågått. Observationerna har därför kunnat utföras på ett ostört sätt, med några undantag. Exempelvis har forskarrollen lämnats när vårdtagare varit i behov av assistans eller när situationen präglats av en privat atmosfär. Särskilt tydligt blev det vid en tvådagars personalutbildning förlagd till annan ort, där samtliga personalgrupper deltog. Situationer vid luncher och middagar medförde vänskapliga och förtroendefulla samtal, vilka inte dokumenterats som observationer. I syfte att fokusera på forskarrollen valdes andra aktiviteter

som inte hörde till utbildningssyftet bort, exempelvis kvällsprogram, nattlogi och samåkning. Hur pass neutrala mina forskarögon varit vid informella tillfällen är svårt att avgöra, liksom hur neutral jag varit vid samtal. Risken finns alltid att ”orden läggs i munnen” på motparten. Som forskare väljer vi alltid sida i någon mån, mer eller mindre uttalat, där vår egen historia och de ”tysta perspektivvalen” följer oss i vår uppgift att förklara och förstå (Eliasson, 1987). Att vara medveten om sin egen medvetenhet handlar om reflexivitet⁹. Att ta ett steg åt sidan och reflektera över sig själv, sin förförståelse och sina intryck, är en del av denna (Ehn & Klein, 1994).

Etikprinciper

Vid genomförandet av vetenskapliga studier är det forskarens skyldighet att uppmärksamma etiska grundprinciper. Det är forskaren, ytterst, som har ansvar för att forskningen genomförs och redovisas på ett moraliskt sätt, där mänskliga hänsynstaganden måste vägas mot forskningsintresset (Forsman, 1997). Det handlar om krav på information, samtycke, anonymitet och konfidentialitet (Vetenskapsrådet, www.vr.se. Hämtad 2006 05 31). Förutom tillstånd från etisk kommitté och ansvarig verksamhetschef samt information till och skriftligt samtycke från deltagande distriktssköterskor, har också informerat samtycke från vårdtagare och föräldrar inhämtats. När det gällt planerade aktiviteter, som föräldrautbildning och mottagningsarbete där föräldrar och vårdtagare varit väntade, har distriktssköterskorna i förväg ställt frågan om samtycke till min närvaro. Ett större informationsblad¹⁰ har satts upp på synlig plats, i väntrum eller på entrédörr till den aktuella mottagningen. Vid varje enskilt besök har jag presenterat mig och bett om tillstånd att närvara, vilket oftast godkänts.

Samma tystnadsplikt som den som gäller för verksam hälso- och sjukvårdspersonal (SFS:1997:142) och som avser kännedom om enskild vårdtagare, dennes hälsotillstånd, innehåll i journaler och hur patientens rättssäkerhet kan skyddas i relation till det (SOU:2003:99), har beaktats. I vissa fall har ett informerat samtycke varit svårt att inhämta, hos minderårig

⁹ Begreppet är centralt i ett etnografiskt methodsammanhang. Det handlar om en medvetenhet om komplexiteten i att förmedla andras historia, om den egna delaktigheten i denna, om språkbruk och innebörden av att ge ord åt andras erfarenheter och hur det påverkar forskningsprodukten (Lather, 2002, Reed-Danahay, 2002).

¹⁰ Se bil. 2

eller från person med demenstillstånd, varför förälder eller anhörig fått avgöra mitt närvarande. Vid några situationer, som av mig uppfattades som känsliga, har jag valt att inte närvara, för att minimera risken att störa kommunikationen mellan distriktssköterska och vårdsökande, samt dennes integritet (Bischofberger, 1996, Rynning, 1996). Möjligheten att avbryta medverkan i studien har inte utnyttjats, förutom att en av distriktssköterskorna inte deltog i intervjun av personliga skäl.

Kravet på konfidentialitet har stundtals inneburit en avvägning, då information från deltagarna kunnat tydas som antingen ett delgivande eller ett personligt förtroende. I situationer som av mig uppfattats som tveksamma, har det inneburit att ett förnyat samtycke efterfrågats för att undvika missförstånd. Distriktssköterskorna förekommer under fingerat namn, men det finns alltid en risk att personidentifikationer kan göras. Uttalanden som är signifikativa för en person, som exempelvis referens till känd släkting eller liknande (*min dotter Tina* eller *jag lever ju ensam*) har därför uteslutits i texten. Avseende rumsliga beskrivningar av distriktssköterskornas mottagningsrum, väntrum och personallokaler, förekommer de i texten då dessa till sin utformning liknar varandra, oavsett mottagningsenhet. Platser och städer namnges inte. I den mån vårdtagare, föräldrar och barn förekommer i citat, är dessa inte namngivna och risken att de kan identifieras har bedömts som låg. När andra yrkespersoner deltagit i en aktivitet tillsammans med distriktssköterskorna, är dessa dels tillfrågade om samtycke och dels citeras de med fingerat namn.

Detta innebar vid ett tillfälle att jag hade svårt att avgöra om informationen som delgivits mig kunde användas som data, med risk för personidentifikationer. Informationen vägdes mot en forskares ansvar att återföra resultat i publicerad form, med bedömningen att avstå.

KAPITEL 4

RESULTAT

Resultatet utgörs av tre huvudteman i vilka ett antal subteman och kategorier ingår. Tillsammans ger de en beskrivning av hur distriktsköterskeprofessionen konstrueras, individuellt och kollektivt. Det handlar om distriktsköterskornas inställning till yrket och till arbetsuppgifterna och hur detta påverkar deras yrkesutövning i hälsoarbetet riktat mot vuxna vårdtagare, föräldrar och barn. Yrkesprofessionen kan även beskrivas ur ett kollektivt perspektiv, där en kvinnlig underordning tydliggörs genom distriktsköterskornas relation till läkarkåren och den medicinska kunskapstraditionen i organisationen. Nedanstående figur är en översiktlig presentation av resultatets teman och subteman.

TEMA	Subtema
PLATS OCH FUNKTION	- En specifik mottagning - Från vaggan till graven
ARBETETS STRUKTUR	- Samarbete och olika roller - Samarbete och kompetens
INDIVID OCH ORGANISATION	- Individ och arbetsvillkor - Organisation och arbetsvillkor

Figur 4.1: Resultatöversikt

TEMA 1: PLATS OCH FUNKTION

I det första temat ges en beskrivning av den rumsliga platsens betydelse i distriktssköterskornas yrkesutövning. Rumslig plats avser deras egna avgränsade mottagningslokaler inom läkarmottagningarna, samt andra platser som exempelvis vårdtagares bostäder, utbildningslokaler i förskola eller på äldreboende. Platsen har en funktionell betydelse för arbetets organisering och innehåll, samtidigt som den har en symbolisk betydelse för distriktssköterskornas självständighet och deras möjligheter att bedriva hälsoarbete ”från vaggan till graven”.

TEMA: PLATS OCH FUNKTION

Subtema	Kategori
En specifik mottagning	- Den lilla mottagningen i den stora - Arbetet utanför vårdcentralen
Från vaggan till graven	- Barnhälsovård och spindelfunktion - Hälso- och sjukvård riktad mot vuxna

Figur 4.2 Tema 1: Plats och funktion

En specifik mottagning

Utsagor visar att flera av distriktssköterskorna förknippar det specifika i yrkesutövningen med tillgången till egna avgränsade mottagningslokaler, som är skilda från läkarmottagningarna. Distriktssköterskemottagningen är enligt distriktssköterskorna en plats dit vårdtagare och föräldrar kan vända sig med sina hälso- och sjukvårdsärenden. De kan snabbt och effektivt få hjälp, vilket framförallt blir tydligt då tillgången på läkartider är begränsade. Det specifika förknippas också med de hembesök som distriktssköterskor gör, framförallt hos nyblivna föräldrar.

Den lilla mottagningen i den stora

Distriktssköterskornas mottagningsverksamhet följer vårdcentralens struktur, med bestämda mottagningstider och ett avgränsat arbetsinnehåll. Vi har ”den lilla mottagningen i den stora” säger Pia. På liknande sätt som läkare ”tar

distriktssköterskorna emot” sina vårdtagare, som förbokats med bestämda tidsintervaller. Med en egen avgränsad mottagningsenhet inom vårdcentralens lokaler upprätthålls föreställningen att självständigheten i yrket finns kvar. Med egna verksamhetslokaler möjliggörs ett rådgivande och medicinskt inriktat arbete. Så länge vårdtagarna vet vilka distriktssköterskorna är och var de finns, rumsligt och organisatoriskt, kan deras yrkesstatus upprätthållas. Flera av distriktssköterskorna, framförallt de med en nyare utbildning, förknippar den rumsliga platsen med möjligheter att arbeta med folkhälsofrågor, där vårdcentralens övriga arbetsinnehåll inte stör.

Sonja: Det specifika....att ha en egen mottagning, att vara en person som alla vet vem jag är, vet var jag finns... [...] under en blodtryckskontroll....och det kan ju komma på remiss från läkarna då, kostrådgivning, höga kolesterolvärden eller viktnedgång. Så är det ju. Får man en remiss på och ha samtal med patienten. Då försöker man lägga upp en serie av samtal, kanske ta lite i taget. [...]

A-C: Så det är en väg...att doktorn skickar frågan eller remissen till Dig?

Sonja: Hmm..ja

A-C: [...] det här med samtal och information kring hälsan, att Du själv hittar vårdtagaren...eller måste det vara i den omvända riktningen...att doktorn ...

Sonja: Nej nej! Det kan komma nån ny, dom kan ringa till mig och säga, jag mår inte bra...

(I - 7)

Den rumsligt avgränsade platsen får en funktionell betydelse. I positiv bemärkelse kan distriktssköterskorna arbeta självständigt som ”läkarens förlängda arm”, så länge de har egna mottagningslokaler. Detta är något som distriktssköterskor med egna mottagningslokaler befarar kan försvinna, om deras rum i stället placeras i läkarmottagningarnas lokaler.

A-C: Så...ett hinder...är rumsligt...då?...organisatoriskt rumsligt, var Du sitter påverkar om det finns möjligheter eller hinder för hälsoarbete?

Pia: Hmm (nickar jakande)

A-C: Det tror Du?

Pia: Ja...hon (dsk) kommer ju då att....sitter hon på ett rum där (på läkarmottagningen) och ska man ingå där och slussas än hit och än dit...från det och...där (menar läkarmottagningen) fattas någon idag, där får Du lov att vara med ute idag (menar läkarmottagningens arbete)... [...] Lena säger samma sak och då blir man ju lite fundersam....ska det vara på det viset?...vi ska ju vara den förlängda armen till läkaren...

(I - 10)

Distriktssköterskors mottagningsverksamhet disponerar ibland i ett rum i läkarmottagningens lokaler i stället för en egen mottagning. Detta gäller för

de distriktssköterskor som är anställda vid läkarmottagningarna och för dem som stundtals ersätter kollegor eller sjuksköterskor där. Till skillnad mot de distriktssköterskor som har egna verksamhetslokaler och som uttalar farhågor för gemensamma lokaler, störs inte dessa distriktssköterskor i sitt hälsoarbete av den rumsliga placeringen inom läkarmottagningen.

[...] Mottagningsarbetet riktat mot vuxna vårdtagare pågår. En kvinna kommer in på rummet och vi hälsar på varandra. Ulla frågar henne om hälsotillståndet, hur det går med försöket att sluta röka och får till svar att det inte alls har lyckats. Kvinnan berättar att hon fortfarande röker. De talar om vanor. Ulla säger till kvinnan att hon måste upplysa om hur farligt det är, vad man vet idag om rökning och speciellt med tanke på de astmatiska besvär som kvinnan har. [...] de talar om beteendecigaretter och Ulla kommer in på praktiska råd, som att ställa en glasburk där kvinnan kan lägga pengar istället för att köpa cigaretter. Det kan hon göra varje gång röksuget sätter in, menar Ulla. [...] Ulla hänvisar också till kollegor som erbjuder kurser för vårdtagare som vill sluta. [...] de samtalar om kvinnans hälsotillstånd för övrigt och kvinnan berättar om sin viktreducering på 2-3 kilo. Ulla svarar att hon tycker att det är bra.

(Obs – 19)

Några distriktssköterskor anser, till skillnad mot flertalet, att deras arbetsuppgifter inte är klart avgränsade gentemot andra yrkesgrupper. De, vars inställning är att de har svårt att dra skarpa gränser mot läkaryrket, beskriver att de får en hänvisande funktion, vilken i sin tur riskerar att överskugga målsättningen om att själva genomföra målgruppsanpassat hälsoarbete. När de träffar vårdtagare handlar hälsoarbetet i stället om en behovsinventering.

Sonja: [...] det är ju en hälsogrej för många gamla som inte har nån och som kommer hit för att prata. Men så känner jag... har jag tid... eh..är det, är det min grej? Är det jag som ska eller ska jag bara hänvisa dom till?den där fyskontakten med rehab och där tycker jag då, dom ska man nog ta kontakt med...

A-C: Har Du tänkt på vad det är som i så fall skulle vara hänvisningsinnehåll till andra aktörer som kan sköta människors hälsa och välmående jämfört med vad Du ska göra?

Sonja: Dom utför det praktiskt som jag tycker att människor skulle behöva. Jag kan inte sätta upp en förmiddag i veckan att nu har jag stavgång och samla ihop tio patienter och gå ut. Det är inte riktigt mitt område...

A-C: Men vad är det då i detta som är Ditt område?

Sonja: Att se behovet och föreslå vart dom ska gå, organisera, ta kontakt, skriva ut ett recept, ett fysrecept... [...]

(I – 7)

Citatet skulle kunna förklara hur det ”breda” i distriktssköterskors yrke upprätthålls av principen att kunna lite om mycket, vilket stundtals medför

svårigheter att avgränsa vad som är specifikt för dem själva. Trots att Sonja visar att hon förstår att människor behöver vägledning och råd i hälsofrågor och trots att hon beskriver en adekvat behovsinventering, förefaller det som om åtgärden inte är tillräcklig. Distriktssköterskorna är medvetna om att de inte kan ta ansvar för det praktiska genomförandet av en fysisk aktivitet som exempelvis stavgång, men trots det reflekterar Sonja över sin egen eventuella medverkan.

Att bedriva en mottagningsverksamhet inom vårdcentralen innebär att distriktssköterskorna ser sig som den ”fasta punkten”, där de kan nå av vårdtagarna.

Sonja: [...] Jag ska ta hand om patienten. Jag tror att doktorn har för många. Det är lättare att komma till (distriktssköterskan), lättare att ställa frågor och så och det tror jag gäller alla typer av... att man finns där fast på ett ställe som en punkt att vända sig till, där man (menar vårdtagare) alltid kommer åt.

(I – 7)

Flera av distriktssköterskorna talar om svårigheter att nå andra målgrupper än de vilkas ärenden kan formuleras som exempelvis blodtryckskontroller och sjukvårdsåtgärder. Trots tillgången till egna avgränsade lokaler når de inte ut med sin kompetens när det gäller folkhälsofrågor. Deras mottagning framstår enligt vissa distriktssköterskor som en traditionell sjukvårdsmottagning. Ett undantag är viktminkningsgrupper, där deltagarna utgör en grupp till vilken distriktssköterskorna vänder sig med undervisning om en hälsosam livsstil. Det är i den egna mottagningsverksamheten och utifrån egen planering som erbjudanden om hälsoaktiviteter görs och vissa distriktssköterskor beskriver att de står i ett händelsernas centrum. Då byter deras mottagningslokaler skepnad, undersökningsrummen omvandlas till undervisningslokaler och sjukvårdsmaterial plockas undan eller täcks över. Stolar placeras ut i ring och bord med förtäring dukas fram, i syfte att skapa en avspänd atmosfär. Distriktssköterskorna visar att de är medvetna om rummets betydelse för att främja delaktighet i den aktuella undervisningssituationen. Det förefaller som om utbildningsaktiviteter utmanar det traditionella vårdarbetet inom organisationen. När distriktssköterskorna, med sin kompetens i hälsofrågor, når vårdtagare i utbildningssammanhang, förvandlas inte bara den rumsliga miljön utan deras professionella förhållningssätt till arbetsuppgiften och till deltagarna ändras också. Istället för att ge sjukvårdande behandling, eller ge råd och svara på frågor, stimuleras deltagarna till delaktighet. Det är vårdtagarna som ses som experter, inte

distriktssköterskorna. I en hälsoaktivitet som viktreducering används utbildningsmaterial i form av böcker, broschyrer och artiklar. Det handlar om information om olika livsmedelsprodukter, om näringsinnehåll, om matvanor och om livsstilsfrågor, där varje träff inleds med en viktkontroll.

Det är sju deltagare i gruppen. De träffas var 14:e dag sedan ett halvår tillbaka och tanken är att träffarna ska fortgå i två års tid. Ett litet bord står framdukat med en vattenkaraff och muggar. Sjukvårdsmaterial på bordet intill är övertäckt med en handduk. Deltagarna pratar och skrattar och det verkar som om de lärt känna varandra. De går mellan rummet och väntrummet där en våg står framme. Skratt och glada tillrop hörs när de jämför viktresultat och jag hör både missnöje och förvåntansfulla kommentarer. En av kvinnorna vänder sig mot mig och säger att hon tycker att det är bra att den här viktminskingsgruppen finns. [...] Distriktssköterskan ber deltagarna att berätta lite om sig själva, sin sociala situation, sin vikt och sina problem. [...] Hon delar ut några artiklar och uppmanar samtidigt deltagarna att reflektera över innehållet i föregående träff. Alla pratar och en av männen jämför snabbmat med hemlagad mat. [...] De talar om maträtter och ger varandra goda råd. Flera av kvinnorna säger att de har svårt att hålla vikten och det finns ett samband med matinköpen. De blir frestade. Oftast är det de själva, inte männen som ansvarar för inköp och tillagning. Männen i gruppen säger inget om det. [...] Deltagarna tillfrågas om de önskar en dietist tills nästa träff. En av kvinnorna svarar distriktssköterskan: Vad vet hon som inte du vet? Distriktssköterskan svarar: ja..jo jag kan väl inte de små fina detaljerna”. [...] Hon berättar om en annan grupp där två män lyckats gå ner 20 respektive 5 kg och att ”det förmodligen har att göra med att männen har en bättre tävlingsinstinkt”. Kvinnorna stannar oftast på den vikt de har när de börjar kursen, säger hon. Och tillägger att det nog kan förklaras av medicinska faktorer”. Men, säger hon ”det är nog så generellt, ”att män har en tävlingsinstinkt för att gå ner i vikt”. Ingen kommenterar det hon säger. [...] Jag frågar om utbildningsträffen liknar hennes andra, vilket bekräftas.

(Obs - 22)

Vårdtagarnas personliga kännedom om varandra gör att de förväntas ge varandra stöd och stimulera varandra till framgång. De uppmanas att reflektera över utbildningsinnehåll och att dela varandras erfarenheter. Utsagor bekräftar att denna metodik anses viktig i undervisningssammanhang, både inom barnhälsovård och i hälsoarbete riktad mot vuxna vårdtagare. Det är inte distriktssköterskans detaljkunskap i frågorna som framstår som viktigast, utan att hennes övergripande pedagogiska funktion ger deltagarna utrymme. Föreställningar om kvinnligt och manligt skapar samtidigt ett innehåll i diskussionen. Trots att kvinnor är i majoritet i viktminskingsgrupper, är det manliga och sportsliga beteenden som görs normgivande och som kommuniceras som en manlig och medicinskt relaterad fråga.

För distriktssköterskornas kollegiala sammanhållning får en avgränsad mottagningsverksamhet praktisk betydelse för deras möjligheter att skapa nätverk. Observationer visar, att när de träffas regelbundet, står frågor om folkhälsoproblem på agendan och diskussioner förs om dagens arbetsrutiner och arbetsuppgifternas innehåll, liksom om frågor kring yrkesmässig utveckling. Flera av distriktssköterskorna talar gärna om hur arbete med folkhälsofrågor ska kunna utvecklas och få ett ökat utrymme. De uppmanar varandra att tro på sig själva och på sin yrkesprofession. När dörrarna stängs till de egna lokalerna framstår distriktssköterskorna som självständiga och beslutsamma. De vet vad de vill, var de har sin position, hur arbetet ska bedrivas och med vilket innehåll.

Distriktssköterskemöte: [...] Dagordningen tas upp. [...] De enas om att träffarna är utvecklande för dem som grupp. Någon menar att ”vi måste träffas på syster-nivå”. Nivåerna ovanför kan inte lösa våra frågor, tillägger någon. [...] De talar om kompetensfrågor och om yrkesrollens utveckling. Någon är orolig för vart yrket är på väg men blir lugnad av en kollega som menar att det finns mycket arbete att uträtta. De vill dock inte beblanda sig med hemsjukvårdens arbete, det är en risk, tycker någon. Det är viktigt att distriktssköterskorna markerar sin position”, säger någon och tillägger att, det är vi som ska bedöma om patienter ska få hjälp av oss eller av hemsjukvården. De drar en gräns mellan svårt sjuka människor och sina egna vårdtagare och det verkar som om de är noga med vad som ryms inom den egna yrkesprofessionen och inte. De talar om arbetet med barnhälsovård, om BVC verksamheten, hur viktigt arbetet är, vad de vill utveckla och att det är nödvändigt med förändring. Speciellt nu menar någon, då chefen informerat om indragning av en tjänst inom BVC. Det har skapat oro och distriktssköterskorna har olika synpunkter. En farhåga finns att det kan komma fler besparingsåtgärder som drabbar yrkesgruppen. [...] de måste ändå lära sig att skilja på besparingar och vad som går att göra inom yrkesuppdraget, menar någon vilket diskuteras en stund. [...] Siv vänder sig mot mig och säger att hon ”inte alls vill vara en springflicka åt vårdcentralen när de saknar sjuksköterskor” Det är bäst att få sköta sig själv säger någon. Då kan de själva bestämma. De vill helst vara i egen mottagningsverksamhet, åtskild från övrig verksamhet. Flera håller med och nickar jakande. Lokalfrågan är viktig, det finns ett samförstånd. (Obs – 7)

Arbetet utanför vårdcentralen

Att arbeta utanför distriktssköterskemottagningen innebär att distriktssköterskorna för med sig sin specifika kompetens ut till olika vårdtagare. Trots yrkesförändringar förväntas de ha en sjukvårdsavlastande funktion,

undervisning i egenvård och livsstilsfrågor har däremot svårare att få genomslag.

Siv: [...] ...jag är hälsopedagog... [...] behålla det friska , friskt. [...] föräldragrupperna upplever jag som en pedagogisk situation [...] jag ska hålla ihop det hela, styra upp [...]distriktssköterskorna har flyttat in på vårdcentralerna, så då är distriktssköterska lite fel benämning. De är inte...vi är inte ute i bushen, vi har inte distrikt! [...] Man måste...intresserad av det pedagogiska, släppa lite av det här sjukvårdstänkandet. [...] Norge...är man hälsosystem, hälsopleier, i Storbritannien, health visitor eller district nurse och så läser man folkhälsovetenskap [...] Sitter man på en vårdcentral och någon kommer så är det svårt att skicka ett bensår till hälsosystem men det är väldigt lätt att skicka det till distriktssköterskan [...] När jag tänker efter ger det fel signaler... när vi kallar oss sjuksystem, sjuksköterska som ska jobba med hälsovård. Därför blir man felprioriterad.

(1 – 8)

Föreställningar om yrket skapar en spänning mellan struktur och praktik, samtidigt som det ger ett innehåll åt professionen. Flera av distriktssköterskorna berättar om tidigare arbetsförhållanden och om ansvaret för omfattande geografiska landsbygdskommun, där hembesök var vanligt förekommande. Det innebär att distriktssköterskan var den yrkesperson befolkningen först kom i kontakt med, vilket gjorde att distriktssköterskorna blev ansvariga i ärenden som gällde exempelvis hemsjukvård. Detta är numera förändrat, samtidigt som föreställningar lever kvar om distriktssköterskan som en i första hand sjukvårdskunnig yrkesperson, vilket skulle kunna förklara varför de tar ansvar för arbetsuppgifter som inte längre är deras, liksom att andra prioriterar deras medverkan på ett felaktigt sätt.

Även om distriktssköterskor inte längre arbetar ”ute i bushen” rör de sig i viss omfattning mellan de egna mottagningslokalerna och vårdtagares bostäder och externa lokaler. Att arbeta utanför vårdcentralen innebär att bedriva ett självständigt hälsoarbete i familjers bostäder, vilket medför att de pedagogiska arbetsuppgifterna kommer föräldrar till godo.

Hembesök hos nyblivna föräldrar. [...] Vi sätter oss ner, Gerd i soffan med de nyblivna föräldrarna. Barnet sover i vagnen bredvid. Gerd sitter lite på sned i soffan, vänd mot kvinnan och frågar henne om barnet fått något namn. [...] Gerd säger att BVC-kurvan ser bra ut och vänder den så att kvinnan kan se, hon pekar och visar, mannen sträcker sig för att se [...] Gerd plockar fram sina journaler och flera broschyrer. De innehåller information om exempelvis förebyggande av olycksfall och om apoteksprodukter [...] Kvinnan tittar i en av broschyrerna och Gerd ger henne en till. Den handlar om brännskador och Gerd berättar om

vilken typ av skador som är vanligast på barn i 1-års åldern. [...] Gerd talar om allergier. Mannen säger att han har allergiska besvär och då frågar Gerd om han har någon medicin för dem. [...] Gerd undrar om mannen blir trött av medicinen. Han svarar och Gerd uppmanar makarna att allergisnåla bostaden för att han ska må bra [...] Nästa broschyr är från folktandvården. [...] Gerd informerar om bibliotekets barnböcker [...] De talar om AD-droppar. Gerd uppmanar kvinnan att höra av sig när hon behöver fler vitaminer åt ett äldre syskon. Berättar om besökstiderna på BVC och konstaterar, vänd mot kvinnan, ”Du vet ju det mesta” [...] Mannen sitter tyst. Ibland sysselsätter han det äldre barnet. [...] Mannen medverkar inte i diskussionen. [...] Det är kvinnan som är i centrum och det är till henne Gerd mestadels vänder sig. Hon avtalar en tid med kvinnan för barnets vikt- och längdkontroll.

(Obs – 43)

Det är distriktssköterskan som styr innehållet i samtalet och hur det genomförs. Med mandat att avgöra hur barns utveckling och hälsa kan värderas, knyts vård- och omsorgsfrågorna till ett etablerat normsystem som har ett stort utrymme i barnhälsovården. Frågor kring barnens vikt- och längdutveckling diskuteras och, med avsikt att kontrollera och följa upp, planeras ytterligare kontakter med i första hand mödrarna. Samtidigt är informationsinnehållet vid hembesök komplext och innehållsrikt. Intervjuutsagor bekräftar att distriktssköterskorna förknippar arbetet i barnhälsovården med frågor som i stor utsträckning rör modersrollen. Det finns en förväntan på modern som primärt ansvarig, vilket återspeglas i sättet att förhålla sig till båda föräldrarna. Den familjära situation som ett besök hos en nybliven familj innebär, beskrivs av flera som en specifik möjlighet att samtidigt nå båda föräldrarna. Den ger möjligheter att ge samma information till bägge och att svara på deras frågor. Distriktssköterskorna talar om att bedriva ett relationsstödjande arbete i familjer, samtidigt som observationer visar att detta inte får samma utrymme som den stora mängd information som ges. Samtalen leder in på stickspår och som citatet visar ställer sig Gerd också positiv till en diskussion om mannens hälsotillstånd, vilket bekräftar hans närvaro, dock inte i hans papparoll. Genom det rika informationsinnehållet konkretiseras vård- och omsorgsfrågor och med stöd av föreställningar om kvinnligt och manligt konstrueras distriktssköterskans pedagogiska arbetsuppgift.

Det finns en koppling mellan distriktssköterskornas beskrivningar av ”den gamla tidens distriktssköterska” som förväntades kunna svara på allt, och dagens arbetsuppgifter i barnhälsovården. Intervjuutsagor visar att det är just hembesöken hos nyblivna föräldrar och distriktssköterskornas infor-

mativa och upplysande funktion som flera av dem förknippar med det specifika i yrkesutövningen. Även om förstagångsföräldrar är den grupp distriktssköterskorna säger att de i första hand vänder sig till, visar observationer att fördelningen mellan förstabarns- och flerbarnsföräldrar som deltar i distriktssköterskornas barnhälsovårdsaktiviteter ändå är ungefär lika.

Vi talar om hembesök hos nyblivna föräldrar. De erbjuds till alla nyblivna föräldrar, men Gerd berättar att det oftast är förstagångsföräldrar som antar erbjudandet. Flerbarnsföräldrar ”vet oftast vad det handlar om” säger Gerd.
(Obs – 42)

Av gammal vana når den uppsökande verksamheten alla nyblivna föräldrar, även de som vet vad det handlar om. Arbetsuppgiften framstår då till viss del som ett självuppfyllande uppdrag som utförs enligt etablerade konventioner. Det innebär att distriktssköterskornas kontrollfunktion, där barnens fysiska och psykiska utveckling bedöms, framträder tydligt.

Det är mindre förekommande att distriktssköterskorna prövar okonventionella arbetsuppgifter utanför de egna lokalerna, men när det sker stämmer det med utsagor och beskrivningar om ett hälsoinriktat arbete och en pedagogisk funktion. Ett exempel är när hälsofrämjande arbete görs till en pedagogisk arbetsuppgift riktad till äldre vuxna. Frånvaron av kollegor, liksom en helt annan miljö än den ordinarie, leder till att förhållningssättet till arbetsuppgiften förändras. Det hälsovetenskapliga innehållet framträder tydligt, samtidigt som ansvaret för situationen blir distriktssköterskans.

Grupsammankomst vid serviceboende- pensionärsgrupp: Distriktssköterskan är inbjuden som föreläsare: [...] Hon berättar om sin yrkesroll, att hennes arbete numera består av frågor som handlar om människors ohälsa. [...] Hon tittar på deltagarna och frågar: ”vad gör Ni själva för att hålla Er friska?”. Någon skrattar och menar att det var en svår fråga. Distriktssköterskan väntar lite och en av männen börjar berätta om sina erfarenheter, vad han gör i det dagliga livet för att hålla sig aktiv. Fler börjar delta i diskussionen. [...] De skrattar och pratar och distriktssköterskan uppmanar till fler reflektioner. Hon säger att det inte är de stora bedriftena som räknas utan de små vardagliga aktiviteterna som ger resultat. Man kan ta små promenader, säger hon[...]. En av kvinnorna vänder sig till henne och jag hör att kvinnan är nyfiken på distriktssköterskans arbete med hälsofrågor. De talar lite med varandra. [...] En av männen vänder sig mot distriktssköterskan och säger ”Du är inte som dom var förr. Då var dom barska och bestämda och inte alls som Du”. Alla skrattar. Flera personer söker sig till henne och fortsätter att samtala.

De visar stort intresse för hennes person och ställer ytterligare frågor om hennes arbete.
(Obs - 50)

Målgruppsanpassat hälsoarbete, där distriktssköterskors medverkan efterfrågas, på externa platser eller på andra tider än dagtid, är mindre förekommande. Distriktssköterskan, som i exemplet ovan visar att det är möjligt att genomföra ett pedagogiskt uppdrag i hälsofrämjande syfte vid ett serviceboende, med frihet att själv bestämma innehåll och genomförande, ändrar uppfattning. Vad som sker i organisationen påverkar henne.

A-C: Jag har hört att ...från Dina kollegor...att det finns en oro för att det skulle vara en risk i att distriktssköterskan är i samma organisation som vårdcentralen ... eller kommer in i samma rumsliga ställe som...läkarmottagningen... ..bekymrar det Dig?

DSK: Nej. Det gör det inte...jag tror att som det är på många vårdcentraler så försöker man få distriktssköterskor på alla tjänster och då blir ju alla....då kan man tänka sig att dom organiserar om totalt då om man ska ha telefon då. Alla tar telefonen på förmiddagen och sen går man ut och har mottagning då [...] vi har faktiskt 50 poäng...eh...vidarutbildning så visst har vi lärt oss något och visst är något specifikt. Men å andra sidan så...man kan nog inte säga att vi är något speciellt. Man möter ju andra som är duktiga. Som ser på samma sätt fast dom inte är distriktssköterskor.

A-C: Hmm...men det måste väl finnas en poäng i att ha gått en distriktssköterskeutbildning för annars kunde Du ju vara bra som legitimerad sjuksköterska på vårdcentral?

DSK: Ja...nä...jag tycker det är mångfalden då. Inom sjukdomspanoramat och ...det är väldigt brett.

A-C: Vad är det som är brett?

DSK: Ja det är ju patientklientelet [...] sjukdomspanoramat. Du har ju allt. Det är både medicin, kirurgi, ortopedi och allting. Sen har vi ju hälsan...och sen att man är...man är ju på plats. Man är ju nära [...]

(I - 7)

Tillbaka på vårdcentralen sker en förändring av arbetsinnehåll, funktion och autonomi. Hälsoarbetet riskerar att underordnas medicinska och sjukvårdande arbetsuppgifter och närheten till läkarmottagningen gör att distriktssköterskan anpassar sin medverkan efter vad som i övrigt händer på vårdcentralen. Det yrkesspecifika, ”breda”, definieras som sjukvårdsarbete medan hälsoarbetet framstår som det ”smala” och distriktssköterskor kan ses som en grupp bland andra kompetenta personer. Att vara på plats är att vara nära. Att vara nära är att vara i händelsernas centrum, d.v.s. på läkarmottagningarna.

Samtidigt framstår läkarnas intäkter som en ansvarsfråga för distriktsköterskor, vars pedagogiska funktion ibland omvandlas till en servicefunktion.

Sonja: Doktorerna drar in pengar. Dom ska finnas i första hand, dom ska servas i första hand. Det gäller att få in patienter till dom, att man använder personalen där dom kan vara. [...] Om man har distriktsköterskor på alla tjänster så har man ju löst...på något sätt... [...]

A-C: Nu är det ju en kostnad även till distriktsköterskorna, sextio kronor sedan årsskiftet...hur påverkar det...?

Sonja: Innan årsskiftet hade vi mycket att göra och sen när betalningen kom så märkte vi en nedgång. Inte lika mycket patienter kom men å andra sidan dom som kommer behöver ju komma och så var det inte riktigt förut. Då passade man på.

(I – 7)

Trots att besöken till distriktsköterskor numera är kostnadsbelagda är det framförallt läkarnas aktiviteter som i första hand måste planeras, för att ge valuta. Vissa distriktsköterskor menar att de är tveksamma till och ovana vid att ta betalt för sina tjänster, varför de vill ge vårdtagare ”så mycket som möjligt för pengarna”. Andra ser sig som en ekonomiskt fördelaktigare variant av läkare, vilket innebär att de försöker lösa problem som de menar är gränsfall. Detta påverkar deras pedagogiska funktion, då hälsofrämjande åtgärder ersätts av medicinska utredningsåtgärder.

A-C:... [...] det här med samtal och information kring hälsan....

Sonja: Det kan komma nån ny, dom kan ringa till mig och säga att jag mår inte bra. Jag känner mig stressad, uppjagad eller jag har sån huvudvärk, jag kan inte sova. Jag är så trött. Jag måste få kolla blodtrycket och då gör vi det. [...] och sen kan jag ta ett blodsocker och sen tar jag även Hb faktiskt om det är en kvinna speciellt som är trött och jag har haft några ungdomar under årens lopp som har sökt och när man väl tar i det så kan det va allt möjligt till slut [...]

(I – 7)

Arbetsdelningen mellan läkare, sjuksköterskor och distriktsköterskor minskar och de blir enligt distriktsköterskorna mer lika varandra. Enligt utsagor finns det farhågor om en förändrad distriktsköterskeverksamhet, vilket innebär att arbetet utanför vårdcentralen reduceras, att hembesöken till familjerna minskar o.s.v. och med tanke på personalmässiga förändringar finns det en risk att distriktsköterskor ”sugs upp”, något som Catrin beskriver.

A-C: Jag tänkte...om Du vet...är det någon förändringsbild på gång där Du är verksam?

Catrin: Ja det är väl typ sen då...nästa år...det är på gång. Vi ska få en läkare mer då och det är tal om att även jag kanske...ja blir sittandes i telefon och rådgivning och lite annat och får hjälpa till här ute på vårdcentralen (läkarmottagningen) då ...så då... ..då blir det kanske svårare för mina bitar att få plats [...] vi distrikts-sköterskor är ju liksom inte med utan vi ingår i vårdcentralen som sådan, vi är ju ingen egen kategori som vi var förr.

A-C: Hör Du kollegor tala om detta?

Catrin: Ja det gör jag

A-C: Vad är den allmänna....

Catrin: Ja dom känner att det helt enkelt blir mindre och mindre tid. Man suggs upp helt enkelt...de större vårdcentralerna i alla fall....

(I - 2)

Citatet visar även att distriktssköterskors specifika arbete, inom såväl som utanför vårdcentralen, är beroende av läkarbemanningen. När antalet läkare ökar, minskar distriktssköterskornas självständighet. Fler läkare kan enligt distriktssköterskorna leda till att de själva får andra arbetsuppgifter. Istället för att ägna sig åt andra arbetsuppgifter än de medicinskt inriktade, är distriktssköterskor tillsammans med sjuksköterskor ansvariga för telefonrådgivning och bokning av läkarbesök. Med hjälp av distriktssköterskornas insatser har vårdtagare en ökad tillgänglighet till vårdcentralens läkare, medan distriktssköterskornas hälsoarbete fortfarande har ett begränsat utrymme. Arbetsvillkoren förändras för distriktssköterskorna och deras specifika kompetens riskerar att gå förlorad. Utsagor och observationer visar att distriktssköterskorna inte förhandlar med arbetsgivaren i frågor som rör yrkesmässiga förändringar, eftersom de anser att de inte har någon att förhandla med. Det är arbetsgivaren som bestämmer. I avvaktan på andra direktiv än de som för tillfället råder anpassar sig var och en på sitt sätt, inom sin ”specifika distriktssköterskemottagning”.

Från vaggan till graven

Det är inte bara mottagningsverksamheten som förknippas med det yrkesspecifika. På frågan om vad som är specifikt för distriktssköterskeyrket svarar flera att det handlar om ett yrke där de arbetar med människor ”från vaggan till graven”.

A-C: Vad är det som är specifikt med att vara distriktssköterska?

Catrin: Ja från början var det tänkt så tycker jag att man ska ha hela biten egentligen. Från det gamla vanliga man säger, från vaggan till graven.

A-C: Vad innebär det för Din del då...det här från vaggan till graven. Jag har ju hört det uttrycket förut men vad lägger Du för innebörder i det?

Catrin: Hm...ja det är ju det att man har dom nyfödda till att man går hem till och hela BVC-biten och att man har vuxenmottagningen

(I-2)

Citatet exemplifierar hur distriktssköterskorna beskriver dagens hälso- och sjukvårdsarbete, som de menar är riktat mot alla åldrar och som är innehållet i föreliggande tema.

Barnhälsovård och spindeln i nätet

Genom att kunna lite om mycket och med ett övergripande ansvar för barns hälsokontroller, menar flera av distriktssköterskorna att de ser sig som en spindel i nätet, vilket är positivt ur deras perspektiv. Det i sin tur innebär att vara den som håller i trådarna, att vara den som initierar nätverk och att vara den som utvecklar föräldrars kompetens.

Distriktssköterskorna agerar som rådgivare eller informatörer, när de på egen hand eller i samverkan med andra yrkesverksamma personer, verkar i syfte att främja barns utveckling och familjers hälsa. Med arbetsuppgiften följer en ”tusenrådars” kvinnlig metodik.

Linda: [...] Det är ju som man känner i många andra sammanhang då det gäller barn och vuxna, det här med spindeln i nätet. Man har ju tusen trådar va...ja...som spindeln. Man vill klara det, som vi kvinnor klarar att ha flera saker i huvudet, menar jag. Det är kanske därför det inte finns så många manliga distriktssköterskor...

A-C: Hmm...näeh...

Linda: Men visst...nätet...ha kontakter [...] då ringer dom (föräldrar) en distriktssköterska och för dom som har varit i kontakt med (dsk:an) eller nån...då är det ju nån som dom (föräldrar) har en knutpunkt till... och har förtroende för...

(I-6)

Att hålla i trådarna är att ställa sig själv i centrum som ansvarig för barn och föräldrars behov av kontakt och rådgivning. Den kvinnliga kompetensen förknippas enligt Linda med en simultankapacitet som hon samtidigt menar förklarar frånvaron av män i yrket. Observationer från arbetet med barn-

hälsovård bekräftar att Lindas inställning om ”tusedrådersmetodik” har en funktionell betydelse.

BVC-mottagning [...] Anna går mellan sitt skrivbord där läkaren sitter och undersökningsbänken. Hon rättar till på undersökningsbordet. Frågar läkaren om han vill att hon ska släcka lampan som hon tror irriterar barnet. Han svarar nej. Hon går till sin arbetsbänk, noterar något i några journaler. [...] Läkarens äger att hon ska väga och mäta barnet. Hon gör det och säger värdena högt. [...] Anna rengör undersökningsbänken. Läkaren ber henne ta hand om en remiss. Anna hämtar ett kuvert i ett skåp och ger honom det. [...] Anna tar fram en låda leksaker och försöker få barnet intresserad. Läkaren säger att barnet ska vaccineras. Anna reser sig och går för att hämta vaccin.[...] Läkaren talar med kvinnan och Anna står tyst. Läkaren säger att barnet kan vägas. Anna tar ett par steg tillbaka, kvinnan lägger sitt barn på vågen och Anna väger och mäter det. Hon avvaktar. Vaccinationssprutan är klar. Hon väntar på läkarens klartecken. [...] Läkaren talar om kost till små barn. [...] Anna öppnar dörren och ropar upp namnet på nästa barn.[...] Anna rör sig hela tiden runt i rummet mellan barnet, arbetsbänken, skrivbordet och arbetsuppgifterna löser av varandra. Hon står beredd att agera då läkaren avgör när det ena och andra ska göras. Läkaren sitter vid Annas skrivbord under större delen av mottagningsarbetet. Varje besök tar ca 15 minuter. Anna slussar in och hon slussar ut barn och föräldrar. Det ska vara ”flyt” på mottagningen säger hon
(Obs- 57)

Med osynliga trådar binds de olika sysslorna ihop och bildar ett mönster för hur kontroller av barnens hälsa sker. Med funktionen att assistera anpassar sig distriktsköterskan till läkarens önskemål och anvisningar och genom att ge akt på det som sägs och görs upprätthålls en arbetsdelning som är vanlig vid hälsokontroller.

Att vara spindeln i nätet är också att vara nätverksansvarig och att initiera utveckling av sociala nätverk, där det framförallt handlar om mödrars behov.

Siv: [...] det finns ett behov...alltså vi måste tänka på att det sociala nätverket ser annorlunda ut. Vi har ju yrkesutbildade äldre kvinnor som flyttar in här och så får dom barn och dom har varit hemma på dagarna. Dom har varit ifrån jobbet en tid och när dom kommer hit känner dom ingen. Morföräldrar långt härifrån och dom behöver nätverk...eh... starta nätverk

A-C: Kommer Din roll in där menar Du?

Siv: Ja!

(I – 8)

Flera av distriktssköterskorna menar att de verkar i en ”helhet”, ett vanligt uttryck för vad som karakteriserar det yrkesspecifika och som ger ytterligare ett meningsinnehåll åt att se sig som en spindel i nätet.

Lisa: [...] barnhälsovården det är ju ...det är ju...barnhälsovård det är ju en form av, upplever jag...att vara spindeln i nätet, för barnbiten blir så speciell. Man finns ju där nästan lika mycket för föräldrarna som man finns där för barnen men jag vet inte om det alltid har varit så...men jag tycker i alla fall att det kommer mer och mer från mammor när det gäller dom själva och relationer och familjer och så än det var tidigare. Det är möjligt att det är så men det är bra att ha med hela familjen och vi jobbar efter att dom ska få en bra start och må bra och man ska vara den där som...vara det första ledet, tycker jag då.... [...] Jag kan tänka så här...att märker man med tiden att det ändå är det bästa för mamman så.... [...] vi följer barnen till dom är fem och ett halvt år, vi följer familjen väldigt länge...men jag tycker naturligtvis att det som är bäst för mamman [...] om det nu handlar om mammans hälsa.... [...] helheten...hela familjen...ja...

(1 – 9)

Lisa gör en beskrivning som är vanlig och som markerar distriktssköterskornas medverkan i sammanhanget. Som symbolen för yrket, spindeln i nätet, framställer de sig själva som varande i händelsernas centrum. De talar om att finnas till hands och att vara det första ledet dit barnfamiljer vänder sig. Med familj avses oftast mödrar och barn, att tala om familjer är att tala om mödrar. Det finns en assymetri i närvaron av föräldrar inom barnhälsovården, vilket flera av distriktssköterskorna uppmärksammar. Det är i första hand mödrarna tillsammans med barnen som representerar familjerna och beskrivningarna om helhet som en mamma-pappa-barnkonstellation mister stundtals sin innebörd. Det är mellan mödrarna och distriktssköterskorna som en intimitet upprättas, där distriktssköterskornas egna erfarenheter som mödrar leder till att de balanserar mellan dessa och sin professionella kompetens. Det visar sig i tal och handling och medför att distriktssköterskorna förhåller sig till arbetsuppgiften på olika sätt. Å ena sidan ger yrkeserfarenheten mandat att avgöra vad som är rätt och fel, å andra sidan ligger de privata erfarenheterna till grund för förståelsen av mödrarnas situation, oavsett om båda föräldrar eller endast mödrarna besöker BVC med sina barn. Detta skulle kunna förklara varför distriktssköterskorna är mindre observanta på sitt eget och föräldrars agerande, för hur könsroller och förväntningar iscensätts.

Det är distriktssköterskemottagning på BVC [...] Ett föräldrapar kommer in i Lisas rum och hon frågar ”hur har vi det”. De hälsar på varandra och Lisa tittar i barnets journal samtidigt som hon frågar ”pappa ta vikten?” Jag anar en uppmaning mer är en fråga. Mannen tar spädbarnet och lägger det på vågen och väger. Lisa utbrister ”jag hörde inte pipet”. Hon menar ljudet från vågen som markerar att vägningen är klar. Hon reser sig och går fram till vågen, assisterar mannen och gör själv en ny vägning och säger ”pappa lilla...blöja på först” (barnen vägs med blöja på) [...] Mannen sätter upp ett syskon som är med på vågen. Han väger barnet och skojar lite. [...] Kvinnan frågar om barnets utslag. [...] Lisa skriver upp namnet på en salva och säger: ”lapp till pappa...tillägger: och mamma förstås”.

(Obs – 18)

När båda föräldrar närvarar vid besöken på BVC uppfylls tanken om ett ”helhetsperspektiv” på familjen och även då binds egna erfarenheter samman med yrkeserfarenheter och professionell kompetens. Gränsen mellan dessa tunnas ut när distriktssköterskan ger adekvat information och rådgivning, samtidigt som hon kommunicerar med föräldrarna på ett familjärt sätt. Det är ett exempel på hur hennes professionalitet konstrueras, samtidigt som traditionella könsroller kan utmanas då fäderna deltar. Deras medverkan är enligt distriktssköterskorna viktig, men när de deltar rättas de in i en ordning med kvinnliga förtecken. För mannens del innebär det att han blir fråntagen uppgiften att väga, trots uppmaningen, och efter att ha blivit korrigerad flyttar han istället sin uppmärksamhet till det äldre barnet. Det kan tolkas som en revirmarkering från distriktssköterskans håll, att det är viktigare att åtgärden blir korrekt utförd än att mannen försöker igen. Samtidigt är det ett exempel på hur kvinnligt och manligt konstrueras, i föreställningar om kvinnlig respektive manlig omsorgskompetens. Det ger även ett innehåll åt distriktssköterskornas beskrivningar av vad som karakteriserar ”förmågan att ta den andres perspektiv” och att vara i centrum. Samtidigt skapar det förväntningar från båda håll och för distriktssköterskorna innebär det ett gemensamt ansvar med föräldrarna för barnens utveckling. Mödrarna, som förväntas komma på regelbundna hälsokontroller med sina barn, förväntas också följa de rekommendationer som ges. Möjligheterna att verka för ”familjens bästa” garanterar en hög mödrakontakt, medan kontakterna med fäderna däremot inte är lika omfattande, tvärtom beskrivs dessa som bristfälliga. Distriktssköterskornas funktion att förmedla kontakter och hänvisa barnfamiljer till andra yrkesverksamma personer inom barnmedicinsk verksamhet är tydlig. Som spindeln i nätet blir de emellertid ensamma om att ta tag i problem som de menar borde remitteras vidare till andra yrkespersoner.

[...] Vi sitter på Lisas rum och väntar på nästa barn och förälder. Lisa berättar om familjer som kräver extra insatser och stöd. Om hur ensam hon känner sig då. Hon berättar om en familj med svåra relationsproblem och hur oron återspeglas i barnen. Hon talar om deras symtom på ohälsa och vilka medicinska effekter som hon identifierat. Om sitt ansvar i en sådan situation, att hon ofta får göra mer än vad en BVC-sköterska egentligen ska göra. Att det inte är hennes ansvar att verka som en psykolog eller läkare men när ”det är svårt att få med doktorn på problemet” så...”det känns som att arbeta med bakbundna händer” [...] ”Med hänsyn till barnens bästa tar hon ansvar för det som inte är hennes arbetsuppgifter”, säger hon.

(Obs – 20)

Relationsproblem identifieras som ohälsoproblem eller medicinska symtom och ses som arbetsuppgifter för i första hand psykolog eller läkare, inte för distriktssköterskorna. Men i avsaknad av deras medverkan riskerar distriktssköterskornas relationsstödjande funktion att överskuggas av terapeutiska insatser och medicinskt utredningsarbete.

Att se sig som en spindel i nätet medför också att en del av distriktssköterskorna tar ansvar för bemanningen av läkarmottagningarna inom barnhälsovården, där det stundtals saknas läkare. Vissa distriktssköterskor ser det som ett problem som kan lösas genom kvinnlig ”list och flört”.

[...] Anna berättar om distriktssköterskornas olika arbetsuppgifter. Sådana som inte syns, säger hon. Det handlar om organisering av BVC mottagningarna, om att skaffa läkare till dessa när ordinarie läkare av någon anledning inte kan komma. Jag ber henne förklara och Anna säger att det handlar om att hon ”fiskat” efter läkare på egen hand, att hon får gå runt och ”flörta” med läkare på läkarmottagningen för att täcka deras kollegors frånvaro på BVC. Det känns inte bra, säger hon.

(Obs – 25)

Med betydelsen ”spindeln i nätet”, modifierar distriktssköterskorna sin professionella kompetens, vilket innebär att de tar stöd av sina kvinnliga erfarenheter.

A-C: Tidigare sa Du att Din funktion kunde beskrivas...att Du var en förlängd arm för föräldrar som inte har mor eller farföräldrar i närheten...Du talade om att vara en ställföreträdande, mormor eller farmor...

Gerd: Ja ja! Man kan kalla det det...om man ser tillbaka var ju mormor och farmor en vägledare i att... när man själv skaffade barn tycker jag...det här att dom fanns till hands och när dom inte har någon kanske, att fråga eller kan lita på, att man är en ställföreträdare...och kanske en vägledare....

A-C: Skulle det kunna vara det specifika, tror Du i att vara distriktssköterska, ha den funktionen i samhället som det är idag?

Gerd: Ja, ja...för att om jag då tänker lite tillbaka också när man jobbade med äldre då kunde man uppleva sig som en ställföreträdande dotter...ja...

A-C: Och nu byter Du...?

Gerd: Ja nu...så att eh...beroende på vem man möter så att säga och ibland är man en ...ja en väninna med lite mera kunskaper inom det området där dom söker hjälp just nu...ja...och ja...alltså att undervisa eller lära ut det man själv kan så att dom ska kunna fixa det själva sedan...

(I – 5)

Distriktssköterskornas funktion kan således se olika ut beroende på vilken vårdtagare det handlar om, men syftet är ändå detsamma; att utveckla andras kompetens. Kopplingen till att vara som en dotter eller väninna i rollen som distriktssköterska, leder till att det är det kvinnliga som ger innehåll åt omvårdnadsarbetet.

I distriktssköterskornas yrkesidentitet finns såväl kvinnliga erfarenheter som professionell kompetens. Vissa distriktssköterskor sätter snävare gränser kring yrkesutövningen, andra gör bedömningar som innebär att de är på gränsen till läkares medicinska befogenheter. Att flera distriktssköterskor även identifierar läkares arbetsuppgifter som sina egna innebär att de påtar sig ansvaret för arbetsuppgifter som andra menar inte hör hemma i barnhälsovården eller är distriktssköterskors ansvar. Variationen av förhållningssätt innebär att yrkesgränsen blir otydlig, vilket distriktssköterskorna beskriver som ett dilemma. De menar att de befinner sig i en ”gråzon” och att de ”har ett ben i varje yrke”, vilket stundtals innebär svårigheter att avgöra vem som har det huvudsakliga ansvaret i ett ärende.

Vi talar om BVC, om det yrkesspecifika och om distriktssköterskans funktion i barnhälsovård [...]

Lena: alla har ju sitt specialområde, så jag går ju och ber om hjälp, jag har ju aldrig blivit utbildad att lyssna på lungor men det kan ju Anna (distriktssköterska) mycket bättre. Då går jag och hämtar henne. När det kommer föräldrar med barn som varit förkylda en längre tid och dom (föräldrarna) undrar behöver det här barnet komma till läkare. Då brukar hon (Anna) hjälpa mig att lyssna. Medan jag har sysslat med bullerskadeutredningar, mycket öron och då går hon hämtar mig om det gäller att titta i öron, i barns öron. Hur trummhinnan och det...om det är öroninflammation. Var och en har ju sin lilla nisch. Man kan komplettera varandra, väldigt fint på en sån här arbetsplats....men som sagt va...det är ett evigt lärande...

(I – 11)

Genom vardagliga normer och förväntningar, egna såväl som andras, styrs distriktssköterskorna mot en funktion som ”miniläkare”. Att ”kunna lite om allt” och att användas där det finns behov, under parollen ”distriktssköterskan som en allt i allo”, upprätthåller deras yrkesfunktion.

A-C: Det specifika i att vara distriktssköterska?

Lisa: Man kan lite om allt tror jag, man är ju...det är återigen det här, en allt i allo....spindeln i nätet

A-C: Ser Du någon risk i att vara spindeln i nätet?

Lisa: Att man används lite överallt [...] det känns inte bra att vara doktors förlängda arm. Det gör det inte.

(I - 9)

Att se sig själv som en ”spindel i nätet” har inte bara en innebörd i arbetet riktat mot barn och föräldrar, utan har också ett personligt meningsinnehåll. Genom sitt kontaktnät kan distriktssköterskorna söka råd och stöd hos andra yrkespersoner. Det innebär att de i sin yrkesprofession kan ta stöd inte bara av den egna kompetensen utan även av andra yrkesgruppers.

Anna: [...] Jag kan få råd av en läkare om jag behöver nån stöttning. Vi (dsk:or) har ett stort nät.... Vad ska jag säga...kontaktpersoner, vi har barnmorskan som har haft den här mamman, vi kan gå tillbaka till barnmorskan som haft den mamman. Ge mig lite råd. Vad ska jag göra? Hur ska jag se på detta?. Psykologen... [...]

A-C: Hmm....Du säger...Du kan få råd och stöd från barnmorska och doktor....ser Du det omvända...Din funktion...är det andra som söker Ditt råd?

Anna: Ja det är psykologer, socialsekreterare, logopeder [...] kan till exempel vara en mamma som barnmorskorna haft lite problem med och undrar hur går det för henne?...socialsekreterare...

A-C: Vad är det dom undrar över?

Anna: Ja det kan till exempel vara en mamma som barnmorskorna haft lite problem med och undrar hur går det för henne?...socialsekreterare...[...] det kan vara bäckenbottenträning och annat.

(I - 1)

Distriktssköterskorna framstår som en informationskälla som kommer andra till del. De blir genom sin personkännedom om framförallt mödrar en länk mellan dem och andra vårdgivare.

Hälsa- och sjukvårdsarbetet riktat mot vuxna

Att arbeta med hälso- och sjukvård riktad mot vuxna innebär att distriktsköterskorna närmar sig medicinska frågor och problem. I egen mottagningsverksamhet kan de genomföra vissa utrednings- och behandlingsåtgärder, i samråd med vårdcentralens läkare. Deras informativa och kontrollerande funktion får en mening när de arbetar med hjärt- och kärlsjukdomar och överviktsproblem, samtidigt som flera påpekar vikten av att problematisera livsstilsfrågor. Samtidigt som de är självständiga, är flera av dem medvetna om att det medicinska perspektivet riskerar att överordnas hälsoperspektivet. Med dessa dubbla perspektiv liknar deras arbetsuppgifter stundtals läkares, medan arbetet med egenvårdsfrågor är mindre framträdande.

I arbetet riktat mot vuxna vårdtagare har distriktssköterskorna nytta av sin farmakologiska kompetens. Rätten att förskriva vissa läkemedel och sjukvårdsmaterial beskrivs som en möjlighet och som något som skiljer deras arbetsuppgifter från sjuksköterskors. Medicinsk utbildning skapar trygghet.

A-C: [...] Som Du kan se...aha det här är kopplat till att jag har en vidareutbildning, en kunskap som jag kan nyttja i situationen....som gör att dom som ringer blir nöjda?

Kajsa: Eh...jag vet inte riktigt men.... [...] det är väl mer dom där medicinska bedömningarna som kan vara lite...jag kan känna mig mera trygg med farmakologin, det gör man inte som sjuksköterska... [...] jag kan mer om läkemedel ...patienter ringer om biverkningar och och ...det kan jag känna...det tycker jag är ganska roligt så att...det är ganska roligt att prata om det och liksom förklara det här penicillinet eller antibiotikan ...dom tar penicillin för allting...man försöker förklara ...det här...det verkar så här... Du kan ta det....och man har någonting att stå på men man kan ju inte använda facktermer...

A-C: Hmm...vad är...vad menar Du med facktermer här?

Kajsa: Farmakologiska facktermer...kan man ju inte använda då...

A-C: Till patienten?

Kajsa: Till patienten kan man ju inte använda då. Utan man försöker förklara på ren svenska om man säger så...[...]man får gå igenom lite noggrannare...inte bara sitta med dom i telefonen, utan man har en kontakt, en professionell kontakt på telefonen...

(I- 4)

Distriktsköterskorna är medvetna om sin funktion i farmakologisk rådgivning och upplysning och de menar att budskapet måste ”landa hos vårdtagaren”. Med samma intention som distriktsköterskor har, att ”ta den andres perspektiv” i barnhälsovårdsarbetet, vill de att den vuxna vårdtagaren ska

”förstå från sitt håll”. Det språkliga får en stor betydelse. Genom att tala svenska och inte använda farmakologisk terminologi främjas förståelsen ur vårdtagares synvinkel, något som sker då distriktssköterskor arbetar enskilt med vårdtagare.

I mötet med vuxna vårdtagare och deras specifika problem framstår distriktssköterskorna som en samtalspartner och informatör.

Hälso- och sjukvårdsmottagning: [...] Kvinnan ligger på britsen. Pia sätter på blodtrycksmanschetten, mäter och säger värdet. Frågar hur kvinnan mår. Hon svarar och Pia ställer sedan en fråga om kvinnans medicin. Kvinnan berättar och Pia kommer in på vilka värden som hon menar är bra ur blodtryckssynpunkt och fortsätter med att beskriva hur ”man” mår om trycket är för lågt eller för högt. Säger att kvinnans blodtryck är normalt. [...] Kvinnan undrar om hon kan få hjälp med ett nytt recept.

(Obs – 4)

Distriktssköterskorna blir förbindelseledningar mellan vårdtagare och läkare och trots att de uttrycker att alla människor är olika som individer, kan arbetsuppgifter som rör exempelvis blodtryckskontroller upplevs som enformiga.

Pia: [...] Det har blivit lite enahanda ibland...ja med...ibland har vi alla blodtryck, ja det är lite enahanda ibland. Även om det handlar om människor så är det inte samma människor men att tala om samma sak hela tiden...

(I – 10)

Att bedriva hälso- och sjukvård för vuxna innebär att distriktssköterskorna tar ett stort ansvar för medicinska hälsokontroller. Blodtryckskontroller tar stort utrymme i deras mottagningsverksamhet, som ett återkommande ohälsoproblem. Distriktssköterskornas medverkan i medicinska kontroller bidrar till att dessa ärenden blir färre för läkarnas del. Läkarna kan ägna sig åt andra arbetsuppgifter, samtidigt som organisationen framstår som mera tillgänglig för vårdtagarna.

Lisa: [...] Om man hade arbetat på det sättet man gjorde tidigare. Med att man hade en doktor som konsult, hade en med eget områdesansvar, man skötte allt, bokade sina patienter till sig själv... [...] Då kunde man va en resurs, att va den där förlängda armen. Då kunde man ta dom lättare bedömningarna, skriva ut sina hjälpmedel och så, vi skötte väldigt smidigt och lätt men idag har det blivit så uppdelat. Det kommer att bli så splittrat. Man ska ta just det som kommer in på vårdcentralen, så sitter man och bokar varandras patienter [...] nu känns det inte bra att var doktors förlängda arm, det gör det inte. [...]

Man hade en doktor som konsult...man hade lite kontroll....

(I – 9)

I stort sett är det samma arbetsinnehåll nu som tidigare, ett innehåll som distriktssköterskorna menar är karakteristiskt för yrket, exempelvis att göra lättare medicinska bedömningar och förskriva tekniska hjälpmedel. Enligt Lisa handlar det emellertid om att hon idag ser sig själv som en förlängd arm till läkare, vilket inte är bra ur hennes synvinkel. Det skulle kunna förklaras av att det numera finns datoriserade bokningssystem, som gör det möjligt för personalen på läkarmottagningarna att direktboka vårdtagare till distriktssköterskorna utan att tillfråga dem. Det är således andra som tilldelar dem arbetsuppgifter som de tidigare själva fattat beslut om, vilket gör att de upplever att de tappat kontrollen över styrningen av arbetet. Ökningen av medicinska kontroller kan vara en annan förklaring. Jämfört med att tidigare haft möjligheter att själv bestämma hur och när läkares kompetens skulle användas, handlar det numera om det motsatta, att vara ”till hands” för denna yrkesgrupp. Tidigare kunde de själva påverka sina omständigheter. Nu påverkar omständigheterna dem och deras autonomi minskar. Utsagor visar att distriktssköterskorna känner sig styrda av att arbetet organiseras av andra, men som kvinnliga distriktssköterskor rättar de sig efter de krav som ställs.

Ulla: Man är styrd. Det finns ju vissa saker man måste göra. Man måste finnas till hands och ...eh..då är man ju styrd av det

A-C: Vem är det Du ska vara till hands för...eller vad är det för uppgifter Du ska vara till hands för?

Ulla: Ja det är ju bland annat...att vara till hands för doktorerna. Det måste ju fungera för patienternas bästa tycker jag.

(I- 3)

Arbetsgivarens mål om en effektiv och ekonomiskt försvarbar organisation leder till att distriktssköterskorna förväntas ersätta läkarmottagningarnas sjuksköterskor vid frånvaro och ledighet. Det innebär en utmaning för vissa, andra ställer sig kritiska. Några menar att det medför ännu otydligare yrkesgränser, andra menar att det breddar deras yrkeskompetens och medför individuella vinster. Anna menar att arbetet riktat mot vuxna vårdtagare får ett annat innehåll, vilket upplevs som spännande.

[...] Vi talar om två 80% distriktsskötersketjänster som försvunnit och att man får täcka upp för varandra. Inga vikarier finns vid frånvaro. De hjälper varandra.

[...] Anna säger ”nu ska jag ju vaccinera också” Jag undrar om hon menar influensa-vaccinationer som ges till vuxna vårdtagare på vårdcentralen och hon svarar att det handlar om det. För egen del innebär det att hon blir schemalagd ett antal

veckor framöver på läkarmottagningen för detta arbete men, säger hon, ”jag är ju sån...jag vill ju vara med överallt...jag tycker det är spännande”... jag vill ju vara överallt” Jag undrar vad som då händer med hennes ordinarie arbete och hon menar att vissa arbetsuppgifter får lov att komma i andra hand.

(Obs – 39)

Samtidigt som de egna arbetsuppgifterna inskränks, till nackdel för distrikts-sköterskans vårdtagare, kommer deras insatser läkarmottagningens vårdtagare till godo och konkreta och mätbara vårdinsatser kan utföras. På kortare sikt kan detta naturligtvis ses som positivt, medan det på längre sikt kan medföra ännu otydligare yrkesgränser och därmed kan leda till att vårdtagare inte vet vart de ska vända sig. När distriktssköterskor ersätter sjuksköterskor sker en principiell markering av vilket arbete som ses som mest betydelsefullt. Den problematik som distriktssköterskorna till vardags konfronterar inom sin egen mottagning, anpassas till läkarmottagningarnas normer, vilket leder till att de själva får svårt att lösa vårdtagares problem utan att först tillfråga andra.

A-C: Det här som vi kom in på...det specifika...?

Sonja: Det är ju självständigheten. Det är ju det att man sitter där (på läkarmottagningen) och det är väl det som...jag märker att när jag vikarierar och sitter i telefonen, eller som mottagnings-sköterska så är jag mera låst. Beter mig på ett annat sätt...

A-C: Vad är det som skiljer?

Sonja: Jag vet inte, ja men...där (på läkarmottagningen) gör man mer enligt rammarna. Får inte göra så...och det enligt doktorn och så kan man inte säga och så får man inte göra och Du måste fråga och så vidare men här (i den egna verksamheten) ...det gäller bara att lösa problemet liksom...

(I – 7)

Organisationens regelsystem påverkar således inflytande och autonomi. Genom Sonjas anpassning till ordningen ändrar det hennes yrkesroll och funktion. Den kompetens hon har att lösa problem underordnas principen om att andra och framförallt läkare vet bättre. Utsagor visar att distrikts-sköterskorna gör skillnad på sig själva och på sjuksköterskor som inte har distriktssköterskeutbildning. I distriktssköterskornas gemensamma diskussioner är de flesta överens om att de inte skall ersätta sjuksköterskor inom läkarmottagningarnas verksamhet. I praktiken är detta ändå något som sker. Den kollegiala enighet som tidigare uttalats omvärderas, vilket får yrkesgränsen att framstå som svårdefinierad. Den egna specialistutbildningen framstår som specifik, samtidigt som den är så diffus att den inte riktigt kan greppas.

Lisa: [...] våran yrkesidentitet, den kommer att försvinna, att den är uppdelad i småbitar, att vi egentligen inte vet om det känns bra för vi vet inte var vi hamnar i slutändan. Det är ju så. [...] Det här är min specialité, där har jag min specialistutbildning, den känns väldigt bred idag, man inte riktigt greppar vilket man hade gjort om man läst anesthesi eller IVA eller så. [...] Barn, ungdom där vet du säkert, det här ska jag jobba med men distrikten den är diffus [...] jag tror att det beror på att man inte riktigt vet, vart tar distriktssköterskan vägen vad ska det bli. Bli det mottagnings-sköterska, hemsjukvård....

A-C: [...] hmm...vad ska Ni göra för att förhindra det ?

Lisa: Ja...vad ska man göra...jag tror att vi först och främst måste vara eniga, att vi gemensamt måste komma fram till vad vi själva tycker...

(I – 9)

Att bedriva hälso- och sjukvård för vuxna innebär enligt utsagor en medvetenhet om egenvårdens betydelse för människors hälsa. Det är emellertid få observationer som visar att distriktssköterskor ställs inför situationer där syftet är att främja egenvårdsresurser i samband med att en vårdtagare har ett medicinskt eller kirurgiskt problem. Vårdtagare efterfrågar information om läkemedel och dosering, behandlingsresultat o.s.v. Egenvårdsfrågor diskuteras endast i undantagsfall, vilket är särskilt tydligt när det gäller äldre vårdtagare.

Siv: Jag ser ju att vi kan jobba gentemot familjen och att det är bra att ha distriktssköterskor för att då kan man ju ge lite råd som gäller mamma och pappa och dom äldre syskonen [...] men se till att täcka det där lilla glappet mellan vuxna och när man är gammal för där finns ju inget....inget som distriktssköterskan gör där...

(I – 8)

Observationer visar att problem som påverkar människors dagliga liv, såsom inkontinensbesvär, hjärt-kärlproblem, bensår mm, inte är något som organiseras som pedagogiska arbetsuppgifter där vårdtagare, enskilt eller i grupp, kan utveckla sin egenvårdskompetens med hjälp av distriktssköterskornas insatser. Inkontinensbesvär är ett relativt vanligt problem, vilket innebär att flera av distriktssköterskorna ansvarar för förskrivning av inkontinenshjälpmedel och när vårdtagare besöker dem i ett sådant ärende, sker arbetsuppgiften i ”bruset” av vad som för övrigt händer på mottagningen.

Sjukvårdsmottagning [...] En kvinna kommer in i väntrummet och Pia som står i dörren frågar vad hon vill. Kvinnan säger att hon önskar förskrivning av ett inkontinenshjälpmedel. Pia svarar att hon inte hinner nu, att hon har en dålig patient inne på sitt rum. Kvinnan säger att hon förstår och ber om en annan tid. De står i korridoren utanför Pias rum. Pia vet inte vad hon ska göra [...] säger att hon tvekar. Kvinnan avvaktar. Dörren står på glänt in till Pias rum där mannen och

hans anhörig är kvar. Pia tar fram ett anteckningsblock och ber kvinnan om namn och jag hör att hon säger att hon antecknar vad problemet handlar om. Jag sätter mig i ett tomt rum med dörren öppen till korridoren där de står kvar. Jag vill inte störa. Pia fortsätter att tala lågmält med kvinnan men jag kan ändå höra att hon informerar om vad som händer med urinblåsan vid trängningar, hon talar om anatomin och förändringar i muskulaturen. Kvinnan ställer en fråga och Pia ger råd om hur kvinnan ska träna på egen hand och att hon förmodligen kan avvakta med inkontinensskydd. "Börja träna" säger Pia igen.[...] Det tar i dörren till vänt-rummet. Någon kommer och Pia sänker rösten, ger ett råd om blåstråning igen och så avslutas samtalet. Kvinnan tackar för hjälpen. Samtalet har tagit 8-10 minuter. Jag går ut i korridoren. Pia vänder sig till mig och säger att hon tycker att det är konstigt att ambulansen tar så lång tid.

(Obs – 28)

Åtgärden framstår som en "akutlösning", där bristen på tid medför att distriktssköterskans pedagogiska funktion kommer vårdtagaren till godo på ett sådant sätt att undervisningen mister sin djupare betydelse. Förväntningar om att vara till hands och snabbt ge svar är vanliga i medicinska och akuta behandlingssammanhang, vilket skulle kunna förklara det som sker. Observationer visar att det finns svårigheter i att förankra och avgränsa pedagogiska arbetsuppgifter, trots det kunnande distriktssköterskorna oftast har kring problemet. Det skulle kunna planeras som en utbildningsaktivitet vid annat tillfälle än vid observationen, med möjligheter för delaktighet och reflektion.

Sammanfattning

Distriktssköterskornas avgränsade mottagningsverksamhet har såväl en symbolisk som en funktionell betydelse. Lokalfrågan förknippas med "gamla tider och traditioner" och med distriktssköterskemottagningar långt från andra sjukvårdsinrättningar, något som idag är förändrat, men som fortfarande skapar mening i deras yrkesutövning. Genom att stänga dörrarna till egna lokaler, menar flera av distriktssköterskorna att deras självständighet kan upprätthållas och att gränser till läkarmottagningarna och läkarnas arbetsuppgifter kan dras. En rumsligt avgränsad plats innebär status och makt att styra arbetets organisering.

Det är emellertid en idealiserad bild distriktssköterskorna ger. I verkligheten suddas yrkesgränserna ut och de får en ersättande funktion som i själva verket gör dem mer beroende av läkarmottagningarnas göromål och mindre

självständiga. De själva prioriterar, eller tvingas av organisationen att prioritera, andra arbetsuppgifter samtidigt som deras folkhälsoarbete minskar i omfattning. De styrs av läkarmottagningarnas arbetsstruktur, samtidigt som deras kompetens kommer till nytta, framförallt när tillgången till läkare är begränsad. Att platsen har så stor betydelse för den professionella yrkesutövningen som flera hävdar, syns inte i observationerna. Dessa visar att hälsoarbete bedrivs både av distriktssköterskor som arbetar på läkarmottagning och av distriktssköterskor som prövar okonventionella arbetssätt, exempelvis att genomföra målgruppsanpassat hälsoarbete utanför ordinarie mottagningslokaler. Distriktssköterskornas mottagningslokaler mister därmed sin betydelse och det rumsliga sin garanti för yrkesmässig frihet och självständighet. Däremot får närheten till läkarmottagningarna distriktssköterskornas mottagningsverksamhet att framstå som en ”mini-läkarmottagning”, underordnad medicinska principer och läkarnas auktoritet. Det innebär att det finns ett maktcentra som ger ”ringar på vattnet” och gör det svårt för distriktssköterskorna att hitta sin plats i teamet.

Idealen upprätthåller också bilden av distriktssköterskan som en yrkesperson vars funktion är att verka mellan ”vaggan och graven”. Förutom yngre föräldrar är de flesta vårdtagare medelålders eller något äldre. Deras ärenden gäller i högre utsträckning ohälsoproblem än svårare medicinska sjukdomar eller palliativa åtgärder. Enligt utsagor innebär det att distriktssköterskor har en pedagogisk funktion att fylla och att det finns behov av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Observationer visar emellertid att hälsoarbete inom denna åldergrupp är mindre förekommande, men däremot fyller distriktssköterskorna en assisterande och kontrollerande funktion i arbetet med utvecklingskontroller inom barnhälsovården. De balanserar dessutom tillgången och efterfrågan av läkare på BVC och i arbetet riktat mot vuxna upprätthåller de en komplementär funktion som läkarens ”förlängda arm”. Samtidigt som genusordningen i förhållandet mellan distriktssköterskor och läkare synliggörs, får traditionella könsroller fäste i arbetet riktat mot föräldrar. Under devisen ”spindeln i nätet” knyts kvinnlig kompetens till det professionella innehållet i barnhälsovården. I hälso- och sjukvårdsarbetet riktat mot vuxna leder avsaknaden av kollegial maktutövning till att distriktssköterskor stundtals får en ersättande funktion som sjuksköterska.

TEMA 2: ARBETETS STRUKTUR

Tema två handlar om arbetsstrukturen i distriktssköterskornas yrkesvardag. Deras arbete kan beskrivas som ett samarbete med arbetskamrater, läkare, vårdtagare, föräldrar och externa konsulter. Observationer visar att distriktssköterskornas yrkesroll och arbetsuppgifter inom barnhälsovården påverkas av traditionella värderingar om könsroller. Beroende på vem eller vilka som deltar i samarbetet får distriktssköterskorna antingen en huvudroll eller en biroll. När de samarbetar med läkare anpassas deras medverkan. De lämnar sin roll som pedagog till förmån för en roll som åhörare. Samtidigt blir deras kvinnliga kompetens som mamma och värdinna betydelsefull.

TEMA: ARBETETS STRUKTUR

Subtema	Kategori
Samarbete och olika roller	<ul style="list-style-type: none"> - Att inneha huvudrollen - Att inneha birollen - Att inneha åhörarrollen
Samarbete och kompetens	<ul style="list-style-type: none"> - Kvinnlig kontra manlig kompetens - Mammakompetens - Vårdinnekompentens

Figur 4.3: Tema 2: Arbetets struktur

Samarbete och olika roller

När distriktssköterskorna samarbetar med läkare, vårdtagare, studenter och föräldrar växlar de mellan en huvudroll och en biroll. Det innebär att deras arbetsuppgifter stundtals ändrar karaktär, vilket är särskilt tydligt när de samarbetar med läkare. Hälsoarbetet underordnas medicinska utredningsåtgärder och för distriktssköterskor innebär närvaron av läkare och externa konsulter i barnhälsovården att de själva blir åhörare. Denna roll kommer till uttryck även när internutbildning pågår i organisationen.

Att inneha huvudrollen

Huvudrollen innebär att vara pedagog. Distriktssköterskornas pedagogiska ansvar framträder tydligt gentemot studenter, vårdtagare och föräldrar. Observationer från barnhälsovården visar att distriktssköterskorna tar ett aktivt handledaransvar, vilket innebär att studenterna deltar i arbetets planering och genomförande.

Mottagning-BVC: [...] Distriktssköterskan och distriktssköterskestudenten sitter tillsammans vid skrivbordet. De talar om studentens återstående praktikdagar och distriktssköterskan planerar hur de kan struktureras på bästa sätt och vilka arbetsuppgifter som kan vara aktuella. De går igenom aktuella journaldokument som används vid BVC och studenten ställer frågor. De resonerar och diskuterar vad som ingår i BVC- verksamheten, rutiner och arbetsuppgifter och distriktsköterskan berättar om sina erfarenheter. De kommer överens om att studenten ska sköta förmiddagens mottagningsverksamhet.

(Obs – 5)

Distriktssköterskan styr innehållet i mottagningsverksamheten. På hennes initiativ uppmanas både studenter och föräldrar att delta aktivt i hälsokontrollerna. Barnens vikt och längdutveckling kontrolleras, mödrar informeras om vaccinationer och läkarkontroller. De uppmanas att sitta ner i besöksstolar och själv placerar sig distriktssköterskan mittemot, vid det egna skrivbordet. Distriktssköterskan delegerar vägningen av barnen till studenterna eller föräldrarna, medan de oftast själva mäter huvudomfånget på barnen och dokumenterar aktuella mätvärden i journaler och hälsokort. Mindre erfarna studenter uppmanas att se och känna på barnen i lärosyfte, assistera vid behandlingar o.s.v. Mer erfarna studenter ges ett större ansvar och på egen hand genomför de arbetsuppgifterna, med distriktssköterskan vid sin sida.

BVC-mottagning: Studenten lägger barnet på vågen och frågar modern om hon fortfarande ger sitt barn AD-droppar. Väger barnet och säger värdet. Distriktsköterskan sitter vid skrivbordet och säger att hon kollar föregående värde och berättar att barnet nu gått upp 20 gram. Kvinnan är tyst. Studenten uppmanas att mäta barnets huvudomfång och längd. Vänder sig mot distriktssköterskan som säger att hon fyllt i aktuella värden i barnets hälsokort [...] Studenten sätter sig ner och dokumenterar i BVC-journalen. Distriktssköterskan uppmanar kvinnan att ställa frågor. [...] Studenten visar vad hon noterat i journalen och distriktsköterskan läser och ger beröm ”kanon! mycket bra skrivet! Är det för att Du går i skolan som Du lärt Dig att dokumentera?”. De skrattar och distriktssköterskan tillägger: ”det är så här vi brukar skriva”. Jag ber att få titta på anteckningen där

det står följande under respektive rubrik: sömn: bra, hud: torra kinder, nutrition: äter bra, åtgärd: råd om mjuk salva. Besöket har tagit 20 minuter.
(Obs – 5)

Med en struktur som liknar läkares sätt att föra journalanteckningar dokumenteras barnens hälsotillstånd. Strukturen ger en praktisk ordning åt samtalen och undersökningarna på BVC, där frågor om exempelvis nutrition och hudvård diskuteras, vilket innebär att ”det ena besöket blir det andra likt”. Utvecklingskontroller har en lång tradition inom BVC och det är inte enbart distriktssköterskor utan även läkare som genomför dem. Utifrån medicinska förtecken har arbetsuppgiften successivt blivit en del i distriktssköterskornas vardag och som frambärare av en sådan tradition har de gjort arbetsuppgiften till sin egen, varför samma struktur kunnat upprätthållas även i deras individuella hälsoarbete.

Det finns en lång tradition av medicinskt utredningsförfarande inom BVC, vilket skulle kunna förklara varför det normativa innehållet i arbetsuppgiften fortfarande har företräde. Det visar hur strukturer påverkar konstruktionen av distriktssköterskeyrket, genom att arbetsuppgifter som har sin grund i ett medicinskt synsätt är styrande. Att ha huvudrollen är att göra en avvägning mellan relationsstödjande insatser och att lyssna och hänvisa vidare.

A-C: Vilka förväntningar tror Du att andra...föräldrar...har på Dig?

Lisa: Jag tror att dom har förväntningar på allting som rör den nya familjen, både relationer och syskon och det nya barnet och föräldraskapet...hmm

A-C: Hmm...Du är en professionell... dit man kan vända sig om man har frågor om relationer...är det så Du menar?

Lisa: Hmm...

A-C: Det är naturligt att vända sig till Dig?

Lisa: Jaeh.. (skrattar lite) det var en svår fråga nu när Du vände på det så...eh...det är klart att om andra tycker så...förhoppningen är ju att dom ska känna det så i alla fall. Man ska kunna ringa hit va...att man sedan ska kunna lyssna och hänvisa dom vidare...det är en förhoppning

(I – 9)

Med distriktssköterskorna i huvudrollen i barnhälsovårdsarbetet organiseras arbetsuppgifterna på ett sådant sätt att exempelvis hälsokontroller riktade mot barn kan genomföras effektivt. Hälsokontrollerna struktureras och planeras och listor på besökande barn upprättas i syfte att styra tidsintervallet för respektive besök, vilka vanligtvis tar ca 15 minuter i anspråk. Besöken organiseras efter ålderindelning; nyfödda, 2-års kontroll, 4-års kontroll o.s.v.

Observationer visar att distriktssköterskans hälsokontroller av äldre barn inom skolhälsovården genomförs med en liknande struktur som inom BVC, med eller utan föräldrars medverkan.

Distriktssköterskemottagningen [...] Distriktssköterskan berättar för studenten att det snart kommer tre 6-åringar från förskolan för hälsokontroll. Förskolan ligger nära mottagningen och barnen kommer i sällskap med sin lärare. [...] Distriktssköterskan ber den förste pojken att komma in, att han ska sätta sig i stolen och titta på syntavlan. [...] Hörseln prövas och distriktssköterskan säger att han varit så duktig. Besöket har tagit ca 10 minuter. [...] Nästa barn ombeds komma in och samma procedur upprepas. Distriktssköterskan berättar att lokalerna är bra, eftersom de ligger vägg i vägg med förskolan. ”Då kan man klara av en kontroll utan att föräldern är med” säger hon.

(Obs – 17)

Utan föräldrarnas medverkan ställs inga frågor, inga fördjupade samtal sker, och på ett rationellt sätt kan föräldrarna istället informeras skriftligt om aktuella testresultat och mätvärden. Att utföra hälsokontroller på det sätt som citatet beskriver är visserligen mera sällan förekommande, men det visar hur problematisk frågan om hälsoarbets mening är. Utsagor visar att barnhälsovårdens kontrollverksamhet är viktig för att nå ut med hälsofrämjande insatser till barn och föräldrar, samtidigt som arbetsuppgiften kan göras så rationell att den kan ske utan föräldrars medverkan. När inte en personlig kontakt upprättas mellan distriktssköterskan och föräldrarna, riskerar distriktssköterskan att förlora sin huvudroll i samarbetet med föräldrar och barn.

Med distriktssköterskorna i huvudrollen kan arbetet effektiviseras, ibland så effektivt att även sjuka barn som vanligtvis hänvisas till läkarmottagningarna kan erbjudas hjälp från barnhälsovården.

BVC-mottagning: [...] Siv frågar hur det är med barnets öron efter att penicillin-behandlingen avslutats. Hon undrar om barnet fått tid för återbesök på barnmottagningen och tillägger, vänd mot modern, ”skulle det vara något strul, så får Du höra av Dig” Hon tittar i sin kalender och konstaterar att det finns tider på BVC, nästa gång läkaren medverkar. Hon tillägger ”vi kan ju inte sitta här med luckor, då får doktorn kolla öronen här. Det kan ju vara svårt med tider på barnmedicin”.

(Obs – 17)

Observationer och utsagor visar att distriktssköterskor hänvisar sjuka barn med exempelvis allergiproblem, eller infektioner i öron, näsa eller hals, till

BVC-verksamheten av besparingsskäl. På så sätt kan kostnaden för läkarnas medverkan utjämnas, menar de. Av känslomässiga skäl sker också en sådan omprioritering då distriktssköterskorna vill underlätta för föräldrar att få träffa en läkare, framförallt om väntetiderna till annan sjukvårdsverksamhet är långa.

Distriktssköterskorna har också en huvudroll i arbetet med att prioritera vuxna vårdtagare till läkare. När dessa söker hjälp för sina sjukvårdsärenden, kan det vara distriktssköterskorna som avgör vad som är ett ärende av egenvårds-karaktär och vad som tas om hand som ett medicinskt problem.

[...] Vi talar om vad som kan bli distriktssköterskans uppgift när telefonförfrågningar görs från vårdtagare. Kajsa berättar att hon kan ”få svara på allt, till och med något som rör ett övergångsställe inne i X-stad” [...] Hon skämtar med kollegan som går förbi och speglar sig och Kajsa frågar ”ska Du in till Bengt (läkare) eller? De skrattar och Kajsa sjunger ”kärlek på lasarett” [...] Kajsa svarar i telefonen som ringer och jag ser att hon kollar läkartider på dataskärmen samtidigt som jag hör att hon hänvisar till en tid på läkarmottagningen. Det handlar om en vårdtagare med en vaxpropp i örat och jag undrar om ett sådant problem alltid tas om hand på läkarmottagningen, eller om råd om egenvård kan ges. Kajsa svarar ”jo...men idag fanns det ju gott om läkartider”.

(Obs- 15)

Som social praktik omfattas distriktssköterskornas arbetsplats av en mängd olika betydelser. De ingår som yrkespersoner i ett system av värderingar, normer och traditioner som präglar deras vardag. Med anspelningar om kvinnligt och manligt skapas roller och yrkesidentiteter.

Sjukvårdsmottagningen pågår [...] En man i 70-års åldern och hans jämnåriga hustru som kommer in i rummet. Det gäller mannen som har ett långvarigt och svårläkt sår på armen. [...] Catrin tar bort bandaget, tvättar såret samtidigt som hustrun sträcker på sig för att se hur det ser ut. Hon frågar Catrin om hon inte tycker att någon läkare bör titta på såret. De resonerar en stund och Catrin samtycker. Mannen sitter tyst. [...] Catrin vänder sig mot hustrun och säger att ”det ser bra ut”. [...] Mannen sitter kvar på bänken och knäpper sin skjorta. Catrin tittar på sin dataskärm, vänder sig mot hustrun och föreslår en tid. Hustrun funderar och de blir överens. Mannen säger att det blir bra. [...] Jag frågar Catrin hur hon ser på mannens hälsotillstånd för övrigt och hon berättar att det är gott lik-som hans minne.

(Obs – 46)

Med finstämda antydningar konkretiseras kvinnligt vård- och omsorgsansvar och görs till en gemensam fråga för distriktssköterskan och hustrun.

Professionell och kvinnlig kompetens går hand i hand, samtidigt som Catrins agerande visar hur föreställningar om traditionella könsroller internaliseras i vardagen och skapar betydelse i distriktssköterskornas yrkesutövning.

När kvinnor besöker sjukvårdsmottagningarna med sina ärenden, visar observationer att de så gott som uteslutande kommer utan medföljande anhörig. De talar om sina problem och de uppmuntras att själva tillgodose sina behov och ta ansvar för sin livsstil.

Sjukvårdsmottagningen pågår [...]. En äldre kvinna kommer in i rummet. Hon hälsar igenkännande på Catrin. Kvinnan har fått hjälp med en såromläggning på ena benet sedan en tid. Hon går direkt fram till bänken, kavlar upp det ena byxbenet och sätter sig tillrätta. Catrin står klar att börja arbeta. [...] De samtalar om väder och vind under tiden och kvinnan berättar hur hon sköter sig för att påskynda läkningen. Catrin uppmuntrar henne, säger att det är bra. Kvinnan undrar om det är dags för en läkarkontroll. Catrin säger att hon kan avvakta ett tag till. Det verkar bättre nu säger hon.

(Obs – 46)

Sett till den omvårdnad som beskrivs i de två föregående citaten, ger den mannen fördelen att remitteras vidare för en läkarkonsultation, medan kvinnan med samma ärende uppmanas att avvakta. Stundtals framstår distriktssköterskornas verksamhet som en scen på vilken kvinnliga och manliga roller utspelas och för distriktssköterskornas del är det inte konfliktfritt.

DSK-mottagningens väntrum: Jag möter Evy i det tomma väntrummet. Hon berättar att hon kommit i konflikt med en vårdtagare. Hon har nekat honom ”omedelbar hjälp” då han inte bokat en tid för besök i förväg, vilket distriktssköterskorna menar gäller för att de på så sätt ska kunna styra arbetets innehåll och organisering på ett så optimalt sätt som möjligt. Pia kommer fram till oss och Evy berättar för henne vad som hänt och tillägger att vårdtagaren blivit upprörd över hennes information, som hon menar att hon framfört på ett vänligt sätt. Han ville ha en ”omedelbar konsultation och kolla blodtrycket” säger hon igen. Hon upprepar igen varför hon tagit beslutet att inte ”stå till pass”. Vi sätter oss i personalrummet där fler distriktssköterskor sitter. Diskussionen fortsätter, åsikterna är delade och där några tycker att mannen har rätt tycker andra tvärtom med tillägget att kravet är typiskt manligt.

(Obs-1)

Som huvudrollsinnehavare och samarbetspartners får distriktssköterskorna krav på sig att ge service och vara tillgängliga, även om tidpunkten ur deras synvinkel är mindre bra. När vårdtagare nekas omedelbar hjälp leder det till olika tolkningar av distriktssköterskorna, vilket leder till att var och en löser

problemet på sitt sätt. Samtidigt kan inställningen att vara tillgänglig för ”akutbesök” bromsa planeringen av målgruppsanpassat hälsoarbete.

Att inneha birollen

Samarbetet i barnhälsovården, mellan distriktssköterska och läkare, handlar i stor utsträckning om hälsokontroller. Dessa organiseras som BVC-läkarmottagningar, med distriktssköterskorna som huvudansvariga, samtidigt som ett rollombyte sker vid genomförandet av arbetsuppgiften. Läkarna övertar huvudrollen medan distriktssköterskorna får en biroll, samtidigt som inställningen till arbetsuppgiften förändras.

[...] Sjuksköterskestudenten frågar distriktssköterskan hur hon ser på samarbetet med läkare i barnhälsovården. Distriktssköterskan svarar att det handlar om en växelverkan och om att kunna ta ett steg tillbaka. Ibland säger läkaren att nu så är det jag som är läkare här! Hon tillägger att bara det sägs på ett bra sätt så tar hon inte illa upp. Ibland fortsätter hon, har hon ”arbetat med läkare som har blivit förbannade för att hon lagt sig i”.

(Obs – 17)

Att samarbeta med läkare i hälsokontroller är att veta var gränserna går och att kunna ta ett steg tillbaka, detta trots att det är distriktssköterskorna som arbetar kontinuerligt med barnhälsovården och läkarna som medverkar sporadiskt. Det som ena dagen är kännetecknande för distriktssköterskornas arbetsinnehåll, ger andra dagen innehåll åt läkarens arbetsuppgift, motiverat med att denne vet bättre. Och när distriktssköterskorna underordnar sig läkarna påverkar det samarbetet.

Linda: Dom (föräldrar) förväntar sig ...här kommer doktorn, han ska undersöka men dom ställer en del frågor...[...]

A-C: Hmm...

Linda: Dom ställer specifika frågor

A-C: Hur kommer det sig att Du inte styr...Du vet, Du är kunnig i matfrågor. Du har föräldrautbildning kring kost...Du gör det dagligen...hur..

Linda: Dom tror nog att doktorn ska veta mer än jag...om allting...tror jag

(I – 6)

Distriktssköterskorna ser sin egen medverkan som komplementär, i samarbetet med läkarna.

A-C: Vad har läkarna för förväntningar på Dig?

Siv: Om jag ser på BVC...så är det att doktorerna förväntar sig att jag ska komplettera dom. Att jag har bra kunskap om mamman så att han (läkaren) kan ta vid där jag är. Han vill inte göra hela researchen själv så att säga...han vill inte ta hela anamnesen, gå igenom allting. Jag ska veta vad jag ska ta över till doktorn. Den informationen ska finnas hos mig. [...] Jag ska vara ett komplement.

(I – 8)

Arbetsdelningen i en gemensam mottagning innebär att distriktssköterskorna ställer sig i kulissen, medan läkarna med sin medicinska kompetens får en mera framträdande roll.

A-C: Är det någon skillnad när Du har Din egen mottagning i barnhälsovården...är det någon skillnad då tycker Du jämfört med när Du har en gemensam mottagning och vad är det i så fall som skiljer?

Gerd: Alltså...ja...när jag själv tar emot så är det ju mig dom (föräldrar och barn) möter. När doktorn är här så tror jag...eller det känns som mötet med doktorn är huvudsyftet och då är jag väl till viss del...bifiguren ...ja!

A-C: Hm...måste Du vara det?

Gerd: Hm...nä...nä...för...för...man är inte det fullt ut ändå...utan...men då beror det lite grann på frågan

A-C: Hmm...

Gerd: Ja...ja...det kanske är lite mer strikt...medicinskt...så då blir det ju doktorn man (föräldern) frågar...det är lite grann så va...ja...och man lämnar det utrymme då...

(I-5)

Att ha birollen innebär att använda sin kvinnliga intuition och känsla. Vem läkaren är som yrkesperson och privatperson och vilka erfarenheter läkaren har är betydelsefullt för samarbetet. Enligt Gerd påverkar detta det professionella bemötandet av föräldrar, för distriktssköterskorna innebär det att de måste anpassa sig och sitt handlande efter vem läkaren är och vilken kompetens läkaren har.

Gerd: [...] sen tror jag att...det kan bero väldigt mycket på vad man har för en doktor...

A-C: Det styr?...vem...

Gerd: Ja eh...det beror nog på vilken person doktorn är...

A-C: Vad ska det vara för en person för att det ska bli...

Gerd: Det ska vara en som är väldigt intresserad av människor tror jag och det här psykosociala samarbetet och också kanske ha erfarenhet lite grann av att själv ha haft hand om barn [...]dom måste kunna möta föräldern där föräldern befinner sig

(I-5)

Det är inte bara distriktssköterskornas yrkesroll utan också deras arbetsrum som förändras och görs till läkarnas arbetsplats. Läkarna sätter sig vid distriktssköterskornas skrivbord, i deras stolar och de använder deras datorer. Distriktssköterskorna placerar sig oftast stående vid sidan av läkarna, redo att bistå med assistans och handräckning, samtidigt som de tillsammans med föräldrarna tar ansvar för barnen. Det är läkaren som noterar mätvärden och dokumenterar i journaler och hälsokort, medan distriktssköterskorna väger, mäter och bistår med av- och påklädning av barnen, samtidigt som de kontrollerar att tidsschemat hålls. De intar en avvaktande attityd och tar ett steg tillbaka. När det finns problem som behöver diskuteras med läkaren är det inte distriktssköterskorna som uppmanar föräldrarna att delta, eller som presenterar ”helheten”, där läkaren skulle kunna vara en del i problemlösningen. Tvärtom är det distriktssköterskornas och föräldrarnas svar på läkarnas frågor, som ger läkarna förståelse för det aktuella ärendet.

Personalrummet [...] Siv säger att hon har ett problem som hon vill ta upp angående ett barn. Läkaren ber henne att inte berätta. Med den kännedom han har sedan tidigare vill han ställa frågor. Han frågar och Siv svarar tills han anser att han har bilden klar.

(Obs- 51)

Samarbetet formar vad som görs till manliga och kvinnliga arbetsuppgifter. De utförs efter principen om effektivitet, där var och en har sin roll, samtidigt som arbetsstrukturen ger en fingervisning åt föräldrarna om vad de kan förvänta sig. Trots att distriktssköterskorna så gott som dagligen gör kroppsliga inspektioner av barn, är det läkarna som framstår som experter och distriktssköterskorna som noviser. Det är läkaren som ger råd om hudvård, kost o.s.v.

BVC mottagning: Läkaren kommer in i rummet. Han sätter sig i Sivs arbetsstol vid skrivbordet och ställer några frågor om barnen som ska komma på hälsokontroll. [...] Kvinnan sätter sig omedelbart i besöksstolen mitt emot läkaren. Siv står tyst vid sidan om. Läkaren frågar kvinnan hur det är med barnet och hon berättar. De talar om barnets hud och läkaren ger kvinnan råd om hudvård. Han talar om sköljmedel samtidigt som han undersöker barnet på armarna och i ansiktet. Siv står tyst. Barnet spottar ut nappen som ramlar ner på golvet. Siv tar upp den, spolar den under kranen och torkar av den. Kvinnan och läkaren tar ingen notis om händelsen. [...] Siv avbryter och förstärker det läkaren säger. [...] Ett nytt besök: Läkaren vill undersöka barnets öron. Siv tar ett steg fram, tar öronspegeln men släpper den. Läkaren tar den och genomför sin inspektion. [...] Siv mäter huvudomfånget på barnet, säger värdet och läkaren noterar det i journalen. Siv väger och mäter barnet och läkaren noterar. [...] Nästa besök [...] Siv tar stetoskåpet som ligger på skrivbordet på en armlängds avstånd från läkaren, räcker honom

det och visar var han ska notera undersökningen. [...]. Läkaren ställer frågor till kvinnan om barnets problem. Hon berättar.[...] Han ställer några frågor till och summerar sedan ihop bilden som han uppfattat den. Frågar kvinnan om det stämmer. Hon svarar ja och läkaren menar att det är så här Siv också skulle ha beskrivit det medicinska problemet. [...] Läkaren säger till Siv att det här är ett bra sätt att samarbeta. Hon håller med. [...] Jag frågar om eftermiddagens hälsokontroll brukar ha en liknande uppläggning som den idag. Läkaren svarar ja, men tillägger att han kan ta lite fler barn för att vara mer effektiv än idag.
(Obs-51)

Observationer visar att samarbetet i barnhälsovården och i hälso- och sjukvårdsarbetet riktat mot vuxna har en gemensam struktur, där läkarna har en överordnad ställning i frågor som rör distriktssköterskors dagliga arbetsinnehåll, vilket ger läkarna fördelar. Distriktssköterskornas medverkan i det gemensamma arbetet är tidsbesparande, vilket innebär att arbetet för läkarnas del kan förenklas.

BVC-mottagning [...] mottagningen är avslutad och jag frågar om läkaren och distriktssköterskan vill berätta hur de ser på sitt samarbete. Båda försäkrar att det går bra. Läkaren säger att han tycker att det är utmärkt att arbeta ihop med distriktssköterskor på BVC. Han förklarar att de kan summera barnens och föräldrarnas problem på ett sådant sätt att han inte behöver skaffa sig ingående kännedom om dem för att vidta åtgärder. Distriktssköterskor sparar tid, säger han och de kompletterar hans arbete. De återkopplar problem till honom så att han får veta vad som händer. Distriktssköterskan säger att hon håller med.
(Obs – 51)

Med birollen följer samtidigt ett ansvar att följa upp och utvärdera de aktuella problemen, för att sedan återkoppla till läkarna. Det kräver anpassningsförmåga, vilket innebär att distriktssköterskan pendlar mellan att vara självständig och att vara i en underordnad position.

Att inneha åhörarrollen

Ytterligare en roll som framkommit i observationerna är distriktssköterskan som passiv åhörare. Stundtals förändras språket i distriktssköterskors och läkares samarbete och distriktssköterskornas medverkan får karaktären av en åhörarroll. När distriktssköterskorna samtalar enskilt med vårdtagare och föräldrar, är flera av distriktssköterskorna medvetna om vikten av att använda ett begripligt språk. Observationer från situationer där både distriktssköterskor och läkare deltar, visar däremot det motsatta. Då används medicinska termer

i samtalen mellan läkare och distriktssköterskor, samtidigt som vårdtagarna riskerar att exkluderas. Det hälsofrämjande arbetet blandas med sjukdoms- ärenden, vilket motsäger utsagor om barnhälsovården som en hälsomot- tagning och inte en sjukdomsmottagning.

BVCmottagning: [...] Kvinnan berättar att hennes lilla barn har öroninflammation och att hon besökt läkarmottagningen för någon dag sedan, där läkaren givit barnet penicillinbehandling. Distriktssköterskan säger att det är bra medan läkaren börjar tala om indikationer för penicillinbehandling. Han vänder sig mot kvinnan och ler när han säger ”min syn är viktig”[...] Ett nytt besök: Linda som träffat kvinnan och hennes barn flera gånger tidigare vet att barnet har haft upprepade kräkningar. Linda frågar hur det är men blir avbruten av läkaren som ställer en fråga till kvinnan. Linda står tyst vid sidan om skrivbordet. Läkaren förklarar vad problemet kan handla om och säger den medicinska termen. Han vänder sig växelvis till kvinnan och Linda, som ställer en fråga om symtom Han svarar henne och berättar vad han vet. [...] Nästa besök: [...] Barnet är täppt i näsan och läkaren säger ”lite svullen?”. Linda frågar honom om det ”kommer från konklerna eller näsan?” Han svarar: ”konklerna”. [...] Nästa barn har utslag på knäna. Läkaren berättar utförligt om ett virus som kan ge mollusker (hudutslag). Linda lyssnar uppmärksam. Läkaren vänder sig till kvinnan och ger henne instruktioner om hostmedicin, hur den ska ges och när. Kvinnan nickar och säger att Linda har berättat. Läkaren svarar att han ändå vill informera.

(Obs- 6)

Läkaren vet vad som ska utredas och vems kunskap som väger tyngst i medicinska frågor. Det ger en struktur för arbetet och skapar mening i samarbetet, där den enes kompetens överordnas den andras. Denna rollfördelning är vanligt förekommande i barnhälsovården och visar att det finns ett samband mellan makt och arbetsuppgifter. Det finns en struktur i samarbetet som tas för given och som innebär att var och en är medveten om sin roll redan från början.

Distriktssköterskor har pedagogisk kompetens, men i samarbetet med läkare förefaller det som om de exkluderar denna. De blir själva åhörare som efterfrågar läkarnas kompetens. Att vara åhörare är att bli undervisad ”under en kafferast” och få sin yrkeskompetens värderad ur ett medicinskt perspektiv.

Personalrummet - kaffepaus: Vi slår oss ner i soffan där flera personer sitter. Sonja vänder sig till en av läkarna och frågar om en vårdtagare som hon ska kontrollera blodtrycket på och som väntas till mottagningen. Hon undrar om blodtryckmedicinen. Han svarar på hennes frågor och börjar sedan berätta vad han vet om högt blodtryck och vad han själv gör. Det blir en medicinsk genomgång och Sonja tittar på honom och lyssnar. Hon ställer ytterligare några frågor och kommenterar det som sägs och undrar igen hur hon ska göra med sin vårdta-

gare. Han svarar henne och säger avslutningsvis ”så blir Du en duktig distriktsköterska”.
(Obs-52)

Samarbetet, som flera av distriktssköterskorna menar att de har i gemensamma blodtrycksärenden, innebär att ärendena problematiseras utifrån medicinska förtecken. Detta gör att distriktssköterskorna försöker efterlikna läkarnas arbetssätt, medan distriktssköterskans kännedom om vårdtagarnas livsstil inte framstår lika tydligt. Med den medicinska utbildningen följer att läkaren har ett överordnat beslutsmandat, vilket naturligtvis har en funktion. Samtidigt bekräftar observationer distriktssköterskornas utsagor om att andra frågor än medicinska är svåra att diskutera, såvida läkaren inte har ett speciellt intresse för hälsofrämjande arbete.

I så kallade teamkonferenser är syftet att läkare ska kunna konsulteras i frågor som rör vårdtagarärenden. Konferenserna sker regelbundet vid lunchtid varje dag, och utnyttjas framförallt av distriktssköterskorna på läkarmottagningarna. Tanken är att främja service och vårdkvalitet i organisationen, samtidigt som läkarens ”backup” är avsedd att ge övrig personal en yrkesmässig trygghet.

Vi väntar i korridoren utanför läkarens arbetsrum. Efter ett tag kommer han gående och vi går in på hans rum [...] Han sätter sig i sin stol och distriktssköterskan sätter sig ner på knä framför honom. Det står två besökstolar vid sidan om och själv ställer jag mig vid dörren för att inte störa. Distriktssköterskan förklarar sitt ärende som gäller en av hennes vårdtagare med allergiproblem. Hon ställer några frågor och läkaren svarar vad han tycker att hon ska göra. Hon lyssnar uppmärksam och tackar för hjälpen. Konsultationen har tagit ca 5 minuter. [...] Distriktssköterskan menar att läkarna inte automatiskt ger information om ändrade behandlingsstrategier. Förändringar får jag ta reda på själv säger hon, medan det motsatta innebär att sköterskorna förser läkarna med information i form av listor som läggs i journalerna med uppmaningen: ”se info”. [...] Det handlar inte om ovilja från läkarnas håll. De är bara så vana att bli ”servade” säger hon.
(Obs- 19)

Arbetsuppgiften bygger inte bara på att det är distriktssköterskorna som söker råd och vägledning. Det är underförstått också deras ansvar att förmedla den information de själva har om vårdtagare. Samtidigt görs de ansvariga för att störa arbetsordningen, när de följer de riktlinjer som gäller.

Personalutveckling- gemensam diskussion: [...] en av läkarna tar upp problemet med teamkonferenser. Han säger att han inte tycker att de är bra i dagsläget. ”Sköterskorna rusar in och rusar ut” säger han. Det blir ingen struktur tillägger han och får medhåll från en av läkarna i sin egen arbetsgrupp. Han säger att han

kan se att problemet hänger ihop med hur vårdcentralen kan bli bättre för vårdtagarna.
(Obs- 55)

Distriktssköterskorna talar även om ett samarbete med andra yrkesverksamma personer, där exempelvis psykologer, socialassistenter och apotekspersonal medverkar. Observationer från barnhälsovården visar att externa konsulter ges en viktig roll i framförallt föräldrautbildning. Det är konsulterna som framträder i en huvudroll, det är under deras ledning som utbildningarna genomförs och det är utifrån deras yrkesperspektiv och frågor som föräldrarna görs delaktiga. Distriktssköterskorna tar då "ett steg tillbaka" och det är inte de inbjudna personerna som blir en del av deras helhet i sammanhanget. Att vara åhörare är att vara en bland föräldrarna.

A-C: [...] Jag har förstått att många av Er talar om föräldrautbildningen som en specifik arbetsuppgift där Ni menar att Ni är viktiga...vad har den...består den av?

Anna: Hmmm...ja då har vi ju varit med men det är ju inte alltid varje gång vi har varit med och pratat. [...] Utan när vi har haft psykologen har vi själva suttit och lyssnat i princip och det har man ju inte behövt göra men det har vi gjort ändå, man är ju ansvarig för gruppen.... [...] Och det kan jag ju se nu när det blir lite hektiskt...att det behöver man ju helt enkelt inte...jag har egentligen inte tillfört gruppen någonting vid dom tillfällena utan vid dom tillfällena när jag själv har pratat, det är då jag har tillfört gruppen nånting...

A-C: Ni har suttit och lyssnat...kan Du se att det finns en annan uppgift? [...]

Anna: Vi kan egentligen gå in och prata om...ja det som...arbetet just här men vi kan inte gå in och prata om barnomsorgen, vi kan inte gå in och prata om försäkringar [...]

A-C: Om föräldrautbildningen övertas av föräldrarna själva då i så kallade självgående grupper?

Anna: Ja det är stor risk

A-C: Vad är det dom missar då...det är jag nyfiken på?

Anna: Ja det kan ju vara det här...att jag kanske tycker att det är viktigt att ha med en socialsekreterare eller ha med en psykolog som pratar sömn till exempel...

(I-1)

Annas inställning är vanlig. Som åhörare riskerar distriktssköterskornas pedagogiska kompetens att reduceras, liksom avsikten att genomföra en stödjande och relationsutvecklande verksamhet. Hur framträdande de är i föräldrautbildningen beror på hur var och en av dem värderar sin syn på kunskap och på vilka individuella ställningstaganden som görs.

A-C: Hur kommer det sig att Du bjuder in barnpsykologen på tema sömn?

Lena: Därför att det är svårare och svårare.... [...] det är svåra bitar för man kan inte själv konkret säga (till föräldrarna) att gör så och så...då sover Ditt barn. Det är tyvärr inte så enkelt

A-C: Om Du skulle säga något om det här om vilka frågor föräldrarna ställer.

Kan Du se att de ställer olika frågor till Dig och till barnpsykologen?

Lena: Till mig ställer dom nog praktiska frågor. Hur dom kan underlätta för barnet att sova [...] när det gäller barnpsykologen är det mera djupare grejer dom tar upp [...] Hon (barnpsykologen) har solklart huvudrollen. Ibland är jag nästan bara barnvakt. För dom (föräldrarna) bara fokuserar på henne och sen har jag tyckt att har man en sådan värdefull person så varför inte vara barnvakt och gå med ett barn på varje höft. [...] Så att dom kan höra varandra och komma till tals, bli lite lugnade, dom kan fråga...

(I - 11)

Att vara åhörare är att samtidigt underordna sin yrkesmässiga kompetens, till förmån för en kvinnlig kompetens som barnvakt. Syftet att låta föräldrar komma till tals, bli lugnade och få tillgång till aktuell information överensstämmer visserligen med beskrivningar av vad distriktssköterskor förknippar med sin roll i barnhälsovården, men det är med andras medverkan intentionerna uppfylls.

Föräldrautbildning: tema egenvård. Siv har bjudit in en konsult från apoteket.[...] På ett bord står det produkter från apoteket. [...] Siv säger att hon väntar på ”fler mammor” samtidigt som konsulten börjar berätta om produkterna och uppmanar mödrarna att ställa frågor. [...] Ytterligare två kvinnor kommer in i rummet. [...] Siv vänder sig mot mig och förklarar att kvinnorna är sena för att deras små barn sovit. Hon tillägger att ”det är ju risk att de missar gobitarna då”. [...] Konsulten delar ut informationsbroschyrer och Siv tar en och säger att informationen är bra för hennes egen internutbildning. Hon ger en broschyr till mig.[...] Konsulten uppmanar kvinnorna att besöka henne på apoteket om de har vägarna förbi eller om de har frågor [...] Siv säger att hon inte vill att föräldrautbildning ska drivas i föräldrars egen regi. Det märkte Du väl, säger hon, ”mammorna har ju frågor och saker som dom vill diskutera”.

(Obs – 48)

Några av distriktssköterskorna ställer sig tveksamma till föräldrautbildning, som de menar kan skötas av föräldrarna själva. Andra definierar föräldrautbildning som yrkets specifika uppdrag. Frånvaron av kollegial konsensus innebär att deras möjligheter att styra arbetets struktur minskar, liksom deras möjligheter att skapa utrymme för hälsoarbetet. Det kan leda till att andra yrkesgrupper, som apotekspersonal, övertar en stor del av distriktssköterskornas hälso- och sjukvårdsupplysande arbetsuppgifter, vilket citatet visar förekommer i föräldrautbildning.

I organisationen finns ett återkommande inslag av internutbildning, vilket bygger på en tradition som läkare är väl förtrogna med. Läkare har lång erfarenhet av produktinformation kring läkemedel i sin yrkesutövning, där också ”mutor” i form av mat och dryck ingått. Denna tradition har även etablerats för distriktssköterskorna och visar hur en struktur kan överföras från ett sammanhang till ett annat. Utbildningsaktiviteten planeras utifrån vårdcentralens övriga arbetsuppgifter, där framförallt läkarnas arbetsschema styr veckodagarnas arbetsinnehåll. Så kallade läkemedelsluncher, individuella eller gemensamma med läkarna, är numera ett utbildningsinslag för distriktssköterskor och innebär att de bjuds på lunch av något läkemedelsföretag, i samband med att produktinformation sker. Aktiviteten ses som rimlig från arbetsgivarhåll och själva menar vissa av distriktssköterskorna att den kan ses som ett led i deras farmakologiska kompetensutveckling, trots att de förskriver läkemedel i mycket begränsad omfattning. Luncherna beskrivs som en del av personalutvecklande insatser, vilket vissa distriktssköterskor menar ger dem ”liknande rättigheter” som läkarna och bekräftar dem som yrkesgrupp. Uppfattningarna stämmer med arbetsgivarens uttalanden om distriktssköterskorna som en viktig yrkesgrupp, med rätt till egna privilegier. Observationer visar att det är läkarna som är aktiva, medan distriktssköterskorna har en åhörarroll. De ansvariga konsulenterna uppmanar läkarna att ställa frågor och att reflektera över informationsinnehållet. Detta gäller inte för distriktssköterskor. Läkarna avbryter med frågor, de har synpunkter, de visar sin kritiska inställning, de värderar informationen och de diskuterar med varandra. Distriktssköterskorna är åhörare som sitter tysta.

Läkemedelslunch för läkare, sjuksköterskor och distriktssköterskor [...] Den kvinnliga konsumenten visar en overheadbild om en verksam substans i ett läkemedel. Konsumenten vänder sig mot läkarna som sitter tillsammans. Distriktssköterskan Ulla sitter tyst vid min sida och lyssnar. Konsumenten berättar om läkemedlet, men blir avbruten av en läkare som ifrågasätter det hon säger. Fler läkare dras in i diskussionen. Konsumenten visar en annan bild men blir uppmanad att byta bild av en av läkarna, som menar att den förra bilden var bättre. Hon byter och läkarna fortsätter att tala med henne. Ulla och de andra sjuksköterskorna sitter tysta och lyssnar. [...] En dialog mellan två läkare pågår. [...] En ny bild tas fram. Den ifrågasätts genast av en av läkarna.

(Obs – 33)

Den struktur som av tradition upprätthållit arbetsdelningen mellan läkare och sjuksköterskor har till viss del förändrats, i och med att distriktssköterskor numera har förskrivningsrätt av vissa läkemedel. Denna förändring innebär

däremot inte att de har samma medicinska kompetens eller farmakologiska ansvar som läkare, varför deras avvaktande attityd är rimlig då informationen är anpassad till läkarna i första hand. Vid de gemensamma träffarna förstärks skillnaderna mellan yrkesgrupperna, vems kunskap och behov som är viktigast är tydligt markerat. Det ger anledning att samtidigt rikta ljuset på vad som framkommer då distriktssköterskor har egna läkemedelsluncher. Då ändras metodiken, samtidigt som innehållet fortfarande utgår från ett medicinskt perspektiv och ett arbetssätt som bygger på ett diagnos-åtgärds perspektiv. Inte heller nu efterfrågas distriktssköterskornas medverkan, utan informationen sker i form av envägskommunikation. Aktuella läkemedel och medicinska problem framträder tydligt, medan distriktssköterskornas kunskap om hälso- och livsstilsfrågor inte efterfrågas eller diskuteras i sammanhanget. Informationsinnehållet är detsamma, men förenklat och anpassat till distriktssköterskornas lägre medicinska kompetens.

Läkemedelslunch för distriktssköterskor: [...] Det handlar om en studie om inhalationspreparat vid astma. Konsulten visar en overheadbild med två spridningsdiagram angående effekter i två olika medicinpreparat. När bilden blir tydlig skrattar konsulten till och säger "jag måste nog förenkla principen" Hon förklarar att bilden kan ses som två cyklar och så jämför hon tvåväxlade cyklar med tolvväxlade. "Rätt cykel för rätt aktivitet" säger hon. Distriktssköterskorna lyssnar och nickar instämmande. [...] Sista bilden: en normalfördelningskurva. Konsulten skrattar till igen och undrar "är det för mycket?" Ingen svarar och hon förklarar vad bilden visar och säger att den kan vara svår att förstå. [...] Ulla berättar att syftet med luncherna är att sjuksköterskorna ska få känna att "dom också får något" [...] Jag frågar Ulla om bilderna som visats, varit svåra att förstå. Hon skakar nekande huvudet.

(Obs - 53)

Utifrån medicinska förtecken och med undertoner av lättsamhet från konsultens håll upprätthålls förväntningar om kompetens, makt och position i sammanhanget och som åhörare varken reagerar eller ifrågasätter distriktssköterskorna det som sägs. Distriktssköterskorna framstår som värdefulla länkar mellan läkare och vårdtagare, skulle de brista i sin kompetens eller tveka i läkemedelsfrågor kan läkare alltid konsulteras. Läkarna kan tillfrågas om exempelvis farmakologiska effekter och med en sådan "backup" reduceras riskerna för felaktiga beslut och förskrivningar. Det är meningsfullt, men samtidigt förstärks kopplingen till de medicinska arbetsuppgifterna som de rätta och viktiga och framförallt, som en av distriktssköterskorna påpekar, riskerar läkemedel som behandlingsåtgärd att överskugga hälsofrämjande åtgärder. Med tanke på att distriktssköterskor gör få läkemedelsförskrivningar

är det rimligt att väga det mot tiden som tas i anspråk för den sortens internutbildning. Vissa av distriktssköterskorna ställer sig också tveksamma, även om lunchförmånen vägs mot insikten att problemet måste förklaras också från annat håll.

[...] Jag frågar Ulla vad hon ser för nytta av att vara med på läkemedelsluncherna. Hon tittar allvarligt på mig en stund innan hon svarar ”ja Du....säg det”. Hon avvaktar och tillägger ”jag får ju känna till läkemedlen”. Hon skrattar lite ”jag får ju lunch”.[...] Ulla säger att läkemedel är en sida av problemet. Andra frågor som har att göra med hälsan måste också diskuteras.

(Obs – 35)

Utifrån läkarmottagningarnas medicinska arbetsuppgifter, och sanktionerat av arbetsgivaren, legaliseras utbildningsaktiviteten. Distriktssköterskornas närvaro blir viktigare än deras delaktighet, samtidigt som läkemedelsföretagens kunskapsförmedling ger en offentlig bekräftelse och lägger grunden för andras förväntningar om distriktssköterskors yrkesfunktion.

Samarbete och kompetens

Observationer visar att samarbetet med andra, exempelvis externa konsulter, uttrycker distriktssköterskornas föreställningar om traditionella könsroller. I samarbetet riktat mot föräldrar pendlar distriktssköterskorna mellan en professionell och en mammaliknande hållning, vilket är särskilt tydligt när föräldrautbildning genomförs. De agerar samtidigt som värdinna och stundtals påminner arbetsinnehållet om en traditionell mammaroll.

Kvinnlig kontra manlig kompetens

Intervjuer visar att distriktssköterskor ser föräldrautbildning som en pedagogisk arbetsuppgift med möjligheter att bedriva hälsofrämjande arbete. Syftet är att stimulera familjers utveckling och förebygga sjukdom och ohälsa hos familjemedlemmarna. Observationer från föräldrautbildning visar att innehållet företrädesvis handlar om omvårdnadsfrågor och barnens tillväxt. I andra hand kommer frågor om relationer och samlevnad, där traditionella könsroller och förväntningar endast i undantagsfall problematiseras.

Föräldrautbildning bygger på en traditionell värdegrund om föräldraskap som en heterosexuell ”mamma-pappa-konstellation”. Enligt utsagor menar flera av distriktssköterskorna att deras funktion i föräldrautbildning är att vara ett ”bollplank”, mot vilket föräldrarna kan ställa sina frågor. Det har tidigare framkommit att fäderna närvarar mindre ofta än mödrarna, vid besök i barnhälsovården. Ett undantag är föräldrautbildningar, där männen framförallt deltar i utbildningar som är riktade till förstagångsföräldrar. Observationer visar då att de ses som speciella i sammanhangen och att deras deltagande markeras.

Det är föräldrautbildning och sex kvinnor och en man deltar. Det är första träffen. Temat är kost[...] Gerd hälsar gruppen välkommen och säger att de kan presentera sig. Hon vänder sig till en av kvinnorna som frågar vad hon ska berätta. Gerd svarar att hon tycker att de ska berätta vad de själva och barnen heter och åldern på barnet. Kvinnan gör det och säger att hon också vill tala om namnet på sin man som inte är närvarande vid dagens träff. De fortsätter att gå laget runt och nu säger även de andra kvinnorna vad deras män heter och att de har dispens för dagens träff. När presentationen kommer till den ende närvarande mannen säger Gerd ”det var modigt att gå med som pappa” Han skrattar lite och säger sitt namn och Gerd tillägger med ett leende ”Du begärde ingen dispens?” Alla skrattar och de fortsätter att presentera sig. En av kvinnorna säger att också hennes man fått dispens och Gerd svarar ”pappor av idag är annars väldigt modiga”. [...] Gerd menar att kvinnorna ska söka sig andra kontakter än de i arbetslivet. Kontakter som rör moderskapet”
(Obs – 47)

Det är kvinnor och barn som framstår som frontfigurer, medan männen, närvarande eller inte, har en kulissfunktion. De sitter oftast tysta och de ställer sällan frågor. Kvinnorna framstår som primärt omsorgsansvariga och utifrån kontakter med varandra uppmanas de att utveckla moderskapet. Flera av distriktssköterskorna är medvetna om att det förhåller sig så, men uttrycker samtidigt att de inte vet hur de ska kunna förändra dessa mönster. När distriktssköterskorna talar om hur föräldrakompetens kan utvecklas, visar utsagor och observationer att flera av dem nämner nätverk för mödrar som en positiv aktivitet. Samtidigt som männen antas förvärvsarbete och ha en högre inkomst, tas deras frånvaro för given och förklaras som ”det är så det är”. Det är ideal som riskerar att förstärka traditionella könsroller, som därmed kan vara svåra att analysera och ifrågasätta. Observationer styrker att vård- och omsorgsfrågorna är kvinnofrågor och att könsroller och ansvarsfördelning debatteras i begränsad omfattning. När ammande mödrar deltar i föräldrautbildning visar observationer särskilt tydligt att amningen görs till en central diskussionspunkt, som förenar kvinnorna. Observationer

visar dock att flera av föräldrarna efterfrågar ett utbildningsinnehåll där relationer och sociala frågor kan diskuteras. Utbildningsinnehållet i föräldrautbildning är anpassat efter vad distriktssköterskorna menar vara föräldrars behov, i relation till barnens ålder. Det handlar om barn och infektioner, kosthållning, förebyggande av olycksfall o.s.v. Med distriktssköterskornas egna erfarenheter som grund för utbildningsinnehållet, kommuniceras de aktuella frågorna, råd och konkreta tips förs vidare till deltagarna, samtidigt som distriktssköterskornas subjektiva värderingar internaliseras in i sammanhanget på ett sätt som kan förstärka traditionella könsroller. Arbetet med att stödja föräldrarnas egen problemhantering blir samtidigt otydligt. Frågor som fler föräldrar skulle kunna känna igen och diskutera har svårt att få genomslag, debatten om vardagligt omsorgsinnehåll speglar de kvinnliga ansvarsfrågorna.

Föräldrautbildning [...] Gerd sätter i videon om kost samtidigt som hon undrar om hon ska klara av tekniken. Det ska handla om matinköp och om matlagning säger hon.[...] Gerd stänger av videon. En av kvinnorna ställer en fråga om vegetarisk kost vilket diskuteras en stund. De kommer in på fiskrätter.[...] Kvinnan som är i sällskap med sin make säger att hon inte kan laga fisk. Hon vänder sig mot sin man och säger ”pappa...då får väl Du koka fisk då” De övriga i gruppen småskrattar lite och Gerd säger ”eller så får Du väl göra det enkelt för Dig och ta fiskbullar eller så”. Han nickar och småler [...] Kvinnorna jämför recept och delar varandras erfarenheter. Gerd säger ”vi blir sämre och sämre på att laga mat” [...] Mannen sitter tyst. Gerd ger råd om smakportioner till små barn. Flera av kvinnorna ställer frågor. [...] Träffen är slut. Gerd säger att hon tycker att det är bra att männen är med annars blir det ett ”mammaperspektiv”.

(Obs – 47)

Hemarbetets fördelning knyts till manliga och kvinnliga åtaganden, hur de utförs och av vem. Med distriktssköterskans medverkan upprätthålls traditionella könsroller, vilket framstår som ett uttryck för genusordningen inom barnhälsovården och som utgår från att det är kvinnorna som är de primärt delaktiga. Flera distriktssköterskor menar, på samma sätt som Gerd, att fäderna måste närvara i föräldrautbildning för att minska risken för ett ”mammaperspektiv”. Samtidigt visar observationer att deras närvaro är viktigare än deras medverkan. Frånvaron av diskussioner om traditionella könsroller upprätthåller skillnaden mellan kvinnors och mäns roller och beteenden. Det visar sig även i att det undervisningsmaterial som används i utbildningssammanhang upprätthåller de traditionella idealen.

Föräldrautbildning. Tema kost. [...] Gruppen består av enbart kvinnor. Linda startar videon. Det handlar om matinköp. En man presenterar innehållet och berättar

hur hushållsekonomin kan planeras ekonomiskt genom hemlagad mat. Filmen visar olika livsmedel och en kvinna som planerar sina inköp, genomför dem, tillagar maten och serverar den. Steg för steg berättar mannen i filmen vad som händer, han talar om vad som tillagas av kvinnorna, hur det ska göras och vilka mängder som ska används. Till slut visas en scen där kvinnan dukar ett matbord. Det är duk på bordet, blommor i en vas, maten ligger upplagd på fat och en man slår sig ner. Han äter. Kvinnan sitter på andra sidan med ett spädbarn i famnen. Hon äter inte själv utan matar barnet. Mannen som talar i filmen uppmanar till att se måltider som trevliga stunder och inte enbart som ett måltidsintag. [...] Ingen av kvinnorna kommenterar filmens innehåll. Linda säger att filmen givit en del små enkla tips. De börjar tala om maträtter och Linda delar ut några recept.

(Obs – 24)

Genom en till synes oskyldig video förmedlas attityder, värderingar och förväntningar kring könsroller. Observationen visar att innehållet varken diskuteras eller ifrågasätts. Diskussionen kommer istället att handla om praktiska göromål och samtidigt erbjuds konkreta tips i form av matrecept. Både distriktssköterskor och deltagande kvinnor utgår ifrån att det framförallt är mödrarna som ska leva upp till en sund livsföring. Det manliga framträder däremot som en fråga om övergripande styrning och med hjälp av videons innehåll bekräftas arbetsdelningen.

Siv: [...] till exempel om mat så pratar vi om det här med övervikt... börjar vi nu att tala om vad dom ska ha hemma och vad dom inte ska ha hemma. Att man inte köper hem och säger sen att Du får inte...utan man köper överhuvudtaget inte hem det som man inte vill att barnet ska äta...

A-C: Vilka är dom?

Siv: Mammorna....oftast, mammorna...

(I - 8)

Det förefaller som om mödrarnas och fädernas medverkan i barnhälsovården värderas på olika sätt. Att få männen mera delaktiga blir en fråga för andra yrkesgrupper och inte för distriktssköterskorna. Vanligtvis inbjuds en extern manlig konsult till föräldrautbildningen i så kallade ”pappagrupper”. Besparingsåtgärder i organisationen har emellertid medfört att distriktssköterskorna ombetts att vara återhållsamma med utgifter varför aktiviteten minskat något i omfattning. Enligt fleras mening är det mindre bra, eftersom ”pappagrupperna” anses ha ett stort värde för fäderna, som förväntas ha speciella behov vilka kräver konsultens medverkan. När denne inte kan inbjudas i samma omfattning som tidigare skjuts temat föräldrelationer upp tills vidare. Gerd upprepar sin inställning sedan tidigare: männen är modiga som deltar på kvinnornas arena.

[...] Föräldrautbildningen är slut och vi talar om fädernas frånvaro. Det är viktigt att fäderna är med, säger Gerd. Annars finns en risk att ”det blir ett mamma-perspektiv” Hon berättar om träffar hon haft som bara varit riktade mot fäderna och att det då varit med en präst som är duktig på relationer och faderskap. Flera av distriktssköterskorna brukar anlita honom, säger Gerd, då man vill uppnå ett ”pappaperspektiv”. Den möjligheten är för dyr nu fortsätter hon, man kan inte erbjuda detta lika självklart längre. [...] Vid dagens träff, med temat kost, har en man deltagit och jag undrar hur Gerd ser på det. Hon svarar att hon tycker att ”han har varit modig”. Det hör till ovanligheten och hon säger att ”männerna lätt kan bli utanför då mammorna diskuterar” Jag undrar hur det skulle kunna förhindras och hon svarar att det är bättre med träffar riktade mot endast pappor, för att de ska kunna delge varandra sina erfarenheter.

(Obs – 47)

Citatet belyser hur idealen om kvinnligt och manligt föräldraskap framträder och upprätthåller traditionella könsroller. För männens del riskerar deras utanförskap att förstärkas när praktiska frågor står på agendan. Frånvaron av relationsstödande insatser motsäger utsagor om föräldrautbildning, där distriktssköterskornas medverkan bygger på ett familjerelaterat förhållnings-sätt. Genom att en extern konsult medverkar förstärks traditionella könsroller. I utbildningssammanhanget används undervisningsmaterial i form av litteratur och blädderblock, vilket liksom videos ger en bild av ideala förställningar och normer. Innehållet bygger på traditionella könsmonster och används utan ifrågasättanden från distriktssköterskor eller föräldrar. Mödrarna antas ha ett perspektiv, fäderna ett annat, och därför sker gruppindelning med männen för sig och kvinnorna för sig. Föräldrarnas möjligheter att ställa frågor om sitt gemensamma föräldraskap bygger på att de själva initierar en sådan diskussion.

Föräldrautbildning med nyblivna föräldrapar: tema relationer. [...] Lena har delat föräldrarna i två grupper. Själv ska hon tala med kvinnorna medan kvällens in-bjudna konsult som Lena benämner som ”pappaexpert” ska ta hand om männen. [...] Barnen blir kvar hos kvinnorna. [...] Lena tar fram en bild ur blädderblocket och säger ”sen är det ju det här med att förstå varandra...de (männen) tänker på ett annat sätt”. Det är det här att ”kvinnor förstår utan ord men män måste man ju förklara för” Bilden föreställer en kvinna och en man som talar med varandra. Lena uppmanar kvinnorna att tala i jagform och inte i manform. Hon vänder sig till en av kvinnorna och säger ”kvinnor måste tala om att mannen också ska torka av bordet och diska...ni måste tala om vad Ni vill”. [...]Lena vänder på bilden och säger ”nu ska Ni få höra vad författaren säger om konfliktlösning”. Hon läser högt. En av kvinnorna ifrågasätter texten och säger att det inte behöver handla om konflikt. Lena är tyst. Diskussionen uteblir. [...] Klockan är 19.00.

Konsulten och männen kommer tillbaka. De pratar med varandra och skrattar. Lena stänger blädderblocket med en smäll och säger ”då så...då slutar vi” Konsulten frågar om kvinnorna är klara och Lena svarar ”vi blir klara”. Hon reser sig från sin stol och erbjuder honom den. [...] Konsulten menar att vissa bilder förstärker vissa klyschor avseende könsroller, att en del bilder luras. Lena säger ja och tillägger ”vissa pappor har förändrats...på sjuttioalet kunde inte papporna sina barn...de tar ett annat ansvar idag”. Konsulten avbryter henne och ber en av männen att fundera över om det var något mer. [...]Lena sitter tyst... [...] Klockan är 19.15. Lena berättar vad hon och kvinnorna inte hunnit med. Vilka bilder som blev över. Konsulten avbryter och talar om vilka bilder han och männen diskuterat.

(Obs – 18)

När en extern konsult medverkar påverkas distriktssköterskans pedagogiska funktion. Trots att utbildningen sker på distriktssköterskans hemmaplan och med konsulten som gäst blir Lena undfallande, vilket motsäger utsagor om distriktssköterskorna som självständiga och styrande i hälsoarbetet. Genom att skilja männen från kvinnorna tappar distriktssköterskan kontrollen över vad som händer i männens grupp. Möjligheten att diskutera föräldraskapet tillsammans går förlorad, samtidigt som utbildningsinnehållet riskerar att diskuteras antingen efter kvinnliga eller efter manliga förtecken. I kvinnornas grupp låter distriktssköterskan sina subjektiva erfarenheter komma till uttryck, samtidigt som bilder om hur kvinnligt och manligt ska förstås förstärker traditionella könsroller. Oemotsagda ger de en värdegrund för manlig och kvinnlig praktik, som samtidigt konkretiseras. Att tala om jämlikhet är en sak, att genomföra den praktiskt är en annan, vilket visar hur traditionella könsmonster internaliseras i det vardagliga och hur svårt det är att bryta mot invanda mönster.

Mammakompetens

Det är tydligt att samarbetet med barn och föräldrar knyter distriktsköterskornas personliga erfarenheter som kvinnor och mödrar till deras yrkesroll. Å ena sidan leder deras personliga erfarenheter och empatiska förmåga till att de kan förstå barnen och deras behov och tolka deras signaler. Med yrkesprofessionen följer å andra sidan kunskap om barns beteendemässiga, psykiska och fysiska utveckling, kunskap om barnsjukdomar o.s.v. Med sin dubbla kompetens som grund för arbetet i barnhälsovården kan de tala med mödrarna om vardagens problem, de kan dela mödrarnas erfarenheter och samtidigt kan de använda sin professionella kompetens.

Linda: Samspelet med barnet men man ser även hur samspelet gäller även mor och barn och hur man tar till sig...det är en viktig bit

A-C: Ja...ja...hur tycker Du att Din roll kan beskrivas i det som Du säger att Du gör i detta...?

Linda: Ja det är ju inte alltid man känner sig som en sjuksköterska. Du är medmänniska. Du lyssnar, rådgivare. Man får ju många andra funktioner utöver den rent professionella sjuksköterskebiten.

A-C: Vad handlar dom funktionerna om...har Du tänkt på det?

Linda: Medmänniska!, mormor och mamma, det tror jag, för många (kollegor) Det här med ökade krav som många har med sig...man ska fixa, man ska... [...]

A-C: Är det något annat Du tycker karakteriserar det specifika Du gör i detta?

Linda: Ja man ska veta! Fortfarande. Dom (föräldrarna) förväntar sig att man ska kunna väldigt mycket om sjukdomar, är detta normalt? Man är lite som...ett bollplank.

(I-6)

Lindas beskrivning visar en vanlig inställning till arbetet i barnhälsovården. Att samarbeta innebär att växla mellan olika roller, vilket kräver anpassningsförmåga. Utifrån andras förväntningar ökar kraven på kompetens, framförallt medicinsk, samtidigt som de överbryggingar som görs till kvinnlig kompetens knyter dem till traditionella könsroller. Att ge akt på hur mödrar förhåller sig till sina barn är enligt utsagor betydelsefullt. Hur och vad mödrar gör med sina barn är grunden för ett samarbete av "bollplankskarakter" och i stor utsträckning bygger detta på kost- och utvecklingsfrågor som ett kvinnligt omsorgsansvar. Att samarbeta med fäder ställer däremot krav på professionell kompetens och ökad kunskap.

Anna: [...] det är ju 95% mammor, kan jag uppskatta det till. Det är så få pappor men dom har givetvis lika höga krav dom. Dom förväntar sig att vi många gånger ska...jag ska komma med...ja, komma med såna här riktiga råd så att dom går hem och så sover barnet hela natten, om det är det som är problemet.

A-C: Hmm...

Anna: Och sen är det viktigt om man inte kan svara på frågorna, att man tar reda på svaren om det är såna svar man inte kan.

(I- 1)

Varken observationer eller utsagor visar att distriktssköterskorna har en liknande inställning när mödrarnas frågor diskuteras. Att samarbeta med mödrar är att ta ett liknande ansvar som de. Då kommer förmågan att "hålla i tusen trådar samtidigt" väl till pass.

Föräldrautbildning: tema små barn och kost. [...] Linda hälsar deltagarna välkomna och sätter sig ner i soffan bredvid några kvinnor som håller barnen i knäet. En av kvinnorna ber Linda att titta barnet i munnen. Det är eventuellt

tänder på gång, säger kvinnan. Linda undersöker barnet, öppnar munnen, känner och undersöker samtidigt som hon säger ”vi ska börja med en film...sedan blir det fika...det är om det här hur man lagar mat” [...] Videon är slut. Ett av barnen småkräks [...] Linda reser sig och hämtar en pappershandduk. Det talas om olika maträtter för barn under tiden gruppen dricker kaffe. En av kvinnorna frågar om Linda kan väga hennes flicka. [...] De går in på Lindas mottagningsrum och jag kan se att Linda klär av barnet, tvättar och torkar det i stjärten och lägger det på vågen. [...] Linda kommer ut från sitt rum. Hon frågar: ”ni tar väl för Er av alla sju sorterna”? Någon svarar nej, de väntar på Linda. [...] Linda går in i sitt mottagningsrum igen där barnet och mamman är kvar. [...] Hon återkommer och undrar om det är någon som hört det lilla barnet som hon just givit en vaccination skrika. Sätter sig ner och diskussionen om mat fortsätter.[...] Någon undrar om solskydd för små barn och Linda reser sig och hämtar broschyrer om solskydd inne på sitt rum. [...] Det närmar sig avslutning. Någon undrar om det går bra att väga och mäta sitt barn och Linda svarar ja, samtidigt som hon vänder sig till övriga i gruppen och erbjuder dem samma tjänst. ”När Ni ändå är här” säger hon. [...] Linda reser sig och går in på sitt rum igen och jag ser henne väga ytterligare ett barn. De andra kvinnorna sitter kvar. [...] Någon reser sig och går mot kapprummet. En annan kvinna frågar kvinnan bredvid sig: ”ska vi ta på oss och gå eller”. De vet inte riktigt om träffen är slut. Den avslutas av sig självt. En efter en, drar sig kvinnorna mot entrén.
(Obs-24)

Praktiskt ansvar och omsorg ger stöd åt distriktssköterskornas omvårdnads-kompetens och genom Lindas förhållningsätt blir det legitimt för föräldrarna att be om kroppsliga undersökningar. Den närhet som distriktssköterskan skapar till barnen, till deras välmående och säkerhet är naturligtvis meningsfull, samtidigt som agerandet medför att distriktssköterskan distanserar sig från det huvudsakliga utbildningsuppdraget.

När distriktssköterskorna överlåter det pedagogiska ansvaret till andra kan det vara svårt att ta tillbaka, vilket riskerar att marginalisera distrikts-sköterskornas medverkan i föräldrautbildning till punktinsatser.

Föräldrautbildning: Dagens tema handlar om små barn och infektioner. En representant från apoteket medverkar med produktinformation. [...] Ett av spädbarnen gnäller och börjar sedan gråta. Linda reser sig och säger till kvinnan att hon kan ta barnet. Linda viskar mot barnet ”ska vi gå runt och titta lite” Hon vaggar och småpratar med barnet och går in i ett angränsade rum där jag kan höra att hon fortsätter att trösta och lugna. [...] Representanten pratar och efterlyser frågor från deltagarna. [...] Efter ca 5-7 minuter kommer Linda tillbaka med barnet. Hon sätter sig ner med barnet i famnen. [...] Konsulten från apoteket vänder sig mot Linda och frågar om hon själv glömt något. Linda svarar att det är viktigt att ge små barn vatten när de har feber och sedan småsjunger hon lite för

barnet hon håller i famnen och kommenterar vad barnet gör. Konsulten fortsätter att tala och delar sedan ut några informationsbroschyrer.

(Obs-54)

Den kroppsnära praktiken med små barn gör det svårt att skilja på henne som professionell yrkesutövare och som mamma. Det kan vara en förklaring till varför distriktssköterskorna framstår som flexibla i arbetet på BVC. Med stöd av egna erfarenheter och sin kvinnliga kompetens blir de själva debattörer som framför sina åsikter.

Föräldrautbildning [...] Lena tar fram en bild där en man byter en blöja på ett litet barn. Lena frågar ”gör han rätt?” Kvinnorna svarar ja unisont och Lena undrar om det är så att mammor vakar som hökar, ”litar vi på dom?” (fäderna) frågar hon. En kvinna svarar att hon menar att det handlar mer om vad man är duktig på än om kön. [...] De talar om däckbyte på bilar och att det är manligt göromål. [...] Lena menar att det är vissa saker som är könsbundna. Hon säger ”det är typiskt kvinnligt och manligt göra”. Och så berättar hon om arbetsfördelningen mellan henne och maken. Männerna i gruppen småpratar lite. Någon protesterar. Lena säger, vänd mot en av dem, Ni är väldigt bra pappor... mammorna säger en massa bra om Er...Ni ställer upp...en biologisk skillnad måste få finnas”. [...] Skillnaden mellan att ha ett eller flera barn och könsroller diskuteras. Lena säger ”mammorna tvingas att inte ruva på barnen, vi kvinnor är kända för det. Alltid ska vi ta ansvar, det är vårt fel”. Kvällens gäst skattar, tonen är skämtsam och han vänder sig runt i gruppen och uppmanar till diskussion. [...] Lena leker tyst med ett av barnen.

(Obs-18)

Genom överbrygningar till det vardagliga och kända görs kvinnorna ansvariga för att göra männen delaktiga, det omvända är inte aktuellt. Eventuella ifrågasättanden faller oftast utanför diskussionen och bara i undantagsfall leder de till en kritisk debatt eller till att distriktssköterskorna ser på problematiken ur annan synvinkel, detta trots att dagens föräldrar kan ha en annan inställning till sitt föräldraskap.

BVC: [...] Kvinnan berättar att hon snabbt vill tillbaka i arbetslivet, att hon ser sig som mer än en mamma. [...] Jag ber Gerd om hennes åsikt, hur hon ser på kvinnans inställning. Gerd menar att unga mödrar ibland säger så och att det är mer öppna för annat än själva modersrollen. Hon menar att det är viktigt att mamma och barn knyter an till varandra och att det lilla barnet behöver mamman för amningens skull. Jag undrar om pappans roll men Gerds åsikt är att det oftast är männen som tjänar mer och att barnen behöver mammorna hemma för kontaktens skull. Hon talar om att det finns så många övergivna barn. De behöver sina föräldrar, säger hon, och framförallt mammorna.

(Obs- 45)

Uppfattningen om manligt, kvinnligt och traditionella könsroller leder till svårigheter att se invanda mönster från ett annat håll. Amningsfrågan blir en viktig markör för kvinnligt omsorgsansvar och medför att det kvinnliga knyts till det obetalda arbetets mening och innehåll, medan det manliga förknippas med det betalda arbetets förmåner.

Föräldrautbildning [...] En av kvinnorna ifrågasätter varför inte äldre kvinnor kan accepteras som mödrar på samma självklara sätt som äldre män skaffar barn med yngre kvinnor. Gerd menar att ”äldre kvinnors kraft räcker inte till för graviditet”. Hon tillägger ”papporna är inte hemma på samma sätt som på velourpappornas tid...då var dom ju hemma på ett annat sätt”. Diskussionen glider över till amning och alkoholintag. Gerd säger att om kvinnorna vill dricka vin och samtidigt amma så måste de pumpa ut morgonmjölken och slänga den. (Obs-47)

Det förefaller som om vissa av distriktssköterskorna inte är medvetna om hur deras inställning till könsroller och syn på kvinnligt och manligt kommer till uttryck i föräldrautbildning. Flera av dem ser att ett ”mammaperspektiv” överordnar det innehållsmässiga i utbildningssammanhangen, en insikt som inte leder till att diskussionen förändras eller att det praktiska genomförandet förändras.

Hos distriktssköterskorna finns en inställning om en serviceinriktad barnhälsovård. Då visar sig deras kvinnliga kompetens som en förmåga att tala om flera saker samtidigt. Observationer från föräldrautbildning visar att utbildningstemat vidgas mot andra frågor och problem, som stundtals överskuggar det egentliga utbildningssyftet. Föräldrar uppmanas att ställa frågor som inte hör till det aktuella innehållet och ett utbildningstema som handlar om exempelvis kost blandas med frågor om infektioner, läkemedel och hudvård. Genom distriktssköterskornas uppmaningar och frågor till föräldrarna ”om det är något annat de vill ta upp”, markeras inte bara en välvillig inställning, det ger också en signal om vad som förväntas vara mer eller mindre viktigt. När föräldrar tillåts ha önskemål om utbildningsinnehåll, finns risken att de har svårt att avgöra vad som är relevant. En nybliven förstagångsförälder uttrycker det på följande sätt ”det är så mycket att lära sig så jag vet inte var jag ska börja”. När föräldrautbildning genomförs är det med dubbla kompetenser distriktssköterskorna medverkar. De menar att de har ett pedagogiskt ansvar att göra föräldrar delaktiga, samtidigt som de debatterar sina egna erfarenheter och åsikter. De redogör även för andras, exempelvis så kan åsikter hos föräldrar som inte är närvarande redovisas.

Ett vanligt tema inom föräldrautbildning är föräldraskap, ett omfångsrikt tema.

Föräldrautbildning för nyblivna föräldrar[...]Dagens tema är *gränssättning* och Marta som är socionom är inbjuden. Marta ber kvinnorna berätta lite om sina upplevelser. [...] Lena tar fram en bild som illustrerar en konfliktsituation mellan två barn. [...] Lena reser sig, hämtar kaffe och överräcker koppen till en av kvinnorna. Erbjuder sig att passa hennes barn. [...] Nästa bild: ett barn i förskoleåldern som äter. Föräldrarna blir oense om temat stämmer.[...] Lena börjar tala om invandrarbarn”. Dessa ska vara runda” menar hon. Det är en kulturfråga, fortsätter hon, det vet hon eftersom hon träffar ”invandrarfamiljer”. Hon berättar vidare. Kommer sedan in på tillväxtkurvan som används på BVC.[...] Lena frågar ”hur ska vi undvika tjat?”. Deltagarna småpratar med varandra och tar ingen tar notis om Lena.[...] Marta visar en bild från ett shoppingcenter och frågar om barn ska tillåtas att gå med och handla. [...] Lena frågar ”hur undviker vi konflikter i affären och varför är allt godis vid kassorna?” En av männen berättar vad han vet om livsmedelsbranschens lagar.[...] En av kvinnorna vill prata med Lena om sitt barns viktkurva. De samtalar en stund. Lena reser sig med ett barn i famnen. Det gråter och Lena tröstar. [...] Nästa bild illustrerar barn som ser på TV[...].Lena undrar vems ansvar det är att städa efter barnen. Två av kvinnorna replikerar snabbt att det är deras. En av männen säger ”det är bra om barnen lär sig så fort som möjligt att städa”.[...] Städordningen på dagis diskuteras. En av männen menar att det är där som grunderna för barns städutbildning läggs. [...] Nästa bild: en tonåring som sover i en säng med sina föräldrar. Lena uppmanar till en diskussion om små barns sovvanor [...] Lena undrar hur föräldrarna reagerar på ”fula ord”. [...] Sista bilden: två barn i tioårsåldern som sitter på en buss medan en äldre dam står upp. Lena jämför svenska barn med utländska. [...] Träffen är slut. Lena tackar och tillägger att hon vill erbjuda gruppen en psykolog vid något utbildningstillfälle. ”Det är alldeles för många skilsmässor” säger hon.

(Obs- 3)

I den kvinnliga kompetensen ligger ett ansvar för andras välmående, vilket kommer både barnen och föräldrarna till godo. Lenas flexibla förhållningssätt innebär att hon fäster uppmärksamhet inte bara på utbildningsinnehållet utan även på barnen, samtidigt som den externa konsultens medverkan över-skuggar hennes pedagogiska huvudansvar. Det medför att hon stundtals riskerar att tappa tråden medan bilden, av flera distriktsköterskorna beskriven som ”kvinnors förmåga att ha flera saker i huvudet samtidigt”, förstärks.

Värdinnekompetens

När föräldrautbildning genomförs är det särskilt tydligt att distrikts-sköterskorna organiserar och sköter inköp samt dukar och serverar, för att skapa en så hemlik och trivsamt atmosfär som möjligt. Föräldrar uppmanas att på liknande sätt som gäster lära känna varandra, i syfte att lätta upp stämningen. Vardagligt innehåll knyts till det aktuella utbildningstemat och genom småprat diskuteras även annat som inte hör till sammanhanget. Barnens utseende, beteende och kläder kommenteras och genom distrikts-sköterskornas personliga kännedom jämförs de med syskon o.s.v. Likt en värdinna hälsar de välkommen, de inbjuder till samvaro och när det börjar bli dags att avsluta utbildningsträffen sker det successivt och med personliga avsked.

Föräldrautbildning för nyblivna föräldrar. Första träffen: [...] Distriktsköterskan Lisa slår sig ner i stolen. Hon undrar var resterande mödrar tagit vägen. I soffan sitter två kvinnor med sina nyfödda barn. På golvet ligger en mjuk ”lekbassäng” som används till spädbarnen. Lisa berättar att hon tar av tyget ibland och tvättar det men att det är svårt att trä på det igen. [...] Lisa reser sig och småspringer bort mot köket. Kommer tillbaka med en rullvagn på vilken det står koppar, termosar och ett fat med bullar. En av kvinnornas telefon ringer och Lisa undrar om hon ska hjälpa till att hålla barnet. [...] Lisa undrar om någon vill ha té, samtidigt som hon reser sig och går till köket. Det tar en stund och när hon kommer tillbaka har hon ytterligare en termos med sig. Lisa serverar té till en av kvinnorna, bjuder på bullar och håller upp mer dryck i kopporna som hon räcker till de andra kvinnorna. [...] De talar om bärselar och Lisa reser sig, bjuder på mer kaffe. Kvinnorna samtalar med varandra om det stöd de efterfrågar från sina föräldrar och svärföräldrar. En kvinna berättar att hon får kläder till sitt barn från [...] där hennes föräldrar bor. Lisa nickar och säger sedan att hon tycker att det var roligt att kvinnorna kom till den första träffen. En av kvinnorna frågar Lisa hur hon haft det under sin ledighet i helgen och Lisa svarar och berättar vad hon gjort. De börjar tala om semesterresor och successivt avslutas träffen. Lisa stannar kvar i väntrummet och tar successivt farväl. Hon kommenterar barnen och en av kvinnorna skrattar lite och säger att ”nej nu måste jag gå”. Lisa går ut i köket med vagnen och börjar diska.

(Obs- 23)

Distriktsköterskorna lägger vikt vid att skapa en hemtrevlig mötesplats för föräldrar och tar ansvar för barnpassning och andras bekvämlighet. Föräldrautbildning ska enligt distriktsköterskorna vara en trevlig och lättsam ”tillställning” där de ”lär ut som de själva har lärt in”. Inbjudna konsulter får en pedagogisk funktion medan distriktsköterskornas pedagogiska ledning

blir mindre tydlig, samtidigt som gränsen mellan professionellt och kvinnligt förhållningssätt suddas ut.

Föräldrautbildning [...] Distriktssköterskan Lena presenterar kvällens gäst som är psykolog, verksam inom barnhälsa. En av de deltagande kvinnorna viskar till Lena att hon ska gå på toaletten och Lena erbjuder sig att passa hennes barn. [...] Kaffet serveras. Psykologen uppmanar föräldrarna, samtliga mödrar, att delta i kvällens diskussioner. Lena håller ett barn i famnen och säger ”vågar jag lägga Dig på mattan”. Hon lägger barnet ner på den mjuka mattan. Ett av de äldre barnen kryper iväg och Lena säger att hon måste ingripa. Hon ställer ner sin kaffekopp och tar tag i barnet. [...] Lena frågar kvinnorna om deras barn sover på nätterna. Samtidigt håller hon ett öga på barnen. Kvinnorna samtalar med psykologen eller med varandra. Lena sätter sig ner igen och kommenterar tyst vad barnen gör. [...] Lena tar tag i ett barn och säger att det ska akta sig. En av kvinnorna har ställt sin kaffekopp på en stol och barnet kryper mot stolen. Kvinnan ser på barnet och reser sig. Lena kastar sig fram och tar tag i barnet samtidigt som hon säger: ”ha mjölk i för Gud skull”. [...] Ett av barnen kryper mot soffan. Lena kryper efter. De andra samtalar med varandra och med psykologen.
(Obs- 36)

Vissa distriktssköterskor ställer sig däremot kritiska till ”allt annat” som följer med arbetet, men av gammal vana och med uppgivna illusioner tar flera av dem ansvar för hushållsliknande tjänster. Observationer visar att flera av distriktssköterskorna sköter rengöring, och disk. De rengör skåp och lådor, de torkar golv o.s.v. Tjänster som vanligtvis sköts av ordinarie städpersonal kan också göras till deras, då ordinarie städpersonal är frånvarande.

[...] Jag kommer in i distriktssköterskornas väntrum. Längre bort i den angränsande korridoren ser jag distriktssköterskan Evy. Hon våttorkar golvet och vänder sig mot mig och säger att hon tycker att golvet är smutsigt. Städsköterskan är sjuk sedan en tid, fortsätter hon, och någon vikarie kommer inte.
(Obs- 8)

Med de hushållsnära tjänsterna följer en ansvarsfördelning som skiljer sig åt för de kvinnliga och de manliga arbetskamraterna. Det som passerar obemärkt förbi för den ene utför den andra, något som gör vardagen och arbetsplatsen trivsam och hemlik.

DSK-personalrum: [...] Pia talar om vad hon menar vara distriktssköterskornas osynliga arbete. När hela organisationen bantas och tjänster dras in för det med sig att distriktssköterskorna får andra arbetsuppgifter än de ordinarie tycker hon. [...] Det är egentligen undersköterskor som ansvarar för skötseln av materialförråden, städning o.s.v. säger hon men ”i praktiken stämmer inte detta, det är distriktssköterskan som sköter det på sin mottagning”. Det handlar om ett osyn-

ligt arbete, menar hon. Den egna mottagningen ska skötas, med städning i förråd och skåp, sortering av post, tidskrifter och anslag på informationstavlor. Ibland torkar vi golven, säger hon och sköter inköp. ”Det är småplock hela tiden, ungefär som hemma”. Hon nickar mot kylskåpet och säger att städningen av kyl och frys också sköts av distriktssköterskorna, som turas om med uppgiften. Nils kommer in och slår sig ner vid bordet. Han undrar vad vi talar om och Pia svarar att arbetet på mottagningen ibland liknar det där hemma. Jag frågar honom om han också frostar av och torkar ur det gemensamma kylskåpet. Han svarar ”nej jag tänker inte på det”. Pia skrattar och säger att det är som hemma. ”Någon sköter det. Någon är alltid någon”. Hon berättar om sina försök till att upprätta en rättvisordning men att de scheman hon gör alltid tas ner. ”Så är det lugnt ett tag tills någon på nytt blir irriterad” säger hon. Nils är tyst.

(Obs- 26)

Genom att bekosta mindre inköp, som leksaker till BVC-verksamheten och saker till gemensamma personalutrymmen, kan distriktssköterskorna ta saken i egna händer och bestämma själva. Det gäller däremot inte andra vardagliga och hushållsliknande tjänster som följer med den gemensamma frukostförtäringen på vårdcentralen. Då förväntas distriktssköterskor, sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare ta ansvar, vilket däremot inte gäller läkarna. Deras tid anses för dyrbar enligt Sonja, som hellre ser att den nyttjas på annat sätt.

Gemensamma personalrummet: Sonja och jag reser oss från soffan och går. Sonja kastar en blick på kylskåpsdörren där ett schema sitter. Det handlar om vem som har ansvar för inköp och kaffekokning och när [...] Vi talar om hur det är organiserat och varför läkarna inte är med. En av läkarna har följe med oss och jag frågar honom varför inte läkarna är med på schemat och han svarar mig kort att det ”får Du fråga någon annan om”. Sonja säger att hon kan förstå varför läkarna slipper ordna med kaffebröd och ansvara för kaffekokning osv. Hon säger ”kan man spara en kvart på det och dom istället kan ta en patient så vinner man ju en del” Jag undrar om inte samma tanke skulle kunna gälla även distriktssköterskorna. Sonja tittar på mig, småler och svarar ”jo Du!” Vi skiljs åt i korridoren.

(Obs- 52)

Med isärhållandets logik följer fördelar för den ene, medan den andra inte bara påtar sig ansvar för arbetsuppgiften utan även bekräftar att saken är i sin ordning. Att det omvända skulle kunna gälla förefaller inte troligt. Med en antydning till ett leende avfärdas tanken, samtidigt som Sonjas inställning till arbetsfördelningen visar hur över/underordningsprinciper verkar, med skilda effekter. Kvinnligt får betydelsen: ansvar för det materiellas ordning, manligt får betydelsen: effektivitet och kvalitet, samtidigt som det ger ett symboliskt värde åt professioner. Kvinnornas medverkan får årtiderna att

återspeglas i personalrummen. Med hjälp av blommor och utsmyckning skapar de trevnad kring borden, organiserar den dagliga pausförtäringen, plockar fram maten, tar bort o.s.v. Några drar sig undan, andra framträder. Genom successiv tillvänjning och arbetets inverkan knyts könsidentitet och yrkesroll samman.

Sammanfattning

Temat om arbetets struktur uppkom när observationer av samarbetet mellan distriktssköterskor och läkare analyserades. Observationerna visar ett återkommande inslag av underordning för distriktssköterskorna, som konstrueras individuellt och på gruppnivå. Till skillnad mot utsagor om en flexibel yrkesroll, visar observationer att det i själva verket handlar om att växla roll och anpassa sig.

Att byta roll innebär att distriktssköterskorna går från självstyre till underordning. Detta är särskilt tydligt i samarbetet inom barnhälsovården. Observationer visar att distriktssköterskorna har positionell makt att påverka och att utöva sin pedagogiska funktion i vissa sammanhang och att de då har en framträdande roll i interaktionen med studenter, vårdtagare och föräldrar. Samtidigt pressas distriktssköterskornas huvudroll tillbaka i samarbetet med framförallt läkare och de får en kulissfunktion. När de tillsammans genomför utvecklingskontroller på BVC är det läkarna som har makten att styra arbetsuppgiftens innehåll och genomförande, medan distriktssköterskorna assisterar. Som yrkesgrupp får distriktssköterskorna svårt att hävda sig som pedagoger och deras omvårdnadskompetens får en underordnad betydelse.

Samarbetet inom framförallt barnhälsovården innebär att distriktssköterskorna tar stöd av sin kvinnliga kompetens. Det visar sig som en form av bekräftelser av kvinnlighet, föreställningar om manlighet och ett moderligt eller värdinnekande förhållningssätt. Traditionella könsroller skapar betydelse åt det pedagogiska arbetet och ger en praktisk arbetsdelning, som i sin tur innebär olika arbetsuppgifter för distriktssköterskorna och för deras samarbetspartners. Heteronormativiteten får betydelse för symboliska och emotionella innebörder av föräldraskap och understödjer vardagslivets traditionella organisering, där mödrarna framträder som de primärt vård- och omsorgsansvariga. Omsorgsgivande förknippas generellt med mödrar, distriktssköterskorna tar inte hänsyn till barnfamiljers enskilda förutsättningar att

organisera sitt föräldraskap, vilket skulle kunna innebära andra lösningar än de som förespråkas. Den traditionella manligheten har starkt fäste inom barnhälsovården, trots den nya generationen föräldrar. När fäderna i undantagsfall deltar i barnhälsovårdens aktiviteter når varken dagens politiska familjeorientering, eller debatten om moderna könsrelationer, distriktsköterskornas hälsoarbete. Föräldrautbildningen, som är en viktig arbetsuppgift med syfte att stimulera föräldrars kompetens och relationer, upprätthåller istället en traditionell könsordning. Den ger stöd åt en konstruktion av kvinnlig respektive manlig könsidentitet. Samtidigt är distriktssköterskorna delaktiga i omsorgen om framförallt de mindre barnen. Föräldraskapet framstår som en kvinnlig angelägenhet, medan faderskapets inverkan på den manliga självbilden inte är något som diskuteras av distriktssköterskorna.

Distriktssköterskornas verksamhet grundas på en ansvars- och omsorgsrationalitet där olika arbetsuppgifter ingår. Förutom de kontakter som distriktssköterskorna utvecklar, eftersträvar de andra värden i sin yrkesutövning. Den kontinuerliga kontakt distriktssköterskorna har med föräldrar, barn och vårdtagare medför att miljön på arbetsplatsen är viktig. Som kvinnor investerar de därför i arbetsuppgifter som syftar till att öka både deras och besökarnas tillfredsställelse och trivsel på arbetsplatsen.

TEMA 3: INDIVID OCH ORGANISATION

Det tredje temat visar hur distriktssköterskornas yrkesutövning villkoras av organisationen. Det handlar om arbetsgivarens krav och om individuella begränsningar som hindrar dem i hälsoarbetet. Distriktssköterskornas syn på framtiden och sina yrkesmöjligheter avslutar det första subtemat. Det andra subtemat beskriver distriktssköterskornas upplevelser av hinder från omvärlden och hur deras plats i organisationen framträder som ett ”ingenmansland”. Avslutningsvis redovisas hur organisationens personalutvecklingsarbete påverkar distriktssköterskorna och deras känsla av utanförskap.

TEMA: INDIVID OCH ORGANISATION

Subtema	Kategori
Individ och arbetsvillkor	<ul style="list-style-type: none"> - Att låta sig påverkas av arbetsgivarens förväntningar - Egna begränsningar - Möjligheter
Organisation och arbetsvillkor	<ul style="list-style-type: none"> - Hinder från omvärlden - Att vara i ett ingenmansland - Att vara vi och dom

Figur 4.4: Tema 3: Individ och organisation

Individ och arbetsvillkor

Som individer är distriktssköterskorna olika och de har varierande sätt att lösa sitt uppdrag. Där några av dem menar att de har inflytande och möjligheter att påverka saknar andra autonomi och som kollegor är de inte alltid överens. Vissa låter sig påverkas av arbetsgivarens förväntningar, en del begränsas av bristande självförtroende medan andra vänder hinder till möjligheter och arbetar efter egna övertygelser.

Att låta sig påverkas av arbetsgivarens förväntningar

På frågan om vad distriktssköterskorna uppfattar som arbetsgivarens förväntningar på dem, är svaret att det handlar om förmågan att omvärdera egna arbetsuppgifter till förmån för organisationens behov. Inställningen till arbetet och den egna medverkan kan således förändras, beroende på vad som för övrigt sker på läkarmottagningarna. Det innebär att distriktssköterskor som genomför målgruppsanpassat hälsoarbete (Tema ett) är beredda att omprioritera detta, för att i stället medverka som sjuksköterska vid läkarmottagningen.

A-C: Att jobba med gruppaktiviteter...viktminskningsgrupper, sluta röka grupper...? Hur ser Du på det arbetet prioriteringsmässigt?

Catrin: Det är ju mer attman får gå in och jobba som ...ja mottagningsköterska (på läkarmottagningen) lite grann

A-C. Men...Du är tveksam till det eller?

Catrin: Ja det är inget som ligger mig varmt om hjärtat om man säger... nä...men det ingår ju ändå...ja... rollen som sjuksköterska...

(I - 2)

Distriktssköterskorna menar att arbetsgivaren har förväntningar på dem, som ersättare för sjuksköterskor. Detta återkommer i deras beskrivningar av arbetsuppgifterna, som förknippas med mottagningsköterskans arbetsuppgifter på läkarmottagningen. Observationer visar däremot att distriktssköterskorna framförallt arbetar inom sina egna verksamheter. Vissa distriktssköterskor, däribland de på läkarmottagningen, menar att ”alla borde vara distriktssköterskor” på en vårdcentral, eftersom arbetsuppgifterna på en läkarmottagning respektive distriktssköterskemottagning i stor utsträckning är desamma. Inställningen delas inte av alla i gruppen distriktssköterskor och det förefaller som om det är svårare att se sig själv i sjuksköterskerollen än att se sjuksköterskor ersätta distriktssköterskor.

Pia: (om att arbeta på läkarmottagningen) förtroendet för distriktssköterskan kommer att försvinna då. Även om man kan så gör man det inte. Och det...är precis tvärtom som chefen förväntar sig

A-C: Hur menar Du..tvärtom?

Pia: Man själv förväntas överföra sin situation och sin självständighet till övrig personal (på läkarmottagningen) Inte tvärtom [...]Det blir...vi blir som alla andra och inte tvärtom, att dom (sjuksköterskorna) blir som vi. [...] Det är ju ett önskemål från chefshåll att man ska vara väldigt flexibel och kunna gå in överallt på en vårdcentral.

(I-10)

Frågan är om vårdcentralens vardagliga behov får en större betydelse än professionsfrågan, med tanke på den betydelse flera av distriktssköterskorna tillmäter arbetet vid läkarmottagningarna. När de ersätter sjuksköterskor där framhåller de inte sin egen kompetens utan rättar sig efter andras.

A-C: [...] Arbetsgivaren...organisationen....förväntningar på Dig...tror Du?

Pia: Hmm... [...] när jag kommer dit (läkarmottagningen) ...det har jag gjort ett par gånger och satt mig hos damerna (sjuksköterskorna) och avlasta...när jag satt...dom var på ett möte....jag var ensam där och då, det var inga problem direkt men...jag tog telefonerna, jag bokade tider och jag bedömde och jag gjorde som vanligt men sen, varenda gång, när dom var flera som jobbade och då ...plötsligt kände jag...att nu går jag in ...ja det stämmer inte. Min roll som distriktssköterska försvann...och nu går jag in i det här vårdlaget där och då var det doktorn som skulle bestämma och då föll det lite grann, det där självständiga. Den föll bort och jag är rädd att det kommer att mer och mer...

(I – 10)

Arbetets organisering fungerar då den inte hotas av distriktssköterskorna. Majoriteten av distriktssköterskorna anpassar sig efter vad de uppfattar som arbetsgivarens önskemål och organisationens behov av dem som ersättare, vilket ger dem andra arbetsuppgifter än de egna.

Jag kommer in i väntrummet och möts av Sonja. Dagens distriktssköterskemöte är inställt på inrådan av vårdenhetschefen. Sonja berättar att dennas åsikt varit att mötet var överflödigt då distriktssköterskorna träffats på ett annat möte, veckan innan. Sonja talar om för mig att hon istället nyttjar tiden med att hjälpa till på läkarmottagningens telefonrådgivning ett par timmar. Sonja säger att hon tycker att ”man ska vara lite flexibel” och så går hon iväg.

(Obs – 8)

Arbetsgivarens förväntningar leder enligt distriktssköterskorna till att deras arbetsuppgifter styrs av ekonomiska faktorer. När stafettläkare anlitas på vårdcentralen ökar kostnaderna och läkarnas närvaro måste utnyttjas maximalt. Detta görs till en fråga för distriktssköterskor, där de som arbetar på läkarmottagningarna balanserar tillgång och efterfrågan av läkarbesök, medan arbetsuppgifterna för distriktssköterskorna i egen mottagningsverksamhet ökar eller minskar i förhållande till tillgången på läkare.

Läkarmottagningen. Telefonarbete: En av distriktssköterskorna talar i telefonen. Hon avslutar samtalet och berättar att det är lite telefonförfrågningar idag. [...] En av cheferna ur arbetsledningen kommer in i rummet och de fortsätter att prata om hur lugnt det är på läkarmottagningen. Chefen menar att det kan bli bekymmersamt att fylla dagens läkartider och kvällens jourtider. Det verkar som om det inte är bra och de börjar skoja med varandra om att gå ut på torget och ropa in

patienterna. Distriktssköterskan säger att hon kan ringa en annan vårdcentral i kommunen och erbjuda tider till dem. Chefen svarar att det är en bra idé och distriktssköterskan ringer ett samtal. De fortsätter att tala om vilket slöseri det är med stafettläkare vars kostnader får svårt att täckas då de inte nyttjas optimalt. Chefen går. [...] Distriktssköterskan ringer ytterligare en vårdcentral och meddelar att de har gott om läkartider.

(Obs – 15)

Citatet visar en traditionell arbetsstruktur, för distriktssköterskan innebär den att hon tar ansvar för att reglera bristen på vårdtagare, där problemet i grunden är en arbetsledarfråga.

Vissa av distriktssköterskorna menar att det är bättre att ”vara till lags” än att inta en kritisk hållning. Avsaknaden av en gemensam ståndpunkt från distriktssköterskornas håll leder till en obalans, som verkar till nackdel för dem själva. Deras åsikter går isär och den enskilda distriktssköterskans arbetstrivsel minskar, med påföljd att gruppen distriktssköterskor riskerar att splittras och de blir otydligare i organisationen. Samtidigt blir de värdefulla som individer, vilket kan ge arbetsgivaren fördelar.

[...] Pia vill tala med mig. Hon berättar om yrkesgruppens delade meningar om syfte och innehåll. ”Vi är inte överens i gruppen”. Det handlar om en strategi, menar hon, att vara till lags, styras och utnyttjas, vilket får till följd att arbetsglädjen försvinner.

(Obs – 35)

Arbetsgivaren får en reell betydelse som makthavare. Praktiska önskemål från arbetsledningen gör att distriktssköterskorna inte tydliggör sin kompetens. När de själva inte ställer krav på arbetsgivaren och inte visar att deras kompetens behövs, blir det arbetsgivaren som ställer krav på distriktssköterskorna. I organisationens krav på effektivitet efterfrågar arbetsgivaren distriktssköterskornas medverkan utifrån de behov som finns, samtidigt som distriktssköterskorna får en vågmästarroll där de balanserar mellan egna arbetsuppgifter och läkarmottagningarnas.

A-C: Jag undrar hur ser Du på detta...Ni är en kollegial grupp som distriktssköterskor...? eller är ni individualister...?

Siv: Ja det jag säger nu är väl ...eh... [...] dom (kollegorna) diskuterar inte. Dom flesta vill rädda sin tjänst...och som det är nu så ...eh...jag är...inte främmande för att det ändras. Vi kan ha fler barn [...] vaccinationer är bra...

A-C: Vad tror Du detta har att göra med?

Siv: Ja en del tycker om ...eh...arbetsätten från sjukhus. Det ska gå fort och det ska vara effektivt [...] Det leder till att det blir väldigt oklart vad hon (distriktsköterskan) ska syssla med.

(I – 8)

Det finns samtidigt farhågor för att yrket utarmas och att distriktssköterskorna kommer att konkurrera med andra specialistutbildade sjuksköterskor inom organisationen. Vissa distriktssköterskor har även specialistutbildning till barnsjuksköterska, vilket kan öka deras attraktionskraft ur arbetsgivarsynpunkt. Andra sjuksköterskor kan konkurrera med utbildning i exempelvis förskrivningsrätt av vissa läkemedel.

Lisa: [...] Frågan är väl om vi kommer att dö ut...lite grann kan jag känna så för barnsjuksköterskorna kan ta över BVC, mottagningssköterskan... sjuksköterskan ...Du kan sitta på en vårdcentral som sjuksköterska, sedan är det förskrivningsrätten...den kommer att komma på flera andra utbildningar

(I-9)

Som grupp har distriktssköterskorna olika utbildningsbakgrund och olika anställningsvillkor, vilket skulle kunna förklara att de inte gör gemensam sak av kompetensfrågorna. Istället är deras förhoppning att det är arbetsgivaren som ska ”slå vakt om dem”, även om det medför förändrade arbetsvillkor.

A-C: Hur ska man göra för att komma till rätta med detta Du säger nu...att det finns en risk att distriktssköterskeyrket dör ut?

Lisa: Dör ut ja...

A-C: Som Du säger...vad ...hur...finns det krafttag?

Lisa: Det enda är väl...på nått sätt...eh..att man slår vakt om distriktssköterskan som arbetsgivare... tidigare...men det är väl ekonomin då, besparingar som hindrar det [...] Det har vi pratat mycket om att vi tror att det här med besparingar, man har sett att det är bra att ha distriktssköterskor nära, inne på läkarmottagningarna när det händer. Hon kan ta en stor bit av doktorerna, av arbetsuppgifterna och det är bra att ha henne i telefonen där för då kan hon skriva ut läkemedel direkt. Så jag tror ändå att det är det som är boven.

(I – 9)

Arbetsgivarens förväntningar på distriktssköterskorna leder till en arbetsituation fylld av motstridiga krav. Samtidigt som distriktssköterskorna har möjlighet att själva påverka genomförandet av dagliga arbetsuppgifter, styrs de av läkarmottagningarnas organisering av arbetsuppgifterna, vilken de oftast har litet inflytande över. När arbetsbelastningen på vårdcentralen ökar påverkar det distriktssköterskorna som tar ansvar för situationen, vilket

samtidigt visar att det finns en hierarkisk begränsning för hur pass fritt de kan utöva sitt arbete.

Egna begränsningar

Samtalen om hälsoarbets mening och innehåll visar att flera av distrikts-sköterskorna stundtals känner sig begränsade i sin yrkesutövning. De villkor som råder i organisationen pressar tillbaka deras intentioner om hälsoarbete, samtidigt som frågan görs till ett individuellt problem. Bristande självförtroende påverkar deras initiativtaganden, till nackdel för det målgruppsanpassade hälsoarbetet och dessa insikter gör dem försiktiga.

[...] vi talar om hälsoarbete

Sonja: ...det är ändå så väldigt svårt... [...] det är väl ovanan

A-C: Du har ju kunskapen och det hör till din yrkesutbildning och till vad Du ska göra som distriktssköterska....

Sonja: Du menar grupper (hälsoarbete i grupper)

A-C: Till exempel...

Sonja: Det är nog energin och ett dåligt självförtroende...[...] hur går man tillväga... ja jag tror att det är okunskap...ovana [...] det känns övermäktigt....

(I- 7)

Som kvinnor i en större organisation är de vana vid en varierande arbetsbelastning. De rättar sig efter de villkor som gäller för stunden. Samtidigt som deras yrkesidentitet tar stöd av både den egna professionen och av läkarens, upprätthålls föreställningen om det kvinnliga som en förmåga att svara upp till andras förväntningar. Det kan förklara varför en del upplever att de brister i kompetens, när det i själva verket handlar om problem i organisationen.

A-C: Du får gärna...hinder...?

Lena: Hinder...ja det största hindret är man väl själv egentligen och nu talar jag allmänt. Att det klarar jag inte och det vågar jag inte...och egentligen klarar man det man vill. Man kan själv vara ett hinder! [...] Finns det tillräckligt med läkare så dras det här in ...titta på öron, jag vet hur ett frisk öra ser ut. Jag kan åtminstone säga det. [...] men är det brist på läkare så förväntas det mer av oss. Så håller det på.

(I – 11)

Arbetsvillkoren riskerar på så sätt att skymma sikten för distriktssköterskornas profession. Samtidigt skiljer sig distriktssköterskornas erfarenheter, vilket innebär att de har olika inställning till yrket och olika sätt att värdera det. Att

vara medveten om begränsningar, egna och andras, är att väga gårdagens yrkesstolthet mot dagens yrkeskrav.

Sonja: [...] och sen är det ju den gamla kåren av distriktssköterskor som utbildade sig till något som inte längre är...en väldigt stolt skara och på gott och ont tycker jag då. Man får inte stagnera och se det gamla som det enda....

(I – 8)

Sonjas beskrivning av yrkesutövningen som ”något som inte längre är” sätter ord på problematiken kring professionsfrågan. Även om flera av distriktssköterskorna beskriver sin profession med stolthet och självrespekt, är det samtidigt svårt för vissa av dem att se att yrkesmässiga förändringar ägt rum. De känner sig begränsade av den organisation de tillhör och även om deras anseende bland allmänheten är gott, gäller inte detta på samma sätt bland läkarna. Genom att arbeta i det ”tysta” och inte ta plats på vårdcentralen får de inte någon uppskattning från läkarhåll, menar Pia.

Pia: [...] man har gjort undersökningar här...bland befolkningen....där ligger vi (distriktssköterskor) väldigt högt men inte bland läkarna. Det känns ju trist [...] Det kanske är vårt eget fel...vi har ju varit lite undfallande och inte visat...men det kanske är individuellt...men jag hörs inte så mycket, jag jobbar i det tysta....
A-C: Att inte ta plats...jobba i det tysta?

Pia: Jag gör saker i det tysta. Jag talar inte så högt om det [...] i dagens läge kanske man måste göra det. Tala om att vad man gör och att man finns till ...

(I – 10)

När de verksamma yrkesgrupperna delar varandras vardag, är det med små nyanser som det visar sig vem som är framträdande och vem som drar sig undan. Vid sidan om de vardagliga skämten, som ger en fingervisning om vad som är kvinnligt respektive manligt, upprätthålls också en arbetsordning som skiljer distriktssköterskor från läkare. Observationer visar att när de manliga läkarna tar plats, drar sig de kvinnliga distriktssköterskorna tillbaka. Samtidigt finns det en underförstådd överenskommelse om vem som är betydelsefull i sammanhanget. För distriktssköterskorna kan detta begränsa både deras utrymme i den gemensamma organisationen och i bilden mot allmänheten.

Det är kafferast. [...] Vid bordet sitter några av de manliga läkarna, distriktssköterskorna, en kvinnlig sjuksköterska och läkarsekreterare från läkarmottagningen. De skämtar om kvinnors och mäns biologiska skillnader. En av läkarna skämtar om kvinnors svaga kroppsstyrka och de andra skrattar. [...] En av personalcheferna kommer fram till bordet och säger att en journalist från en medicinsk tidsskrift har hört av sig och vill ha en intervju med personalen vid

vårdcentralen. Det handlar om hur dagens vårdcentraler fungerar. Det väcker en diskussion om hur de bäst kan ge en positiv bild av organisationen. Gruppen resonerar en stund och kommer fram till att en av läkarna är lämplig att intervjua och att en av sjuksköterskorna och en sekreterare kan komplettera intervjun. [...] En av distriktssköterskorna reser sig från bordet. Hon vänder sig mot en av de manliga läkarna och säger ”gör bra reklam nu så vi får fler läkare till centralen”. (Obs – 15)

Hur den gemensamma arbetsplatsen framställs och vad som är rationellt eller inte blir läkarens sak att värdera, medan distriktssköterskorna och deras erfarenheter framstår som ointressanta i sammanhanget. De väcker de heller inte uppmärksamhet genom att hävda sin medverkan, utan det handlar om att göra arbetsplatsen attraktiv ur läkarsynpunkt.

Jag slår följe med en av distriktssköterskorna som blir tillfrågad av en läkare om han kan signera sitt namn i datorn för ett vårdtagarärende. Han undrar om han får lov till det. Han vet inte hur han ska göra säger han och ber distriktssköterskan om hjälp. Distriktssköterskan svarar ”jag kan ju signera och jag är ju lägre än Dig”. De går mot hans rum. (Obs – 15)

I det vardagliga får könsidentitet och självuppfattning en mening. Med stöd av sociala relationer konstrueras och kommuniceras en uppsättning principer, som upprätthåller olika positioner i arbetslivet, med över- respektive underordnande konsekvenser. Institutionella regelverk skapar ordning åt vardagliga arbetsuppgifter, medan förväntningar om yrkesstatus styr förhållningssätt och ansvarsfördelning.

Möjligheter

När möjligheter diskuteras handlar det om att ha en positiv inställning till yrket och arbetsuppgifterna. Då kan vardagens innehåll styras så att vårdtagares behov kan tillgodoses. Stundtals gör distriktssköterskorna avkall på organisatoriska principer, för att ge vårdtagare ett så gott omhändertagande som möjligt. Med kunskap om god omvårdnad och professionellt bemötande, agerar de på ett sätt som gör det möjligt att ta sig förbi hinder.

[...] Vi väntar in läkaren utanför hans rum. Han ber oss stiga på och Ulla berättar att hon ”gjort något som hon inte får lov att göra” [...] Ulla har lovat en vårdtagare att få bli hans patient. Läkaren undrar varför det skulle vara fel. Ulla svarar att de har fått direktiv att inte göra så. [...] Vi går tillbaka till Ullas rum och hon

förklarar varför hon sagt som hon gjort till läkaren. ”det är bättre så att man inte trampar någon på tårna” Läkarna vill själva bestämma vilka patienter de vill ha, säger hon, men hon vill vara behjälplig och därför begår hon ibland överträdelser. ”Det är bättre att inte jobba mot min intuition” säger hon, och förklarar att det är bättre att fråga om lov så att läkarna inte känner sig överkörda.

”Det är bättre att ha dem med sig än mot sig”

(Obs – 34)

Genom en strategi som bygger på dialog istället för konflikt får distriktsköterskorna läkarna med sig. Varken de själva, vårdtagaren eller läkaren förlorar på det. Med en altruistisk inställning ställer sig flera av distriktsköterskorna till förfogande för organisationens behov. När omständigheterna är goda kan den aktuella arbetsuppgiften överensstämja med deras intentioner att arbeta hälsofrämjande. I ”företaget”, som Sonja säger, kan distriktssköterskans ”hjälpinsatser” leda till andra lösningar än medicinska, när det behövs. Det är meningsfullt, samtidigt som det riskerar att leda till att vissa arbetsuppgifter hamnar hos dem efter andras bedömning, inte efter att de själva värderat arbetsuppgiften och fattat beslut om medverkan.

Sonjas mottagningsrum: [...] vi talar om andra insatser än medicinska som måste erbjudas till vårdtagare, barn och föräldrar. Sonja kommer in på vanliga problem och säger att hon som distriktssköterska måste ”utgå från företagets behov” Hon rättar sig och säger att hon menar mottagningens (läkarmottagningens) behov. Att det handlar om att gå in när det finns behov. Jag undrar vad det handlar om och hon menar att det kan vara stressproblematik och så säger hon man måste kunna hjälpa till där det behövs”

(Obs – 9)

I möjligheterna ligger ett förhållningssätt, som med Sonjas inställning kan beskrivas som en nyttoaspekt, samtidigt som den riskerar att upprätthålla principen om distriktssköterskorna som ”en allt i allo”, vars positiva inställning underlättar att kombinera läkarmottagningens arbetsuppgifter med de egna. På samma sätt som observationer från barnhälsovården visar att distriktssköterskornas växling mellan olika roller är viktig för samarbetet, visar utsagor att innebörder av yrket som ”brett” är något som flera av dem förknippar med möjligheter. Detta kräver träning och flexibilitet.

Lisa: Du måste gå in och träna Dig...studera.... [...] det är mottagningsköterska, distriktssköterska, BVC... [...] organisatoriskt hinder...gå in lite här och lite där. Man ska vara flexibel... [...]

A-C: Hur...vad ser Du då för möjligheter att utöva det yrkesspecifika i Ditt jobb?

Lisa: Ja möjligheterna är ju att vi har ett väldigt brett arbetsområde [...] kan tänka mig att distriktssköterskan har lite lättare åkommor...det är spännande...jag tycker att det är kul att byta
(I – 9)

Arbetsuppgifter som klassas som att ta hand om ”lättare åkommor”, innebär att distriktssköterskorna balanserar på gränsen till läkaryrket. När framtids-möjligheter diskuteras blir det ännu tydligare. Frågan är om det handlar om enskilda val eller i själva verket är ett uttryck för anpassning? Bland distriktssköterskorna finns vissa som använder sig av vad de upplever som läkares auktoritet och som innebär status i organisationen, medan andra beskriver möjligheter som en moderniseringsfråga där den egna professionen avgränsas mot läkarprofessionen.

Sonja: Man vill ju hänga med tycker jag. Man vill ju bli en bra distriktssköterska, en modern distriktssköterska [...] Man känner ju...jag får ju så himla bra kontakt med många och man vet mycket om dom och jag kan ju prata länge med varje patient. Men å andra sidan, världen snurrar ju inte runt vårdcentralen. [...] Hur stor del har man egentligen av en patients liv...den är ju inte så där jättestor även om många vill komma och dom är rädda, för när dom hör om indragningar och olika doktörer varenda gång...så är i alla fall distriktssköterskan den samma
A-C: Hon står fast där?

Sonja: Hon står fast där (skrattar) [...] Hon fixar...hon löser...[...] tipsar om vad dom (vårdtagare) kan göra för att må bra, när det är dags att söka doktor och...det runt omkring
(I – 7)

Det har tidigare framgått att frågan om hälsoarbetets utveckling förknippas med hinder och egna begränsningar. Samtidigt väcker det intresse hos vissa distriktssköterskor, som gärna talar om hälsoarbete som en möjlighet att arbeta pedagogiskt och målgruppsanpassat, ett arbete som är under utveckling och som väcker idéer och frågor, vilket innebär att andras, däribland föräldrars, förväntningar skulle kunna infrias.

Siv: [...] Det finns hur mycket som helst att göra. Naturligtvis! Det är bara att utveckla, jobba med överviktiga barn, Du kan jobba med eh...hur ser samhället ut idag,? hur har barnen det, mer aktiva på förskolorna? Se hur barngrupperna är, mår man bra, vad finns det att göra där, hur är det med hygien?...förebyggande arbete, förebygga infektioner...

A-C: Så detta har att göra med vårdtagares, föräldrars, barns...eh...befolkningens förväntningar?

Siv: På BVC är det så bra att föräldrarna förväntar sig hälsovård. Absolut!
(I – 8)

Att se behoven av folkhälsoinsatser ger möjligheter för distriktssköterskorna att reflektera över sina pedagogiska arbetsuppgifter, som flera av dem menar måste utvecklas. Detta är en insikt som skulle kunna leda till att distriktssköterskornas arbetsuppgifter blir konkreta, både till innehåll och till syfte.

A-C: Vad skulle det vara för aktivitet som Du genomför som kräver Din pedagogiska kompetens?

Sonja: Jag kan tänka mig att väcka tanken...att ha hälsogrupper eller vad man nu ska kalla dem. Ena gången pratar vi om mat, andra gången är det motion, tredje...hygien, må bra, att man på något sätt...pratar man motion så har man en lista med aktiviteter...anmäl Er...

A-C: Detta skulle Du...

Sonja: Ja gruppen skulle jag ha... [...] en antistress. Det kan ingå... [...] Jag har hört att det ska vara en läkare bakom ... [...] men tycker jag nog...man kan genomföra det här ändå...

(I – 7)

Sonjas inställning visar att det handlar om att se möjligheter. När distriktssköterskorna tar saken i egna händer visar de att folkhälsoarbetet skulle kunna genomföras i linje med styrdokument och uttalade intentioner, utan läkares medverkan. Detta tydliggör det självständiga i yrket.

A-C: Vem styr det förebyggande arbetet?

Catrin: Det är upp till en själv. Det är liksom inte någon som kommer utifrån. [...] det är inte direkt någon som...utan det får komma från en själv...

[...] A-C: Läkarmottagningen...distriktsläkare...har Ni något samarbete i dessa frågor?

Catrin: Inte mycket! [...] Det är nog mest i andra frågor...dom har fullt upp med sitt ordinarie arbete... Förebyggande hälsovård det är liksom inte....

A-C: Det hindrar inte Dig? Du jobbar ändå med det....

Catrin: Jaha det gör jag! Det kan man få höra...ibland att det är bra om man är två. Det är inte så käckt att vara ensam men jag tycker det är bättre att vara ensam

A-C: Vem säger att det är bättre att vara två?

Catrin: Ja...det är en del kollegor...[...]

A-C: Är det Din upplevelse att Du är självständig i folkhälsoarbetet?

Catrin: Ja det tycker jag [...]

A-C: Har Du makten att ta beslut dag för dag hur Din arbetssituation ska se ut...?

Catrin: Ja ganska bra...har jag det

(I – 2)

Catrin, som tidigare beskrivit att hon förväntas ha en roll som sjuksköterska, visar att det inte är nödvändigt att fästa så stor betydelse vid det. Som självständig distriktssköterska väntar hon varken på andras medverkan eller på att andra ska ta initiativ till hälsoarbete. Istället styrs hon av sin egen

övertygelse, samtidigt som hon ser att möjligheterna att fatta egna beslut är goda, vilket gör att det är på egna villkor som arbetet genomförs.

Organisation och arbetsvillkor

Den gemensamma arbetsplatsen på vårdcentralen medför praktiska hinder. Enligt distriktssköterskornas mening känner de sig styrda av ledningsorganisationen och har svårt att få gehör för sina egna specifika frågor. De upplever en känsla av ”vi och dom” i förhållande till läkarmottagningarnas personal.

Hinder från omvärlden

Ett tydligt hinder är organisationens brist på arbetsbeskrivningar. Distriktssköterskorna har svårt att dra skarpa gränser kring sin yrkesprofession. Siv menar att deras yrkesvardag ställer dem inför många olika arbetsuppgifter, som stundtals tänjer yrkesgränserna, och att detta kräver tydliga riktlinjer.

A-C: Ser Du några hinder?

Siv: Ja alltså, vi har ju inte någon tydlig arbetsbeskrivning och hälso- och sjukvårdslagen är ju ganska...det står det minsta, det man absolut måste göra men det står ju inte vad man mer kan göra. Det står ju inte preciserat om hälsoarbete.[...] Ehh...när man går till sin chef och säger att det här ska jag också göra och dom säger gör det som står i hälso- och sjukvårdslagen och så har dom små svarta hål som där det fattas folk och det är lätt att man tar in distriktssköterskan och täcka upp där [...] det är ju inte meningen, det är inte professionellt...och kan man inte sätta gränser är det ju risk att man tar på sig alldeles för mycket och i slutändan blir man missnöjd med sin arbetsinsats för man har ju ändå inte gjort det man skulle men man har gjort så mycket ändå men det var ju bara fel grejer...

(I-8)

”Små svarta hål”, är de hinder som distriktssköterskornas medverkan förväntas täppa till. Detta är inte meningen, enligt Siv, vars beskrivning visar den erfarenhet som finns. Arbetets innehåll innebär inte per automatik att den arbetsinsats distriktssköterskorna gör är den rätta ur kompetenssynpunkt. Avsaknaden av gemensamma riktlinjer och en samordningsansvarig distriktssköterska, kan förklara att distriktssköterskorna har svårt att avsäga sig arbetsuppgifter som inte är deras.

Siv: Arbetsbeskrivning och en samordningsfunktion....samordnaren träffar andra samordnare och pratar ihop sig [...] att man får en kompetensbeskrivning som ligger rätt, så att man inte går på något som var en helt annan persons uppgift [...]ha en samordnande sköterska för BVC, för vuxenvården....som ser till...håll Dig till professionen och som styr upp så att man gör det man ska göra, på rätt sätt. [...] Vi behöver det stödet...vi ska gå till vår chef och säga detta gör jag inte och...detta [...] samordnaren ser till att vi gör det vi ska ..att det finns en samordnare och en administrativ chef som ordnar vikarier, lön, sjukfrånvaro och så...då krockar inte den som sätter lönen med den som ska se till att jag jobbar funktionellt. Så ska det var tycker jag. Skiljda funktioner...

(I – 8)

Det har tidigare framkommit att oklara gränser finns mellan läkarmottagningarnas och distriktssköterskemottagningarnas arbetsuppgifter. Är gränserna otydliga upplever distriktssköterskorna att de får svårt att upprätthålla sin yrkesprofession och försvara sin kompetens. Samtidigt riskerar de att tappa sin status, och med kritiker på nära håll blir problemet påtagligt.

Pia berättar om yrkesmässiga förändringar och att hon tidigare upplevt både en yrkesstatus och en känsla av att vara respekterad som yrkesperson. Nu är det inte längre så, säger hon, och menar att flera kollegor upplever att vårdcentralens sjuksköterskor inte erkänner distriktssköterskornas yrkeskompetens. Jag undrar hur de kan styra och påverka distriktssköterskorna och Pia svarar att hon hört uttalanden från sjuksköterskor, att de varit tveksamma till ”vad distriktssköterskor kan göra som de själva inte kan”. Enligt Pia handlar det förmodligen om avundsjuka och att sjuksköterskorna inte ser distriktssköterskorna som något annan än en ”vanlig sjuksköterska”.

(Obs – 35)

Det är andras omdömen som ger yrket ett värde. Pia uttrycker inte vad distriktssköterskor ska göra enligt yrkets styrdokument. Däremot värderas professionsskillnader som en fråga om personlig avundsamhet, medan kompetensskillnader mellan distriktssköterskor och sjuksköterskor inte analyseras eller tillskrivs någon större betydelse. Med en och samma organisationstillhörighet utjämnas skillnaderna mellan de två yrkeskategorierna och professionsfrågan för distriktssköterskorna riskerar att bli ”hängande i luften”.

Catrin: [...] Det är ju så...det senaste...ja...avtalet vi distriktssköterskor är ju likasom inte med utan vi ingår i vårdcentralen som sådan. Vi är ju ingen egen kategori... som vi var vana vid att det var förr

A-C: Nähä...ingå i samma organisation men Ni har ju Er egen specifika yrkeskompetens...?

Catrin: Jo men.... [...]

A-C: Eh...har Du pratat...om Du säger detta...till Din chef i utvecklingssamtalet vad får Du för svar?
Catrin: Jaeh...man svarar väl inte...det hänger i luften
(I – 10)

Ett annat hinder är bristen på tid. Flera distriktssköterskor menar att ”tiden inte räcker till” för att utveckla eller förändra folkhälsoarbetet. Andra menar att de har en ambition, men att organisatoriska förändringar hindrar dem från att agera. Konkret innebär det att arbetet med egenvård inte framträder lika tydligt som andra arbetsuppgifter. Varken observationer eller utsagor visar att arbetet med egenvård är något som genomförs eller diskuteras som en pedagogisk arbetsuppgift. Trots inställningen att distriktssköterskor har ett ansvar i arbetet med egenvård, ses det som en bemanningsfråga och inte som en fråga om perspektiv. Preventivt arbete kräver eftertanke och tid.

Ulla: Jag tror mycket på det här med egenvård, alltså att vi som distriktssköterskor har mycket att ge där. Egenvård! Och det tycker jag att man ger för lite utrymme.
A-C: Det tycker Du?
Ulla: Ja ! Det tycker jag...ja
A-C: Hur kommer det sig då att Du inte tar utrymme för det?
Ulla: Ja...näe...det har väl med det här som jag märker här nu...man drar in en distriktsskötersketjänst alltså...där jag känner istället att där skulle man öka på distriktsskötersketjänster för att arbeta med just detta...egenvård i preventivt syfte va...
A-C: Hm...vad är det som hindrar Dig personligen från att utöva Ditt preventiva tänkande i detta då?
Ulla: Det är tiden. Det är tiden det handlar om alltså. Det är så pass mycket arbets-uppgifter som vi har..
(I – 3)

Flera distriktssköterskor ser folkhälsouppdraget som en del av arbetet, medan det är mindre förekommande att arbetet ses som en del av folkhälsouppdraget. Denna perspektivskillnad innebär en risk för begränsning av folkhälsoarbetet. Samtidigt finns det andra hinder. Det handlar om ekonomi och politik, som distriktssköterskorna menar påverkar deras yrkesutövning, och hindrar dem från att ta saken i egna händer och engagera sig i folkhälsoarbetets utveckling.

A-C: Hinder...?

Linda: Ge oss pengar. Det är ju där allt beror på idag.

A-C: Är det en fråga om pengar?

Linda: Ja det är väl resurser och pengar det är frågan om...

A-C: Vem har makten då...att besluta detta...Du... vad handlar det..?

Linda: Politiker. Absolut, eh...och att jobba förebyggande...det är ju det att vi inte får lov...men det syns ju inte nu.

(I – 6)

Att låta läkarbesöken styra verksamheten på vårdcentralen innebär att distriktssköterskornas verksamhet måste anpassas därefter. Att ta hänsyn till hur läkarmottagningarnas personal värderar folkhälsoarbetet och till hur vårdtagarärenden fördelas mellan läkare, sjuksköterskor och distriktssköterskor är en inställning som inte utmanar etablerade ordningar eller traditionella synsätt. Distriktssköterskorna själva undgår på så sätt ifrågasättanden och kritik. Samtidigt leder det till att den enskilda distriktssköterskan kan få svårt att hävda sitt yrkesmässiga ansvar. Sammantaget leder det till att arbetsdelningen upprätthålls, till fördel för läkarmottagningarnas arbetsuppgifter som framstår som självklara jämfört med distriktssköterskornas oklara hälsoarbete, som inte har ett lika tydligt utrymme.

A-C: Vad är det som...hinder...?

Sonja: Hmja...doktorerna drar in pengar, dom ska finnas i första hand, dom ska servas i första hand. Det gäller att få in patienter till dom, att man använder personalen där dom kan vara.[...]

A-C: Det här med förebyggande sjukvård ?

Sonja: [...] Det beror mycket på vad jag ska ha i framtiden, hur mycket patienter och om sjuksköterskorna för övrigt tycker att det är okey, att jag håller på med...man har ju hört lite så ...går inte om...och blir det väldigt mycket får man ju satsa på sjukvården främst då...och då är frågan om man hinner med...

A-C: Så sjuksköterskorna på vårdcentralerna är en styrfaktor menar Du?

Sonja: Kan de vara...patientantalet...

A-C: Om doktorn tar fler patienter och Du ägnar Dig åt hälsoarbete då?

Sonja: Detta (hälsoarbetet) borde ju ligga på...ligga i mitt arbete så man får göra utrymme för det.

(I – 7)

Skillnaden mellan de olika arbetsuppgifterna och hur de prioriteras leder till en obalans som riskerar att begränsa vårdtagares och anhörigas tillgång till hälsofrämjande aktiviteter. Det förefaller som om läkarkårens inställning till distriktssköterskornas folkhälsoarbete påverkar hur pass prioriterat det blir i vårdcentralens verksamhet. Organisationens ekonomiska begränsningar och ett ökat antal vårdtagare hindrar distriktssköterskorna från hälsofrämjande

arbete. Hur vårdcentralen bäst kan ha nytta av distriktssköterskorna överordnas frågan om hur distriktssköterskorna bäst kan ha nytta av vårdcentralen i hälsoarbetet.

När praktiska hinder förs på tal befarar flera av distriktssköterskorna att deras medverkan i föräldrautbildning kommer att minska, eftersom antalet barn i BVC-verksamheten successivt ökar och därmed antal utvecklingskontroller.

A-C: Hinder...ja ...fler barn per distrikt säger Du. Det ställer till det?

Linda: Ja det gör det. Arbetssituationen förändras.

A-C: Vad är det som förändras då?

Linda: Det är frågan om vi kan ha lika många föräldraträffar. Jag har ju i princip erbjudit alla men det har jag ju begränsat nu från hösten utom förstagångsföräldrar, och frågan är hur mycket ska man sätta igång med eller ska dom (föräldrarna) sköta det (utbildningen) själva, fixa lokaler, andra ställen eller ska vi fortsätta att driva det... [...] vi har ju tvåårskontrollerna, fyraårskontrollerna, fem och ett halvårskontrollerna...

(I-6)

Den beskrivna förändringen riskerar att marginalisera distriktssköterskornas medverkan i familjestödande arbete och andra hälsofrämjande insatser. Arbetet riktas istället in på hälsoproblem som är långt gångna och som kräver andra utredningsinsatser och specialistkunskap. Hälsoproblem, exempelvis övervikt, blir till en fråga om medicinskt utredningsarbete, där helhetstanken reduceras till kontrollåtgärder.

Linda: Man kanske får nischa sig ännu mycket mer. Någon distriktssköterska som ska sköta tjocka barn och nån som ska ha barn med syndromgrejer och dom här bokstavskombinationsbarnen, jag vet inte men det kan tänkas. Och då blir det ju ännu mera smalt.

A-C: Går helheten förlorad då...mot familjen och...?

Linda: Det tycker jag. Det är ju som man känner i många sammanhang då det gäller både barn och vuxna.

(I – 6)

Med ett framtidsscenario som det Linda pekar på, riskerar distriktssköterskorna att mista sin position i barnhälsovården, som traditionellt givit yrkeskåren anseende och status. Om andra får styra, kan det medföra att distriktssköterskorna tillskrivs arbetsuppgifter som inte är deras och som de saknar formell kompetens att utföra.

Personalrummet: Anna ska tillsammans med en kvinnlig läkare genomföra eftermiddagens BVC-mottagning. De förbereder sig och talar samtidigt om bristen på läkare på BVC och läkaren menar att när det är brist så borde det satsas mer på distriktssköterskorna. De talar om skolhälsovården och om besparingsåtgärder. Läkaren upprepar sin åsikt om distriktssköterskor som ersättare. Hon tillägger: ”med de besparingar som gäller borde distriktssköterskorna snabbutbilda sig”. Hon tittar på Anna och säger: ”Ni kan lika gärna lyssna på hjärtan, känna på testiklar och titta på ryggar. Det gör ni lika bra som vi”. Anna sitter tyst. Hon nickar och läkaren säger att hon tycker att det skulle vara mycket bättre än att hyra in dyra doktorer som inte känner barnen lika bra som distriktssköterskorna gör.

(Obs – 30)

Det är vid de medicinska utvecklingskontrollerna som distriktssköterskors och läkares kompetens skiljer sig åt, vilket utifrån läkarens förslag kan utjämnas med hjälp av effektiv utbildning för distriktssköterskorna. Detta visar hur problematiskt det är för distriktssköterskorna att slå vakt om yrkesmässiga värden, att det finns strukturer som upprätthåller föreställningar om medicinsk kompetens som mera viktig och som hindrar distriktssköterskornas från tydliggöra sina egna frågor. Detta speglar deras vilshenhet i yrkesutövningen. Eller, som en av dem säger, ”vi blir varken det ena eller andra”. Denna inställning stämmer med utsagens beskrivningar av distriktssköterskeprofessionen som svårdefinierad.

Att vara i ett ingenmansland

Att vara i ett ingenmansland har dubbla innebörder. Det är numera den kommunala hemsjukvårdens ansvar att bedriva vård- och omsorgsarbete för svårt sjuka och döende vårdtagare. Bara i undantagsfall konsulteras distriktssköterskorna för uppdrag avseende dessa vårdtagare. Tidigare arbetsuppgifter har försvunnit, samtidigt som andra, exempelvis förskrivning av vissa läkemedel, pedagogiskt hälsoarbete och egenvård, har tillkommit. Förändringen har för vissa distriktssköterskor inneburit en förlust och några menar dessutom att det hindrar dem från ett helhetstänkande. När de inte längre arbetar med människor ”från vaggan till graven” som tidigare, har det uppstått ett tomrum i yrket, ett ingenmansland. Detta ger en situation som leder till att självständigheten i yrket ifrågasätts, liksom yrkesrollen.

Personalrummet: [...] Pia talar om områden som skulle kunna ingå i hälsoarbetet. Menar att distriktssköterskor är skyldiga enligt lag att arbeta med det och säger ”det är oplöjd mark ännu så länge”.[...] Lena kommer in i samtalet. Ibland får

man vara ställföreträdande doktor” säger hon och undrar vart yrkesrollen är på väg. Tidigare var distriktssköterskan förknippad med yrkespondus och en självständighet, tillägger hon, och säger också att det verkar vara på väg bort liksom helheten. [...] Kajsa spekulerar i nya arbetsområden och säger att hon tror att ”stressområdet kanske skulle kunna utvecklas”.

(Obs – 2)

Citatet visar att diskussioner förs om hälsoarbetets innehåll och att distriktssköterskorna är medvetna om sin skyldighet att medverka. Oftast handlar diskussionerna om individuella idéer och nya arbetsuppgifter, däremot utvärderas pågående arbetsuppgifter inte ur ett folkhälsoperspektiv. Med principen ”från vaggan till graven” har de tidigare haft lättare att beskriva helheten i yrket, eftersom de förknippar helhet med ett arbete för människor i alla åldrar. Som en fråga om målgruppsanpassat hälsoarbete är helheten svårare att definiera, vilket riskerar att leda till en maktkamp. Några uttalar öppet sitt missnöje över förändrade arbetsvillkor, som de menar begränsar deras möjligheter att enas i frågan. Andra ser en frihet i att själva kunna bestämma och de gör tanke och handling till ett. Med en intention att förstå vårdtagare ur ett helhetsperspektiv, kan de knyta diskussioner om livsstil till medicinska kontrollåtgärder.

Distriktssköterskemottagningen: Sonja arbetar med förmiddagens mottagningsverksamhet riktad mot vuxna vårdtagare. [...] En äldre kvinna kommer in och berättar sitt ärende. Hon vill kontrollera sitt blodtryck. [...] Sonja samtalar med kvinnan som berättar att hon läst i FASS om sin blodtrycksmedicin. Sonja ber henne berätta hur hon mår. De talar en stund. [...] Sonja kontrollerar blodtrycket i båda armarna. Säger att det är bra och att kvinnan kan avvakta en månad med en ny kontroll. Kvinnan säger att hon är nöjd, att det känns bra att komma till Sonja. [...] Sonja frågar om kvinnan prövat massage för sitt höga blodtryck. De samtalar en stund om fördelarna med en sådan åtgärd. [...] Sonja föreslår promenader och kvinnan svarar att hon promenerar i samband med sina torginköp. De skrattar och Sonja tillägger ”ja Du äter väl grönsaker också”...det är bra. Du ser, vi har lite koll” De pratar lite till om kostens betydelse för hälsan.

(Obs – 25)

När vårdtagares medicinska problem kontrolleras av distriktssköterskorna är det mindre förekommande att ett helhetsperspektiv på arbetsuppgiften framträder så tydligt som i citatet. Det är möjligt att vårdtagares ärenden blir så tagna för givna, att distriktssköterskorna har svårt att fästa uppmärksamhet på andra aspekter än de medicinska, vid exempelvis blodtryckskontroller. Gruppen av distriktssköterskor i stort reflekterar inte över hur individuella levnadsvanor hos vårdtagare kan utvecklas till frågor om hälsosamtal, med

distriktssköterskorna som ansvariga. Att vara i ett ingenmansland är att vara på väg mot en oviss framtid.

Distriktssköterskemöte[...] Diskussionen handlar om kompetensutveckling, innehåll och om nya arbetsuppgifter när gamla försvinner, om vad som är yrkets morgondag.[...] Kaffet serveras, kakan bjuds runt. [...] Siv vänder sig mot mig och säger ”vi är på väg in i ett ingenmansland”. De talar om framtiden och risken för besparingar. Siv säger att hon är rädd för att organisationstillhörigheten, att tillhöra vårdcentralen som ”tar över” begränsar den frihet som tidigare kännetecknat yrket. Distriktssköterskorna är inte alls överens med vårdcentralens personal om att den gemensamma tillhörigheten är bra.[...] Vi får avvakta säger någon.

(Obs – 7)

Utsagor och observationer visar att distriktssköterskorna talar om morgondagens utmaningar på ett övergripande sätt, men att konkreta och gemensamma överenskommelser kring struktur, innehåll och genomförande av målgruppsanpassat hälsoarbete är svårare att fatta beslut om. Vårdcentralens läkarmottagning, som till skillnad mot distriktssköterskornas ingenmansland symboliseras av ett ”alla-mäns-land”, har emellertid en annan ordning. Där har läkarna sin tillhörighet, de flesta män, och där sker sanktionerna, kring medicinska och preventiva aktiviteter. Med distriktssköterskornas medverkan görs riktade insatser mot vuxna vårdtagare med ohälsoproblem, exempelvis astma och diabetes. Problemvägränsade projekt pågår, på initiativ av läkemedelsföretag, och läkarkonsultationer med ett preventivt och hälsofrämjande förhållningssätt erbjuds. Observationer visar att, när internutbildning sker i personalutvecklande syfte, står folkhälsofrågor och utbildning om preventivt arbete på agendan för all personal i den gemensamma organisationen. Därför finns det inte längre några försäkringar om att det endast är distriktssköterskor som är specifikt kompetenta i hälsofrågor.

[...] Ulla berättar om en tidigare anställd läkare som varit intresserad av hälsoarbete och rökningens skadeeffekter. Då blev problemet tydligt, berättar Ulla men nu har läkaren slutat sin anställning och ”problemet har inte längre samma tydlighet och fokus” säger hon. Påverkar det arbetet? frågar jag och hon svarar att det gör det och att hon tycker att man ska arbeta i team med ett sådant problem liksom med andra hälsofrågor. ”Några doktorer är mer intresserade av något, andra av något annat” säger hon och menar att det påverkar det egna arbetet.

(Obs – 19)

Citatet visar varifrån intresset för arbetsuppgiften förväntas komma, vems bedömningar som är avgörande och vilka som rättar sig därefter. Att det finns en fördel med att arbeta i team framförs av flera distriktssköterskor, med motivet att en blandad yrkeskompetens fyller en funktion eftersom ohälsoproblemen kräver olika interventioner. Det innebär att gruppen distriktssköterskor i stort hellre avvaktar läkares medverkan, än avgränsar egna syften och arbetsuppgifter i målgruppsanpassat hälsoarbete. De blir vilsna och ensamma i sitt ingenmansland och, sett som en beskrivning av deras mottagningsverksamhet, framstår de som mindre självständiga när arbetsuppgifterna förändras. Samma verksamhet beskriven som ”den lilla mottagningen i den stora” (Tema ett) innebär däremot det motsatta. Här känner de sig hemmastadda, samtidigt som arbetsuppgifterna liknar läkarnas i större utsträckning.

För distriktssköterskor med ansvar för skolhälsovård, betyder ingenmanslandet att de är ensamma i en utbildningsorganisation. Detta påverkar deras möjligheter att bedriva folkhälsoarbete. Det blir en fråga för ansvarig skolledning, som på så sätt kan vara ytterligare en styrfaktor.

Distriktssköterskemöte [...] Vårdcentralens ekonomi diskuteras i stora drag. Från arbetsledarhåll har distriktssköterskorna fått information om att organisationen har ekonomiska problem. Det är inte säkert säger Siv och Lisa att pengarna kommer barnen till godo när det gäller hälsofrämjande arbete [...] Lisa tittar på mig och säger: ”vi är i ett ingenmansland”. Hon tycker att distriktssköterskor blir klämda mellan beslutsfattare som till exempel rektorer och på vårdcentralerna är det läkarna som styr vad som blir distriktssköterskans arbetsuppgift och yrkesroll.

(Obs – 12)

Distriktssköterskorna har erfarenheter av personalnedskärningar i de egna leden, vilket kan förklara att de avsäger sig ansvaret att ta kontroll över sitt ingenmansland, i avvaktan på ytterligare förändringar. De skulle kunna tillvarata sina intressen och bevaka sina professionsfrågor, vilket inte sker. Deras ingenmansland framstår i själva verket som en plats i organisationen där flera av dem inte vill vara.

Att vara vi och dom

Observationer och utsagor visar att distriktssköterskorna stundtals kan känna ett utanförskap i organisationen. Det handlar om upplevelser av att inte vara

lika betydelsefulla som andra, att deras arbetsuppgifter inte är lika viktiga som andras. När personalen samlas till arbetsplatsträffar visar observationer att frågor som berör läkarmottagningarna bearbetas och diskuteras i första hand, medan distriktssköterskorna blir uppmanade att spara sina problem till andra tillfällen, där de träffas enskilt. Samma ordning gäller även då personalen deltar i personalutvecklande aktiviteter.

Dag 2 - Utvecklingsdagar i X-stad: [...] Det pågår en gemensam diskussion där samtliga arbetsgrupper ska redovisa sina synpunkter på hur vårdcentralen kan göras bättre. [...] Den ansvariga arbetsledningen håller i diskussionen och läkarnas arbetssituation diskuteras. Distriktssköterskorna sitter tysta. En av de ansvariga ledarna vänder sig mot en av de nyanställda läkarna och frågar hur han har det med sina nya arbetskamrater och sin arbetsplats, om han har några önskemål. Han svarar och sedan vänder sig arbetsledaren mot några av distriktssköterskorna som satt sig tillsammans och säger: ”är det några speciella frågor som gäller Er...får Ni ta upp det när Ni träffas”. En av distriktssköterskorna nickar jakande. [...] Jag slår följe med Siv till matsalen och jag undrar hur hon ser på dagens diskussion, om frågorna varit aktuella för distriktssköterskorna. Hon svarar att hon haft svårt att se det och att det inte är någon idé att säga något för ”dom gör ändå som dom vill”. Jag undrar vilka dom är och hon svarar att ”det är cheferna som går läkarnas ärenden och vi som är distriktssköterskor är inget värda”.

(Obs – 55)

Med små nyanser av åtskillnad markeras från arbetsledarhåll vems intressen som ses som primärt intressanta för alla, och vilka som kan vänta. Att vara vi och dom innebär att andras frågor förväntas intressera distriktssköterskorna, även om de själva är av annan åsikt.

[...] Vi är på väg att åka hem från utvecklingsdagarna i X-stad. Jag talar med Siv och vi summerar våra intryck. Hon berättar att hon inte är särskilt nöjd med att ha åkt med, att hon hellre varit hemma och arbetat viktigare saker. Det har ju bara varit läkarmottagningarnas personal som haft nytta av frågorna säger hon och tillägger att hon hört liknande kommentarer från flera av sina kollegor. Det är ”slöseri” med dyrbar tid och det ”är bättre att sköta sig själv” menar hon. Läkarnas frågor är centrala i sammanhanget hon och hennes åsikt stämmer med vad jag själv hört från andra av hennes kollegor.

(Obs – 55)

Att vara vi och dom återspeglas också då personalen diskuterar sin framtid i mindre arbetsgrupper. Trots att samvaron med övrig personal säjs främja relationer mellan olika yrkesgrupper, har distriktssköterskorna en distanserad hållning. De är avvaktande i gemensamma diskussioner och uttalanden som ”det här är inte för oss” och ”jag undrar varför vi ska vara med” visar att de

inte känner sig delaktiga. Samtidigt är deras upplevelser av utanförskap anmärkningsvärda. Det förefaller som om de föredrar att sköta sina angelägenheter på egen hand och när de har möjligheter att slå vakt om sin yrkesprofession och sina kompetensfrågor frånsäger de sig medverkan och anspråk på utrymme i diskussionen.

Dag 1-Utvecklingsdagar i X-stad: [...] En extern föreläsningskonsult och folkhälsoplanerare deltar i syfte att initiera en diskussion kring utvecklingen av vårdcentralens hälsoarbete. Han talar om alkoholforskning och alkoholvanor. Han blir avbruten av en av läkarna som ifrågasätter vad som sägs. Konsulten säger att han håller med läkaren att alkoholproblem kan vara biologiskt betingat. De resonerar en stund och sedan fortsätter konsulten att tala om kostens betydelse för hälsan. En distriktssköterska frågar om konsulten tycker att hennes kostvanor är dåliga. Hon redogör för dem och konsulten svarar vad han tycker är bra. [...] En annan distriktssköterska säger att hon tycker att ”man som mamma” inte kan vaka över sina barn och deras matvanor” och konsulten svarar att hon måste hitta andra strategier [...] Han fortsätter att tala om livsstil samtidigt som han vänder sig mot en av läkarna och efterfrågar dennes erfarenheter av ohälsoproblem hos sina vårdtagare. Läkaren sammanfattar sitt svar och fortsätter att berätta hur han ser på bristen på fysisk aktivitet. Konsulten säger att han håller med läkaren. [...] En av distriktssköterskorna frågar, vänd mot läkaren, hur denne ser på socialt arv i relation till fysisk aktivitet. Han svarar att socialt arv har betydelse men blir avbruten av en annan läkare som vänder sig mot distriktssköterskan och börjar tala om en studie han tagit del av och som visar att fysisk aktivitetsförmåga kan relateras till skelettets bentäthet. Konsulten tittar uppmärksamt på honom och nickar. Han håller med. [...] Ungdomars livsstil diskuteras. Distriktssköterskorna sitter tysta.

(Obs – 55)

Det som sker i situationen skulle kunna förklaras av att det finns en stabil genusordning som är till fördel för männen. Andras medverkan, däribland externa konsulter, liksom läkares, snedfördelar maktbalansen till nackdel för distriktssköterskorna som undviker kompetenskonfrontationer, debatter och ansvarsfrågor. Ju närmare den medicinska expertisen, desto starkare återhållsamhet från distriktssköterskornas håll, vilket leder till en undfallande hållning som troligtvis speglar deras känsla av utanförskap. Samtidigt riskerar arbetsgivarens beslut att knyta folkhälsofrågor till personalutveckling, att debatteras som en medicinsk fråga. Detta leder till att distriktssköterskorna inte uttrycker sin syn på de aktuella problemen. Det är anmärkningsvärt, med tanke på att distriktssköterskorna förknippar sitt arbete med ett sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande yrkesuppdrag, vilket borde vara av intresse i sammanhanget.

Som tidigare framgått förefaller det som om distriktssköterskornas medverkan i folkhälsoarbetet är otydligt, vilket förmodligen påverkar andras inställning till dem som yrkesgrupp, och förstärker deras upplevelser av ”vi och dom”. När läkemedelsföretag efterfrågar vårdcentralens kompetens i folkhälsofrågor når inte deras förfrågningar distriktssköterskorna i första hand, utan läkare och sjuksköterskor vid läkarmottagningarna. Det innebär att distriktssköterskorna inte får en primär roll i sammanhanget.

Pia och Sonja berättar att de samma morgon blivit uppmanade av arbetsledningen att delta i ett informationsmöte om hälsoutbildning för vuxna vårdtagare med diagnos depression. Initiativtagare är ett läkemedelsföretag och syftet med utbildningen är att kombinera farmakologisk behandling med hälsoutbildning. Pia och Sonja säger att de är tveksamma till projektet och att de inte känner sig delaktiga men att de ska gå på mötet. [...]Läkemedelskonsulten berättar om projektet och vänder sig mot de närvarande läkarna. Hon poängterar att projektet inte syftar till en terapibehandling, utan till utbildning där vårdtagare ingår i mindre studiegrupper med syfte att arbeta med livsstilsfrågor under en längre tid. Hon berättar om vårdcentraler som varit skeptiska till idén men som ändrat uppfattning”. Problemet är att stoppa alla patienter som vill vara med” säger hon och en av läkarna nickar jakande på huvudet när hon frågar om de känner sig ”peppade för uppgiften?” [...] Jag ber konsulten att berätta för mig hur projekt-idén föddes. Hon svarar att det blivit mer och mer klart för företaget hon arbetar i att det finns psykiska ohälsoproblem som inte enbart kan åtgärdas med farmakologisk behandling. Hon säger ”när inte huvudman sköter sitt uppdrag som huvudman borde göra, då gör vi det” Hon menar hälso- och sjukvården och jag frågar henne hur hon ser på distriktssköterskornas medverkan. Hon svarar att det bara är några distriktssköterskor från andra vårdcentraler som ”nappat” på förfrågan om medverkan och att ingen på denna central visat intresse, förutom de på läkarmottagningen. [...] Jag frågar Sonja hur hon ser på sin eventuella medverkan och roll i projektet. Hon svarar att hon kan få en förmedlande roll eftersom hon har kännedom om personer som inte mår bra psykiskt. Hon kan slussa dem till projektet. [...] Jag går vidare till Pia och frågar henne samma sak. Jag får till svar att hon ”ännu så länge inte kan se sig delaktig”. Hon tycker att projektet är förbi planeringsstadiet. Det var nog ”inte var meningen att vi skulle vara med” säger Pia.

(Obs – 31)

Komplexiteten mellan intention och praktiskt genomförande konkretiseras genom arbetet. Det är inte distriktssköterskorna som framträder, i en fråga som rimligtvis borde engagera dem, och det är inte distriktssköterskorna som tar vara på möjligheten att styra, planera och påverka den aktuella arbetsuppgiften. De tackar nej till ett samarbete som innebär läkares medverkan, vilket är anmärkningsvärt med tanke på att det är ett vanligt förekommande önskemål när riktade hälsoprojekt förs på tal. Tvärtom drar

de sig tillbaka, med motiveringen att ha blivit tillfrågade i andra hand, vilket naturligtvis är en förklaring. Eller så tycker de att de inte har något att komma med.

Att vara vi och dom skapar också en betydelse åt organisatoriska målformuleringar och åt vars och ens plats och arbetsuppgift i organisationen. När personalutvecklande aktiviteter pågår, i syfte att kvalitetssäkra arbetsplatsen, visar observationer på liknande sätt som från föräldrautbildning att det finns ett mönster av traditionella värderingar såväl explicit som implicit uttryckta, som pekar på vilka personer som ska finnas var.

Grupparbete: [...] klockan är 18.45. Verksamhetsmålet är nedtecknat på ett overheadblad: ”Nya arbetsuppgifter för personalgrupperna är rätt man på rätt plats, på rätt tid som gör rätt saker = VÅRT MÅL!” De ansvariga i arbetsledningen uppmanar arbetsgrupperna att ta med sig målformuleringen och diskutera vad målet innebär och hur det kan uppfyllas. Jag slår följe med en av grupperna till anvisat rum. [...] Arbetsgruppen består av en läkare, en undersköterska, en läkarsekreterare och två distriktssköterskor. Förutom läkaren som är man, är övriga kvinnor. När vi satt oss tar läkaren genast upp hur han tycker att gruppen ska gå tillväga med uppgiften, han efterfrågar struktur och vill att alla tar med sig sina synpunkter tills nästa dag då gruppen ska träffas igen. Utan att tillfråga de andra tar han rollen som diskussionsledare. Han ber om mina synpunkter om hur de ska få nöjdare patienter. Jag svarar att jag inte vill delta i diskussionen då detta inte är mitt syfte. Han nickar och säger att det okey. [...] Han tittar runt på deltagarna och ber dem säga något, var och en, och tillägger att om man inte vill ”så får man passa”. [...] Distriktssköterskan från läkarmottagningen talar om läkarnas telefontider, den andra sitter tyst. Läkaren lyssnar och säger att ”Du äger denna fråga... Du måste driva den vidare i arbetsgruppen”. Han vänder sig till den andra distriktssköterskan och frågar om hon har något problem att dryfta. Hon svarar att hon är osäker på om telefontiderna är ett gemensamt problem. Något annat vill hon inte tillföra. Läkaren svarar ”vi får väl hjälpa Dig” [...] Klockan är 19.20. De talar om tillgången på läkare.[...] Läkaren menar att ”man är på rätt väg, strukturen har satt sig” Distriktssköterskorna sitter tysta. De har inte varit delaktiga i diskussionen. [...] Läkaren tittar på sin klocka och konstaterar att tiden gått fort. Han reser sig och säger att andra trevligheter väntar. Gruppen upplöses.
(Obs – 55)

Könsroller får en konkret betydelse i yrkesvardagen och när kvinnligt och manligt kommuniceras leder det till en arbetsdelning som medför att läkaren tar kommandot. Innehållet styrs upp, samtidigt som övriga deltagare uppmanas att reflektera, men utan ifrågasättanden från övriga kan läkaren

styra mötet till att handla om läkarmottagningens problem. Verksamhetsmålet, som är formulerat från arbetsgivarhåll och utan arbetsgruppens medverkan, visar att det är läkaren (mannen) som är rätt person i sammanhanget, trots att majoriteten av personalen tillhör andra yrken. Möjligheterna för gruppen att diskutera ett förbättrat samarbete, görs till en fråga om hur sekreterare och sköterskor kan bidra till lösningar på logistikproblematiken på läkarmottagningarna. Att vara rätt man på rätt plats är att styra och ta plats.

Rätt man på rätt plats får en symbolisk betydelse, då bristen på läkare diskuteras i andra personalsammanhang och görs till allas angelägenhet. Med skämtsamma undertoner sker en värdering av vem som är mest betydelsefull och, underförstått, dyrbar.

Arbetsplatsträff (APT) läkarmottagningen: 22 kvinnor varav 7 distriktssköterskor och 2 manliga läkare. [...] Någon från arbetsledningen tar upp bemanningsfrågan för läkare. Det är svårt att få läkare att stanna. En av läkarna avbryter och säger att han vill att man diskuterar hur läkarmottagningen kan bli bättre. Säger ”vi har inget att erbjuda...det är brist på läkare. Någon från arbetsledningen avbryter och säger ”men vi har en bra arbetsgrupp...pengar är ju inte allt. Det måste vi berättas... kanske värva...någon i slakten”. Det sägs på ett skämtsamt sätt och några småler och skrattar till.

(Obs – 13)

Distriktssköterskornas medverkan i organisationen och eventuella besparingar väcker, till skillnad från när läkarnas medverkan diskuteras, inte några reaktioner.

APT: [...] Från arbetsledarhåll meddelas att arbetsledningen diskuterat distriktsskötersketjänstgöring på lördagar. Distriktssköterskorna kommenterar det som sägs och någon från arbetsledningen uppmanar till förståelse, då ekonomin är ansträngd. Det handlar om sparförslag och åtgärdsplaner, och så informeras gruppen om att en distriktsskötersketjänst å 75% dras in. ”Vi ska också se över BVC” säger någon från arbetsledningen och läser i verksamhetsberättelsen och säger att det står inte så mycket om doktorer. ”Det är synd”. Menar att verksamhetsberättelsen haltar. Den är inte fullständig, den kan bli bättre. Det är tyst.

(Obs – 13)

De båda ovanstående citaten visar de båda yrkesgruppernas olika framtoning. Som arbetskamrater deltar både läkare och distriktssköterskor bland övriga i arbetsgruppen, i ett sammanhang som syftar till delaktighet och arbetsplatsutveckling. Samtidigt riskerar den officiella markeringen från arbetsledningshåll att gå stick i stäv med syftet. Påföljden kan bli att distriktssköterskornas upplevelser av ”vi och dom” förstärks.

Att vara vi och dom är tvetydigt. Sett ur läkares perspektiv är det stundtals tveksamt om det innehållsmässiga i deras arbete är av intresse för distriktsköterskorna.

APT: [...] En av läkarna talar om ett projekt som läkarmottagningen är delaktig i. Det handlar om stöd till kvinnor som har det svårt och blivit misshandlade. Han tar upp rättsmedicinska aspekter av problemet. En av distriktsköterskorna frågar om ett märkningsformulär, hur kroppsskador kan dokumenteras. Mallar, frågeformulär? undrar hon. Läkaren svarar och tillägger ”vet inte hur intressant det är för Er med ett rättsmedicinskt intyg”. Han vänder sig mot några av distriktsköterskorna som sitter tillsammans. Distriktsköterskan som frågat tystnar. Läkaren berättar att projektgruppen representeras av personal från sociala myndigheter, polis, samt distriktsköterskan som arbetar på läkarmottagningen.

(Obs – 13)

Med tanke på att distriktsköterskornas arbete i hög grad är kvinnorelaterat, är det anmärkningsvärt att de inte är intressanta ur läkarnas perspektiv. Distriktsköterskorna möter dagligen mödrar och barn, varför det är troligt att kvinnor som far illa också finns i deras kontaktnät. Det borde innebära att det är distriktsköterskorna skulle vara i centrum i diskussionen och att det framförallt är de som skulle ha synpunkter på samarbetet och visa att de själva har en funktion att fylla i sammanhanget. Läkarna efterfrågar inte deras medverkan, något som kan förklaras av att kvinnornas problem blir kända först när de är i behov av läkares medicinska kompetens, och att stödjande åtgärder förmodligen inte varit aktuella innan dess.

Det finns vissa inslag i den gemensamma arbetsmiljön som också framstår som en ”vi och dom-aspekt”. Litteratur och tidskrifter som finns tillgängliga i bokhyllor och information som finns på anslagstavlor och i väntrum visar implicit organisationens medicinska värdegrund.

Jag undersöker personalrummets tidskriftshylla som innehåller tidskrifter klassade som medicinsk facklitteratur: Incitament, Smittskydd, Barn och Cancer, Allmänmedicin, Dagens medicin o.s.v. Några tidsskrifter med tema folkhälsa eller liknande finns inte. En av distriktsköterskorna står däremot som prenumrant på tidsskriften Diabetes. I bokhyllan är litteraturen sorterad efter medicinska teman om: akutvård, allergologi, anestesi, gynekologi, infarkt, kardiologi, lungmedicin o.s.v. Förutom den medicinska litteraturen finns ett medicinskt uppslagsverk. Utbildningsmaterial i form av videoband har teman som: astma, vardagsonkologi, cardiologi, epiglottit och gastroskopi. Förutom en informationsvideo från Tallmogårdens hälsohem finns inget ytterligare under tema hälsa eller hälsovård.

(Obs – 44)

Den medicinska litteraturen har ett värde, men frånvaron av kunskapsområden som är aktuella för sjuksköterskor och distriktssköterskor visar också hur gränser mellan yrkesgrupper upprättas, och vilken kunskap som anses vara viktigast.

Vi sitter i personalrummet och jag frågar Ulla om tidsskrifter för distriktssköterskorna. Hon har inte tänkt på det säger hon, för hon tycker inte att hon hinner läsa något vid rasterna. Ibland bläddrar hon i någon tidning berättar hon men tillägger att det kanske är onödigt dyrt att köpa in andra tidningar än de som finns, om ingen ändå inte läser dem. Vi ska ju tänka på att spara i dessa tider säger hon.

(Obs – 44)

I distriktssköterskornas egna mottagningslokaler består informationsutbudet mestadels av broschyrmaterial från läkemedelföretag och apotek. Vanligast förekommande är information kring sjukdomar och ohälsa, exempelvis diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och inkontinensproblem. Anslagstavlor innehåll har övervägande ett informationsinnehåll som visar att andra yrkesgrupper än distriktssköterskor är ansvariga. Det handlar om friskvård, samtal och rådgivning och i undantagsfall finns information om distriktssköterskornas egna aktiviteter. Vårdtagare hänvisas på så sätt till andra yrkesprofessionella personer och aktiviteter, vilket kan fylla en funktion samtidigt som det urholkar innehållet i distriktssköterskeprofessionen.

Sammanfattning

Ur personaladministrativ och praktisk synvinkel är distriktssköterskornas organisatoriska tillhörighet till vårdcentralen fördelaktig. Arbetsledningen finns på nära håll, vilket innebär korta beslutsvägar och effektivt informationsutbyte. Ur distriktssköterskornas synvinkel innebär däremot inte den gemensamma organisationen att de känner delaktighet med övrig personal. Att utvecklas genom och med sina arbetskamrater vid läkarmottagningarna är svårt och enligt distriktssköterskorna är det läkarna som uppfattas som organisationens elit.

Förändringen, som medfört att distriktssköterskorna ingår i vårdcentralernas organisation, innebär enligt fleras mening att de har svårt att dra skarpa gränser kring sin profession. Deras medverkan efterfrågas i arbetsuppgifter som liknar läkarnas, eftersom det i stor utsträckning är läkarbesöken som styr

verksamheten. Det innebär att distriktssköterskorna måste försvara sitt hälsoarbete, samtidigt som skillnaderna mellan sjuksköterskors och distriktssköterskors kompetens suddas ut, vilket innebär att arbetsdelningen blir till läkarmottagningarnas fördel. Förändringen innebär att flera distriktssköterskor upplever ett utanförskap, det handlar om att så obemärkt som möjligt smälta in i organisationen. Detta leder till att de känner sig obekräftade av arbetsledning och arbetskamrater. Som yrkesgrupp hamnar de i en mellanposition i organisationen. Personliga revirstrider och egna begränsningar överordnas kollektiva överenskommelser, samtidigt som funktionsfrågan villkoras av individuella tolkningar, varvid det gemensamma maktutrymme begränsas. Successiv tillvänjning och kontinuerligt genomförande av vardagliga arbetsuppgifter medför att deras position i organisationen blir otydlig, liksom deras roll i hälsoarbetet. Vissa distriktssköterskor låter sig inte påverkas, varken av föreställningar som begränsar eller av vardagliga hinder. De använder istället det handlingsutrymme de menar sig ha för att utveckla hälsoarbete, vilket innebär att de använder sin positionella makt. Efter egna övertygelser och med individuella metoder tar de aktuella tillfällen i akt att påverka vårdtagare i livsstilsfrågor och till hälsofrämjande beslut.

Särskilt tydlig är föreställningen om distriktssköterskors yrkesutövning som ett ingenmansland. "Ingenmansland" är en symbol som speglar distriktssköterskornas känslor av utanförskap. Symbolen skulle kunna tolkas som att de upplevde frihet och självbestämmande, men innebär istället att de avsäger sig positionell makt att driva folkhälsoarbetets utveckling. De efterfrågar läkarnas medverkan och det är först när dessa visar intresse som distriktssköterskorna, med egen verksamhet, menar att det ger status åt genomförandet. Distriktssköterskornas känsla av utanförskap bekräftas av observationer som visar att, när externa samarbetspartners deltar i organisationens personalarbete fäster de, liksom arbetsledning och läkarna, större uppmärksamhet på läkarmottagningarnas personal och aktiviteter, än på vad som sker i sammanhang där distriktssköterskorna medverkar. Det är troligt att deras avsaknad av kollektiv maktutövning leder till att även andra uppfattar dem som en underordnad grupp i organisationen. Frågor som i första hand berör läkarmottagningarna skapar ett diskussionsutrymme kring läkarnas arbetssituation, samtidigt som de får individuell uppmärksamhet från arbetsledning och arbetskamrater. Organisationens framtidsperspektiv formuleras som frågor om manlig struktur och medicinsk kompetens och berör läkarna i större utsträckning än distriktssköterskorna, som inte delar

vårdcentralens intressen. Att ha kontroll över organisationen är väsentligt för arbetsledningen, samtidigt som den demokratiska beslutsprocessen är viktig ur personalsynpunkt. Distriktssköterskornas avvaktande inställning visar emellertid att de inte låter sig inspireras, vilket skulle kunna förklaras av en oförmåga att anpassa sig till förändringar, eller av att de tar vardagens verklighet så för given att de tappat sina illusioner.

KAPITEL 5

DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv med hänsyn till:

- vad som sker i interaktionen mellan distriktssköterskor, andra yrkespersoner, föräldrar och vårdtagare
- möjligheter och hinder i yrkesutövningen
- yrkesvillkor och autonomi i förhållande till arbetsuppgifters innehåll

Studien visar att distriktssköterskeyrket har förändrats och att distriktssköterskorna inte alltid är medvetna om det.

Profession, samhälle och organisation

Resultatet visar att distriktssköterskornas funktion i hälsoarbete är otydlig och deras position i organisationen är mindre framträdande. Flertalet av dem beskriver en idealiserad bild av yrket som inte stämmer med hur samhället och deras yrkesfunktion har förändrats. De har kunskap om sin yrkeshistoria där distriktssköterskors långa yrkestradition av självständighet och ensamarbete är central. Flera av dem har erfarenhet av att ha arbetat med samhällshygieniska interventioner, hembesök och geografiskt omfattande distrikt. De berättar om sin tidigare roll i palliativa arbetsuppgifter och i hemsjukvård, arbetsuppgifter som de numera inte har men som flera saknar. Samhällsreformer, som exempelvis husläkareformen, 1994 har avgränsat arbetsinnehållet för distriktssköterskors del. Med dagens krav på effektivitet och tillgänglig vård är det även troligt att nya förändringar kommer att äga rum.

Utmärkande för samhället av idag är att det i hög grad är förändringsintensivt. Nya strukturer ersätter gamla, globaliseringen och migrationen ökar samtidigt som den nya ekonomin spelar en allt större roll för välfärdsfrågorna. I dagens mångkulturella samhälle är strukturella problem i arbetslivet mer förekommande än i vårt tidigare industrisamhälle. Då fanns större möjligheter att kalkylera med att utbildning ledde till stabila yrken, livslånga och trygga anställningar. Nu ställs det krav på flexibilitet och allt större vikt läggs vid personlig kompetens och ett livslångt lärande. Att ha rätt kompetensprofil är en viktig fråga i dagens yrkesutövning (Magnusson & Ottosson, 2003).

Distriktssköterskor har medicinsk kompetens och de har kompetens i omvårdnadsvetenskap. Sett till distriktssköterskornas beskrivningar och innehållet i observationer förefaller det som om deras medicinska kompetens överordnas deras hälsofrämjande arbetsuppgifter.

Med omvärldsförändringarna följer ökade hälsoskillnader mellan grupper, liksom skillnader i inkomster och livsbetingelser samtidigt som gamla trygghetssystem som exempelvis hälso- och sjukvården omstruktureras. Medlemskapet i EU kräver enligt Regeringskansliets rapport (Socialdepartementet, 2005) att hälso- och sjukvården i allt större utsträckning måste utvecklas i ett europeiskt sammanhang, eftersom ett ökat patientflöde följt av en ökad rörlighet mellan länderna ställer krav på samordning av vårdresurserna. För primärvårdens del innebär det ett ökat ansvar för preventivt arbete och evidensbaserade interventioner. Mot bakgrund av dessa förändringar är frågan om distriktssköterskor har den kunskap, auktoritet och legitimitet som krävs för att möta framtidens utmaningar. Studiens resultat pekar på det motsatta och frågan är om distriktssköterskeprofessionen är i behov av en reformering.

Distriktssköterska – ett yrke i förändring

Primärvårdsanknutna distriktssköterskors verksamhet är inte längre en sista utpost i glesbygd. Sett till resultatet förefaller det emellertid som om tidigare uppgifter och funktioner lever kvar och ger betydelse åt vad distriktssköterskorna beskriver som specifikt för yrket, exempelvis arbetet mellan ”vaggan och graven”. När de inte längre gör hembesök eller bedriver palliativ vård som tidigare får mottagningsverksamheten större betydelse, samtidigt som tidigare arbetsuppgifter efterfrågas som lösning på det tomrum som uppstått i yrkesutövningen och som flera av dem beskriver. Yrket har utarmats i den bemärkelsen att mångfalden arbetsuppgifter minskat, samtidigt som andra arbetsuppgifter, liknande de sjuksköterskor och läkare har, tillkommit. Det gör att ideal och praktik kolliderar, vilket i sin tur leder till att de distriktssköterskor som explicit uttrycker att yrket handlar om ”något som inte längre är”, går sina egna vägar. En del söker samarbete med läkarmottagningarnas personal snarare än med sina distriktssköterskekollegor, medan andra, vars inställning är att det var bättre förr, skjuter förändringarna på framtiden.

Förändrad omvärld – förnyad profession

En förändrad folkhälsopolitik har påverkat *strukturen* på hälsoarbetets organisering i samhället. Sjukdomsförebyggande insatser och alternativa behandlingsmetoder diskuteras i större utsträckning än tidigare, fler yrkesgrupper arbetar med folkhälsofrågor och ny kunskap utvecklas. Korp (2002) menar att hälsopromotion är ett begrepp som vuxit fram som ett resultat av en hälsopolitisk reform, även om det som kompetensområde ännu inte blivit en inflytelserik kraft i samhället. En utbildning inom ämnet hälsopromotion ger möjligheter att arbeta som hälsoplanerare, personalutvecklare eller hälsopedagog (Hälsopromotionsprogrammet, www.hv.se), andra yrken är friskvårdskonsulenter, hälsoinformatörer och dietister (<http://ams.se>). Även sjuksköterskor har ett ansvar att främja hälsa (Kompetensbeskrivning, 2005) och distriktssköterskor är således inte längre ensamma om att bedriva hälsoarbete (SFS, 1997:142). Enligt denna studies resultat förefaller det som om dessa förändringar påverkar distriktssköterskorna. De ser sig förbispungna av andra yrkesgrupper, vilket leder till osäkerhet samtidigt som deras tidigare status minskar. Detta kan förklara varför flertalet av distriktssköterskorna drar sig undan ett målgruppsanpassat hälsoarbete, samtidigt som de visar ett visst yrkesmässigt intresse genom att diskutera uppdraget som en framtida möjlighet. Det är däremot inte tillräckligt för att upprätthålla en stark position i praktisk bemärkelse. Avsaknaden av exempelvis arbetsbeskrivningar hindrar enligt vissa distriktssköterskor målgruppsanpassat hälsoarbete. Observationer visar att det inte är distriktssköterskorna i första hand som efterfrågas, utan läkarmottagningarnas personal, när tvärasektoriellt hälsoarbete planeras, exempelvis mellan läkemedelsföretag och primärvården. Distriktssköterskornas position i hälsoarbete överensstämmer inte med den bild som framtonar i formella styrdokument och deras medverkan i primärinterventioner så som dessa framställs i Folkhälsorapport (2005) förefaller samtidigt vara otillräckliga.

På nationell nivå har folkhälsoarbetet en lång tradition i vårt land, såväl befolkningspolitiskt som hälsopolitiskt. Ågren (2004) menar att inrättandet av folkbokföringsuppgifter, kommunala nykterhetsorganisationer, hälsovårds- och barnavårdsnämnder m.m. medfört att människors hälsa kunnat kontrolleras sedan slutet av 1700-talet och framåt. Under 1950-60-talet kom däremot hälsofrågorna att medikaliseras och professionaliseras, vilket innebar att hälsopolitik blev entydigt med sjukvårdspolitik. Sedan 1980-tal och framåt är folkhälsoarbetet åter en fråga om nationell samordning mellan stat,

kommun och landsting. Under 2000-talet är det hälsans bestämningsfaktorer, exempelvis människors levnadsförhållanden, som görs viktiga i folkhälsoarbetet, vilket är en skillnad mot tidigare då sjukdom och ohälsa stod i fokus. Inriktningen i folkhälsopolitiken är enligt Ågren (a.a) viktig, eftersom den medför att även andra yrkesgrupper utanför sjukvården görs ansvariga för dagens hälsorelaterade problem och ur befolkningsperspektiv är inte distriktssköterskornas orientering mot målgruppsanpassat arbete nydanande. Att implementeringen av hälsoarbete i distriktssköterskors yrkesutövning är en trög process visar även studien av Gedda (2001). Frågan är om pedagogiskt och målgruppsanpassat hälsoarbete genomfört av distriktssköterskor är tillräckligt attraktivt för människor, eftersom liknande tjänster erbjuds av andra yrkesgrupper. Jag har under studiens genomförande inte funnit några indikationer på att distriktssköterskorna strategiskt använder vårdcentralen för att organisera, ansvarsfördela och genomföra målgruppsanpassat hälsoarbete. Däremot går ett fåtal distriktssköterskor emot den gängse uppfattningen att målgruppsanpassat hälsoarbete är en fråga för morgondagen och integrerar det i vardagliga arbetsuppgifter. Delade meningar leder i praktisk bemärkelse till att utbudet av hälsoaktiviteter får ett samband med individers intressen och inte är ett professionellt ansvar. Detta kan i sin tur innebära att vårdtagare söker sig till andra yrkesgrupper med ärenden som gäller exempelvis viktreducering eller rökavvänjning.

Sett till *innehållet* i hälsoarbetet är frågan om distriktssköterskornas orientering mot preventiva interventioner, exempelvis egenvård, är tillräckligt avgränsade från specialistutbildade sjuksköterskor inom exempelvis diabetesvård eller hjärt- och lungsjukvård. Egenvård har enligt distriktssköterskornas utsagor betydelse som utbildningsinnehåll i föräldrautbildning. Observationer visar emellertid att det i första hand handlar om en produktinformation med apotekspersonal som ansvariga, vilket är anmärkningsvärt. Information som kan sökas på apoteken, där tillgängligheten är god, tillåts ta utrymme i anspråk från en arbetsuppgift vars syfte enligt utsagor är att främja föräldrakompetens och utveckla familjerelationer. Med tanke på samhälls-ekonomiska förändringar och primärvårdens ansvar för evidensbaserade interventioner (Socialstyrelsen, 2005) är frågan om distriktssköterskors specialistkompetens kan användas på ett fördelaktigare sätt.

Specifikt för distriktssköterskor

Specifikt för distriktssköterskor är att de kan orientera sig mot ohälsa/sjukdom och att de har kompetens för att förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer (SFS 1993:100, ändrad 2001:23). Distriktssköterskor har kompetens att självständigt genomföra fysiska och utvecklingsrelaterade undersökningar, de kan göra vissa medicinska bedömningar, exempelvis blodtrycksmätningar, och de har kompetens att förskriva vissa läkemedel och vaccinera, arbetsuppgifter som exempelvis hälsovetare inte omfattas av. Distriktssköterskors arbete med föräldrar och barn är specifikt. Resultatet visar exempelvis att distriktssköterskorna lägger vikt vid att upprätthålla en kontinuerlig kontakt med föräldrar och barn och av observationer framgår att informationen som ges till föräldrar avseende nutrition och tillväxtfrågor är både omfattande och regelbunden. Att distriktssköterskor har en unik rådgivande och hälsoinformativ funktion är känt från andra studier (Tveiten, 2005, Tveiten, Ellefsen och Severinsson, 2005). Det innebär att distriktssköterskorna kan förstå barn och föräldrars livssituation ur ett helhetsperspektiv, eftersom de har upprepade kontakter med familjer under flera år. De skaffar sig god kännedom om enskilda medlemmar och om familjernas sociala situation och deras hälsa som de kan utnyttja när stödjande interventioner krävs, exempelvis när förändringar i familjeförhållanden äger rum som kan påverka hälsan hos både barn och föräldrar. Distriktssköterskor har dessutom kompetens att bedriva föräldrautbildning. Detta är arbetsuppgifter som skulle kunna utvecklas och anknytas till en forskningsbaserad specialistkompetens, avgränsad till ett familjeperspektiv (Wright & Leahey, 1994). Det skulle medföra skärpta gränser mot såväl andra yrkesgrupper inom folkhälsoområdet som mot sjuksköterskor.

Distriktssköterskorna i vårdcentralens organisation

Distriktssköterskorna förvarar sitt revir genom att göra lokalfrågan viktig och se den som en garanti för självständighet. När de själva inte gör sig till en del av teamet eller använder sin kompetens i hälsoarbete som en del av den samlade kompetensen på vårdcentralen, blir deras funktion som miniläkare istället viktigare. Det är en verksamhet som de sköter utan insyn från övrig verksamhet och som samtidigt är en del av förändringen de ställer sig skeptiska till. Brorström (2003), som studerat förändringsprocesser i

professionella organisationer, menar att organisatoriska förändringar och administrativa reformer har svårt att tränga bakom de murar som professionella grupper reser kring sig. De är försiktiga och skyddar sin verksamhet så gott de kan från att påverkas av yttre förändringar. Conell (2002) menar att det finns gränser inom en organisation som påverkar hur fritt människor kan konstruera sin självständighet och att strukturerna befäster traditionella värderingar om exempelvis arbetsdelning. Det är möjligt att vårdcentralens etablerade arbetsstruktur påverkar frihetsgraden i distriktsköterskornas professionella folkhälsouppdrag, som har lägre prioritet än exempelvis medicinska uppföljningskontroller.

Distriktssköterskornas beskrivningar av utanförskap kan bero på att deras integrering med vårdcentralen inte är självklar. Det är möjligt att sammanslagningen inneburit ett förändringstryck för distriktssköterskorna, som hellre ser sig som individualister än som ett kollektiv som hävdar sin professionella kompetens. Vad som är framträdande är distriktssköterskornas uppfattningar att de saknar det tidigare helhetsperspektivet, att bristande personalresurser hindrar dem från att bedriva målgruppsanpassat hälsoarbete och att arbetsuppgifter som liknar läkares och sjuksköterskors medför att yrket inte längre är unikt. En förklaring är att distriktssköterskor, på liknande sätt som barnmorskor (Hermansson, 2003), fjärmat respektive närmat sig de båda yrkesgrupperna sjuksköterskor och läkare, vilket påverkar professionen. En annan förklaring är att distriktssköterskornas tolkningsföreträde i hälso- och sjukvårdsfrågor minskat till följd av samhällsutvecklingen och integreringen med vårdcentralen. De är mindre benägna att som grupp hävda sin position i organisationen, eftersom deras professionella ställning enligt utsagor inte är lika tydlig och stark som tidigare. Observationer visar att distriktsköterskorna sluter sig inom sin egen verksamhet, vilket riskerar att upprätthålla ett ”vi- och dom-förhållande” till övriga arbetskamrater. Distriktsköterskornas ställning som grupp har försvagats, det visar även studien av Karlsson, Morberg och Lagerström (2006).

Resultatet visar att arbetet med personal- och arbetsplatsutveckling inte attraherar distriktssköterskorna. De tar avstånd från gemensamma diskussioner och de uttalar att de vill sköta sina angelägenheter på egen hand. Brorström (2003) menar att en central slutsats från studier av offentliga organisationers förändringsarbete är att reformer är symboler för besluts- och handlingskraft, att förändringar i första hand lanseras för personalen i syfte att skapa delaktighet, för att visa upp verksamheten i positiv dager och

anamma det som är modernt, men att de för övrigt är av underordnad betydelse. Det är möjligt att distriktssköterskornas distansering kan förklaras av att förändringsarbete i första hand riktas mot läkarmottagningarna, vilket innebär fokus på struktur, på medicinska arbetsuppgifter och på läkarnas profession. Att organisation och kompetens har ett samband framgår även av internationella studier (Speed & Luker, 2006, William & Sibbald, 1999) som visar att primärvårdens infrastruktur är en anledning till att distriktssköterskors kompetens pressas tillbaka. Studien av Speed och Luker (2006) visar särskilt tydligt att arbetsdelningen mellan distriktssköterskor och läkare liknar den som av tradition varit rådande mellan läkare och sjuksköterskor i institutionell sjukhusmiljö och som ur Conells (2002) perspektiv visar hur en genusordning på organisationsnivå verkar. Läkarna kontrollerar distriktssköterskorna som styrs mot medicinska arbetsuppgifter, vilket innebär att deras omvårdnadskompetens blir mindre viktig. Distriktssköterskornas handlingsutrymme begränsas, samtidigt som deras underordnade ställning upprätthåller läkarnas status.

Vissa distriktssköterskor menar att självständigheten i yrket går förlorad till följd av förändringar på arbetsplatsen. Observationer visar att arbetsledningen vill effektivisera arbetet på vårdcentralen. För distriktssköterskorna leder det till att de exempelvis förväntas ta ansvar för vaccinationsverksamhet riktad mot vuxna och att de förväntas ingå i helgtjänstgöring på vårdcentralens sjukvårdsmottagningar, där sjuksköterskor och distriktssköterskor i hemsjukvården tjänstgör. Flertalet distriktssköterskor menar att detta är arbetsuppgifter som inte är deras, varför de drar sig undan med motiveringen att det egna arbetet försämras. Agerandet kan tolkas som ett förändringsmotstånd, något som är ett generellt problem även bland andra yrkesgrupper. Studien om Banverkets organisationsförändringar (Huzell, 2005) visar exempelvis att motstånd bygger på uppfattningar att förändringar äventyrar såväl säkerhet som kompetensöverföring mellan anställda. Studien om förändringsarbete inom poliskåren (Stenmark, 2005) visar att slutenhet, konservatism och ett perspektiv som åskådare är vanligt förekommande bland personalen, vilket sänker intensiteten i pågående förändringsprocesser.

Samarbete, makt och medicin

Resultatet visar att det finns en koppling mellan samarbete, maktutövning och medicinska arbetsuppgifter. Distriktssköterskornas uttalanden pekar i en riktning, att möjligheter finns att påverka arbetets innehåll och organisering, men praktiken visar att distriktssköterskorna inte är så självständiga som de vill göra gällande. Enligt Conell (2002) finns det alltid inslag av genusarrangemang i institutionella sammanhang, som säger något om hur relationerna mellan grupper och organisationer hänger ihop och skiljer sig åt. Relationerna behöver inte bestå av direkta förhållanden mellan kvinnor och män, utan kan verka på indirekta sätt genom vardagliga praktiker. Conell betonar relationen mellan konstruktion och struktur, som enligt honom kan förstås som ett socialt kretslopp i vilket enskilda individer, en institution eller ett helt komplex av institutioner kan ingå. Det är kretsloppen, menar han, som upprätthåller mål och mening för det människor gör i sin vardag. Observationer visar att i distriktssköterskornas yrkesvardag har vissa arbetsuppgifter, där de samarbetar med läkare, karaktären av ett kretslopp. Arbetet med hälsokontroller i BVC verksamheten är ett exempel och medicinska uppföljningskontroller ett annat. De visar hur yrkeskunskap överförs genom imitation, som struktur för arbetets organisering och som innehållstekniker vilka är grundläggande i sammanhangen. Samma arbetsuppgift är ”ena dagen karlgöra för att nästa dag betyda kvinnogöra” (Conell, 2002, s.84).

Att vara till nytta

Vårdtagare hänvisas till distriktssköterskornas verksamhet och distriktssköterskorna blir beroende av vårdcentralen, som kan utnyttja deras medicinska kompetens för en effektiv och tillgänglig vård. Konkret innebär detta att distriktssköterskorna har en sorteringsfunktion och beroende på tillgången av läkare på vårdcentralen hänvisas vårdtagare antingen till läkarmottagningen eller till distriktssköterskemottagningen. Att det finns en nyttoaspekt förknippad med yrkesutövningen framgår även av andra studier (Speed & Luker, 2006, Williams & Sibbald, 1999). Betoningen på en konkurrenskraftig vårdcentral för så många vårdtagare som möjligt, knyter distriktssköterskorna till en affärsliknade verksamhet där medicinska arbetsuppgifter står högst i kurs. Eftersom distriktssköterskorna, varken i denna studie eller i de ovan nämnda, ifrågasätter läkarnas åsikter om hur

arbetet ska bedrivas, fungerar relationen mellan yrkesgrupperna. Samtidigt ger distriktssköterskorna uttryck för att de känner sig underlägsna, både i egenskap av anställd och som professionell yrkesgrupp. De talar om en auktoritet som gått förlorad och om en känsla av att vara mindre värda än andra. Det resulterar i anpassning, som ur Conells (2002) perspektiv går att förstå som en maktrelation. När distriktssköterskor självmant avsägar sig vissa av sina egna arbetsuppgifter för att vara till hands för andra, bekräftas den rådande maktordningen. Att sjuksköterskor och läkares samarbete handlar om att behålla eller överta makt och få tolkningsföreträde, framgår även av studier av Albinsson och Arnesson (2000) och Dahlborg Lyckhage (2003).

Som nyttoaspekt betraktad är distriktssköterskornas medverkan i förskrivning av vissa läkemedel inte särskilt väsentlig och enligt utsagor är det är sällsynt att distriktssköterskorna samarbetar med läkare i arbetsuppgiften. Några situationer där distriktssköterskor förskrivit läkemedel har inte heller observerats, vilket jag tolkar som ett uttryck för att arbetsuppgiften är mindre förekommande. Däremot är arbetsuppgiften enligt utsagor viktig. Studien av Wilhelmsson (2003) visar samma sak och en förklaring är att medicinsk kunskap värderas högre än omvårdnad. Arbetsuppgiften kräver ansvarskänsla och medför status. I föreliggande studie framgår att distriktssköterskorna är kvinnor och flertalet läkare är män. Den betydelse som läkemedelsförskrivning har enligt distriktssköterskorna skulle kunna förstås som en kvinnlig underordning som manifesteras genom yrket. Frågan är om distriktssköterskors läkemedelsförskrivning överskattas ur professions-synpunkt. Med hänvisning till Wilhelmsson (2003) undrar jag vilken nytta distriktssköterskor egentligen har av denna kompetens och om den spelar så stor roll ur ett vårdtagarperspektiv.

Att göra på rätt sätt

Ellström (1994) menar att utvecklingsinriktat lärande handlar om en process. Kunskap är en fråga om att kunna identifiera och avgränsa problem, göra kritiska analyser och nya tolkningar. Det handlar om att göra rätt saker, vilket inte är detsamma som att göra på rätt sätt. Enligt Ellström är det senare en fråga om anpassningsinriktat lärande som tar sin utgångspunkt i att förvärva kunskap och lösa problem, i en situation där mål och mening är formulerade på förhand. För distriktssköterskornas del finns inslag av anpassningsinriktat lärande i vardagen. Observationer visar exempelvis att när distriktssköterskor

tillfrågar läkare om råd i gemensamma ärenden, är medicinska åtgärder av när och hur- karaktär vanliga svar. Rutiniserade mönster ger stabilitet och ordning åt samarbete och exempelvis så leder arbetsdelningen i barnhälsovården till att läkare undervisar såväl föräldrar som distriktssköterskor. En tolkning är att det troligtvis handlar om konformism som blir tagen så för given att den är svår att ifrågasätta. Samtidigt ger bundenheten vid vanor och tänkesätt arbetsledningen möjlighet att utöva en ideologisk-normativ kontroll över arbetet, vilket innebär att distriktssköterskorna förväntas göra samma saker som övriga medarbetare. Detta, menar Ellström (1994), är en form av extrafunktionell kompetens som ersätter traditionella hierarkiska former av kontroll, exempelvis övervakning.

Conell (2002) talar om genusstrukturerad identitetskonstruktion. Han menar att föreställningar om kvinnligt och manligt och orienteringen mot skiljda identiteter har så stark anknytning till platser, yrken och sysslor att de bildar strukturella hierarkier. De ger betydelser åt *språk* och praktisk *arbetsdelning* och när människor blivit tillräckligt vana upprätthålls de av sig självt. När distriktssköterskor och läkare kommunicerar med varandra blir detta tydligt. Det är som om det medicinska språkbruket gör distriktssköterskorna mera följsamma till läkarnas sätt att uttrycka sig, som om det är mera yrkesmässigt att kommunicera så, något som ger betydelse framförallt när de samarbetar med föräldrar. När distriktssköterskorna arbetar ensamma med exempelvis barn och föräldrar visar observationer att det är mindre förekommande att medicinska uttryck används. Då pratar distriktssköterskorna dessutom *till* barn och föräldrar, medan det finns inslag av att tala *om* barn när läkare deltar. En tolkning är att det finns en samtalstradition i hälso- och sjukvården som innebär att framförallt läkare kommunicerar med vad Mishler (1984) kallar för en ”medicinsk röst” vilket ger betydelse även då hälsa och livsstil diskuteras.

Att det finns empiriska belägg för att sjuksköterskeyrket traderar kvinnliga respektive manliga ideal är känt från tidigare studier. Dahlborg Lyckhages (2003) studie visar att bilden av sjuksköterskeyrket ur medialt perspektiv och i TV-serier upprätthåller en traditionell könsordning. Kvinnliga sjuksköterskor förväntas exempelvis att vara kunniga och tillgängliga, vilket kan jämföras med resultatet i denna studie där exempelvis distriktssköterskorna förväntas ersätta sjuksköterskor vid läkarmottagningen. Ekstrand (2005) och Eriksson (2002) visar att männen i yrket drar fördelar av sitt kön, att de solidariserar sig med andra män, däribland läkare, vilket innebär att

genusordningen inte verkar på samma sätt för dem som för majoriteten kvinnliga sjuksköterskor. Distriktssköterskorna solidariserar sig med yrkesidealet ”spindeln i nätet” och sin breda kompetens, samtidigt som de kan överskrida genusgränserna i vissa arbetsuppgifter som liknar läkares. Distriktssköterskorna kan exempelvis med stöd av sin farmakologiska kompetens vistas på samma planhalva som läkare i frågor som rör vissa läkemedel. När läkare och distriktssköterskor deltar vid informationsträffar som rör läkemedel är det emellertid tydligt att det är läkarna som för ordet, medan distriktssköterskorna frågar sig varför de deltar. Sett ur ett strukturalistiskt perspektiv (Jónasdóttir, 1993) visar arbetsuppgiften hur en arbetsstruktur från ett sammanhang överförs till ett annat och skapar betydelse. Samtidigt förblir genusordningen mellan yrkesgrupperna stabil. Att det finns en hierarkisk ordning mellan läkare och distriktssköterskor speglas även av läkemedelskonsulternas förhållningssätt. Det är till läkarna de vänder sig med sina uppmaningar och frågor, samtidigt som de låter läkarna styra diskussionen. Deras relation till distriktssköterskorna är däremot undfallande. En tolkning är att samarbetet mellan distriktssköterskor och läkare handlar om ett maktspel, där läkarna åberopar sin högre medicinska kompetens.

Betoningen på kvinnlighets- och manlighetsformer får betraktas som ett resultat av hälso- och sjukvårdens medicinska historia, vars universella och manligt formulerade mål enat läkarkåren och upprätthållit deras framträdande position (Fischer, 1995). Observationer visar att det finns en utvecklingsagenda i verksamheten, där verksamhetsmål är formulerade, och att dessa har en orienteringspunkt som de manliga läkarna kan identifiera sig med, att man och position knyts samman. Davies (2001) menar att sjuksköterskor, till skillnad från läkare, bundits vid ett flöde av arbetsuppgifter genom historien och att det upprätthållit föreställningar om sjuksköterskors yrkesskicklighet, exempelvis förmågan att vara flexibel, arbeta med flera saker samtidigt o.s.v. Dessa kvalifikationer anses viktiga och distriktssköterskorna identifierar sig med dem, då innebörden av att vara distriktssköterska diskuteras och riskerar att utarma deras yrkeskompetens. Det kan jämföras med sjuksköterskor, vars yrkeshistoria visar att de haft svårigheter att skilja idealen från kompetensfrågorna, menar Baer (1992).

Barnhälsovården ur ett genusperspektiv

Syftet med studien var att studera vad som sker i interaktionen mellan distriktssköterskor och andra yrkespersoner, och att undersöka distriktssköterskornas autonomi i förhållande till arbetsuppgifters innehåll. Av resultatet framgår att samarbetet mellan distriktssköterskor och läkare i barnhälsovården påverkar distriktssköterskornas autonomi, som tonas ner. Distriktssköterskorna både uttalar och visar att deras medverkan har mindre betydelse än läkarnas, när de tillsammans arbetar med barn och föräldrar. Detta skiljer sig åt jämfört med när de ensamma påtar sig huvudrollen i barnhälsovården.

Att spela roller

Det framgår tydligt i observationerna att distriktssköterskorna har en huvudroll i barnhälsovårdens verksamhet och att deras samlade kompetens kommer föräldrar och barn till godo. De tar initiativ till åtgärder, de utför behandlingar och de kommunicerar sina förväntningar, exempelvis föräldrars närvaro på BVC. Distriktssköterskorna kan när helst de vill omprioritera arbetsordningen, beroende på innehållet och karaktären av vårdtagares ärenden, vilket även ger dem mandat att slussa vårdtagare vidare till andra vårdgivare. Deras verksamhet kan ur Goffmans (1990) perspektiv beskrivas som ett scenario, en scen ur verkligheten där människor kommer och går och där distriktssköterskorna gestaltar olika roller. När de arbetar på egen hand har de huvudrollen. De är aktiva, de instruerar och handleder, medan samarbetet med läkare leder till det motsatta. Då förflyttas deras position ut i kulissen, eller som Goffman säger ”backstage”, och deras huvudroll förvandlas till en biroll. Denna förändring gör dem avvaktande och betraktande. Det är läkarna som framstår som pedagoger och huvudrollsinnehavare och som åhörare lyssnar såväl föräldrar som distriktssköterskor på vad de har att säga. I kulissen står distriktssköterskorna redo att ta ett steg framåt för att assistera och informera om vad de känner till om barnen, eller för att ställa frågor till läkarna. Samtidigt leder rollombytet till att distriktssköterskornas kompetens framstår som expertkunskap då läkarna gör den till sin, och frågor som vanligtvis besvaras av distriktssköterskorna övertas av läkarna. Resultatet pekar på att det inte är någon större skillnad innehållsmässigt, mellan BVC-mottagningar där läkare deltar och de som distriktssköterskorna sköter på egen hand. Men när de båda yrkesgrupperna

samarbetar förefaller det som om interaktionen dem emellan leder till en maktrelation, som underordnar distriktssköterskornas medverkan.

Ur Goffmans (1990) perspektiv betyder metaforen om livet som en teater att det är interaktionen mellan människor som konstruerar och befäster det mänskliga jaget, identiteten och positionen, i förhållande till något och till andra. Genom att framhäva vissa aspekter och dölja andra kan dubbelheten bemästras; att vara sig själv och att vara den andre, att växla mellan olika roller och att tänja på gränserna mot olika yrkesidentiteter; distriktssköterskans, sjuksköterskans och läkarens. Ensamma på scenen har distriktssköterskorna ett spelrum som de kan manövrera och de kan röra sig mellan olika identiteter, men när andra aktörer, som läkare och konsulter, medverkar, avslutas improvisationen. Närheten förändras till distans och frågan är om distriktssköterskorna är medvetna om denna dubbelhet, vilken skulle kunna tolkas som att de bemästrar situationen genom distansering. Det är något som flygvärdinnor är medvetna om att de gör, för att ifrågasätta stereotypa föreställningar om dem som yrkesgrupp, samtidigt som de genom att agera som skådespelare i olika roller slipper att bli personligt påverkade av vad de gör i sitt arbete (Peterson, 2003). Det går samtidigt att tolka distriktssköterskornas rollväxling som ett uttryck för att de har spelat ut sin roll som auktoritet, eftersom manövreringen sker så lättvindigt. Frågan är om den är ett uttryck för underkastelse, att rollväxlingen är ett sätt att bemästra arbetsordningen som bygger på den gängse uppfattningen att samarbete ska vara effektivt och att distriktssköterskor förväntas underlätta läkares arbetsuppgifter. Att läkare och sjuksköterskor av tradition använt sig av ett rollspel är känt från tidiga studier (Stein, 1967) och att det upprättas makt-motmakt-strategier mellan yrkesgrupperna visar senare studier (Albinsson & Arnesson, 2000, Porter, 1991), något som kan tolkas som en föränderlig stabilitet i genuskontraktet. Integreringen mellan distriktssköterskors verksamhet och läkarmottagningarna tycks leda till en liknande maktordning som den som studerats i sjukhusmiljö över tid. Rollerna är så välrepererade att de inte lämnar utrymme för tvetydigheter, eftersom de enligt Hirdman (2001) följer av en manlig överordning som är så integrerad med platser, arbeten och föreställningar om manligt och kvinnligt, att den är svår att ställa sig kritisk till.

Att använda sig av dubbla kompetenser

Av resultatet framgår att distriktssköterskorna använder sig av dubbla kompetenser i sin yrkesutövning; den professionella och den som traditionellt definierats som kvinnlig. Det innebär att när distriktssköterskorna undervisar tar de stöd av en funktion som värdinna, vilket i sin tur leder till att exempelvis pedagogiska arbetsuppgifter blandas med hushållsliknade arbetsuppgifter. Det innebär också att när distriktssköterskorna bedriver omvårdnad tar de stöd av en funktion som mamma eller väninna, och att vård- och behandlingsinsatser blandas med exempelvis barnpassning. Resultatet visar att distriktssköterskornas kvinnliga erfarenheter är lättåtkomliga i barnhälsovården, därför att flera av dem kan identifiera sig i rollen som förälder eller som anhörig. En tolkning är att deras subjektiva erfarenheter leder till att deras kvinnliga handlingskraft blir så påtaglig. Widerberg (1996) talar om kvinnlig subjektivitet som en erfarenhetsbaserad handlingskraft, som innebär att kvinnor behandlas eller behandlar sig själva utifrån en föreställning om vad som kännetecknar kvinnor respektive män, vilket är igenkännbart i resultatet.

Att framförallt arbetsuppgifter inom barnhälsovården medför att distriktssköterskorna tar stöd av dubbla kompetenser kan ses som ett uttryck för en ansvars- och omsorgsrationalitet (Ve, 1982) som är generellt förekommande bland sjuksköterskor, vilket studier visar (Robertsson, 2003, Åberg, 2001) och som förekommer i andra kvinnliga yrken, exempelvis läraryrket (Gannerud, 1999). Distriktssköterskornas praktiska omsorg om andra upprätthåller traditionella könsroller och exemplifierar för föräldrar vad de kan förvänta sig. Det är en växelverkan som gör att distriktssköterskorna på samma sätt som andra kvinnor i arbetslivet förväntas ta ansvar utanför det professionella, och som inte bara gäller kvinnor i vårdande yrken. Studien av Fogelberg Eriksson (2005) om män i verkstadsindustrin visar att föreställningar om kvinnliga omsorgsförmågor som exempelvis moderlighet och omhändertagande, förutom professionell kompetens, tillmäts kvinnliga ledare. Jónasdóttir (1991) menar att det är när kvinnor bekräftar männen med sin omsorg som de själva underordnas, både strukturellt och individuellt. Det ansvar vissa distriktssköterskor tar för arbetsmiljön, exempelvis att städa och hålla ordning i gemensamma personallokaler, skapar visserligen trivsel på arbetsplatsen. Men samtidigt upprätthålls föreställningen att det är så det ska vara, vilket i sin tur leder till att mönstret tas för givet även när det professionella arbetet organiseras. Detta mönster riskerar att cementera föreställningar om ”kvinnlighet” kompetens som nedärvd, när det enligt min

mening i själva verket handlar om en tilldelning av en genusstrukturerad kompetens.

Flertalet distriktssköterskor har egna erfarenheter som mödrar, vilket innebär att det finns ett igenkännande förknippat med den kroppsnära praktiken, den fysiska beröringen av barnen och den emotionella kontakten. Det gör att växlingen mellan egna erfarenheter, olika identiteter och professionell kompetens stundtals sammanflätas. Kvinnoperspektivet ger en funktionell betydelse. Distriktssköterskorna tar mödrarnas perspektiv och kan förstå innebörden av olika omsorgsproblem. Conell (2002) menar att vissa yrken kräver att yrkesföreträdaren kan etablera en känslomässig relation med motparten för att kunna utföra arbetet, och att det genusseparerar yrket i fråga. Vård- och serviceyrken kräver exempelvis en förmåga att visa sympati och omtanke, vilket understödjer genusstereotypa mönster.

Kvinnligt, manligt, mödrar och män

Att flera av distriktssköterskorna har en traditionell syn på kvinnor som primärt omsorgsansvariga och att de kan ses som mödrar i första hand, är något som med tydlighet framträder i resultatet. Observationer visar att när föräldrar besöker BVC är det kvinnorna som förknippas med barnens trygghet och välmående i första hand. Den genusbaserade arbetsdelningen av barnens omsorg är, enligt Conell (2002), en fråga om att förstå identitet som en fråga om flertal snarare än ental. Han menar att män lika gärna som kvinnor kan modra, vilket innebär att spektrat av manlig identitet ökar. Modrande är ett begrepp som även Holm (1993) använder i sammanhanget kvinnlig *och* manlig omsorgspraktik, för att undvika fokus på biologism och mödraskap. Att män i konkret bemärkelse modrar i mindre omfattning än kvinnor står mera att förklara i ekonomiska termer än i psykologiska, vilket även framgår i studien av Plantin (2001). Män gör andra prioriteringar än kvinnor (Bekkengen, 2002). Betoningen ligger på männen som primärt försörjningsansvariga och yrkesorienterade, med undantag av rollen som backup under spädbarnstiden, och sett till de uttalanden som distriktssköterskorna gör är de medvetna om att det förhåller sig så.

Det förefaller som om BVC upprätthåller föreställningar om att kvinnlig och manlig omvårdnad skiljer sig åt. Föräldrautbildningens traderande av kvinnlig kompetens som frågor om amningsteknik, nutrition och utvecklings-

ansvar upptar en stor del av det pedagogiska innehållet, och leder till en praktisk metodik som i första hand riktas mot kvinnorna. Männens frånvaro i ärenden som gäller den konkreta och dagliga omsorgen ses som självklar och förblir onoterad, medan de i egenskap av *män*, inte *fäder*, förväntas ställa frågor som kräver skärpa och professionella svar.

1997 års betänkande, Stöd i föräldraskap (SOU, 1997:161) skiljer sig mot tidigare betänkande om föräldrautbildning (SOU, 1978:5). Det tidigare *utbildningsfokuserade* innehållet är numera ersatt av ett *stödjande* perspektiv. Av det följer att föräldrar med särskilda behov, exempelvis av funktionskaraktär, unga föräldrar och nya svenskar ska erbjudas samma möjligheter som andra föräldrar att utveckla föräldrakompetens. Sett till resultatet har jag inte funnit några indikationer på att dessa föräldragrupper eller föräldrar av samma kön deltagit i barnhälsovårdens föräldrautbildning, eller att distriktssköterskorna fört diskussioner om hur ensamstående eller utsatta mödrar med barn ska nås av pedagogiska interventioner. Att männens faderskap är en underordnad fråga i föräldrautbildningen framgår av resultatet. Observationer visar att de inte är särskilt delaktiga i diskussionerna. Till skillnad mot kvinnorna som uppmanas att bilda nätverk för mödrar, är det som om männens faderskap inte riktigt tas på allvar. Bristen på delaktighet från männens håll uppmärksammas i den översyn av föräldrautbildning som utförts på uppdrag av landstinget i Sörmland (2005). Särskilt betonas vikten av att stödja mäns föräldraskap och familjers relationsutveckling, vilket är en viktig åtgärd.

Av Platins (2001) studie framgår det att när männens interaktion mellan arbete, manlighet och faderskap ökar, så utvecklas samtidigt deras känsla av helhet och trygghet i tillvaron. Resultatet i denna studie medför inte att några slutsatser kan dras av männens upplevelser av sitt faderskap, eftersom syftet inte varit att undersöka det. Men av data framgår att distriktssköterskornas roll som könsbevarare upprätthåller mödrarnas ansvar att trygga barnens tillväxt och välmående. Det är något som inte bara gestaltats genom de personliga interaktioner som pågår, utan som även förmedlas via det genusstrukturerade utbildningsmaterialet. Av resultatet framgår att det pedagogiska utbildningsinnehållet har betydelse för hur kvinnlig respektive manlig omsorg gestaltas, och att det traderar en konservativ bild av könsroller, som sammantaget visar barnhälsovårdens genusordning: manligt som en fråga om struktur och kvinnligt som en fråga om praktisk omsorg (Jónasdóttir, 1991). Det handlar om att vardagligt och hushållsnära arbete diskuteras som

praktiska tips, råd och recept. Kvinnliga ideal knyts till helhetsupplevelser, samtidigt som kvinnorna uppmuntras att dela gemenskapen med andra mödrar. Männens gemenskap ses som arbetsrelaterad, och det är troligt att den könskonservativa ordningen i barnhälsovården fungerar som en utestängningsmekanism för männen, vilket förklarar deras bristande engagemang och deras frånvaro. Det är möjligt att de söker stöd och diskuterar sitt faderskap på annat håll, exempelvis hos anhöriga eller vänner, vilket naturligtvis är meningsfullt, men samtidigt finns det en risk att den ensidiga bilden av barnhälsovården som en kvinnlig praktik cementeras.

Avslutningsvis illustreras distriktssköterskornas funktion och arbetsinnehåll i barnhälsovården i nedanstående figur. Den visar att vissa arbetsuppgifter medför att distriktssköterskorna tar stöd av dubbla kompetenser: professionell kompetens och traditionellt definierad kvinnlig kompetens.

	Professionell kompetens	”Kvinnlig” kompetens
Funktion	Undervisa	Agera värdinna
Innehåll	<ul style="list-style-type: none"> - planera pedagogiska arbetsuppgifter - skapa delaktighet - tala om kvinnor och män - hålla sig till temat 	<ul style="list-style-type: none"> - organisera hushållsliknande uppgifter - skapa trivsel - tala om mödrar - debattera flera problem
	Bedriva omvårdnad	Agera anhörig
	<ul style="list-style-type: none"> - professionellt förhållningssätt - ge adekvat vård/ behandling - bekräfta barn/föräldrar - efterfråga föräldrars kompetens - uppmuntra - strukturera/avgränsa arbetsuppgifter 	<ul style="list-style-type: none"> - förhålla sig som mamma, dotter, väninna - erbjuda barnpassning - ta föräldrans ansvar - utgå från egna erfarenheter - förmana - göra flera saker samtidigt
	Påta sig huvudrollen	Påta sig birollen
	<ul style="list-style-type: none"> - vara framträdande - förmedla sin kunskap - erbjuda sina tjänster - hålla fast vid egna beslut - vara delaktig 	<ul style="list-style-type: none"> - ta ett steg åt sidan - fråga efter andras kunskap - avvakta - underordna sig andras önskemål - betrakta

Figur 5.1: Professionell och ”kvinnlig” kompetens

Avslutande synpunkter

Studien har bidragit till att synliggöra primärvårdsanknutna distriktsköterskors yrkesutövning på vårdcentral. Deras yrkeshistoria har betydelse för distriktssköterskorna, som jämför den med dagens yrkesvillkor. Vissa ideal lever fortfarande kvar och skapar betydelse åt arbetets mening, medan det är svårt att peka på att verksamhetsförändringar gått hand i hand med de

intentioner och samhällsförändringar som diskuterats. Studien visar att integreringen med vårdcentralen innebär att distriktssköterskorna arbetar i en mottagningskontext, där effektiv medicinsk vård- och behandling ges företräde framför målgruppsanpassat hälsoarbete. Praktisk arbetsdelning och föreställningar om kvinnligt och manligt upprätthåller samtidigt en genusordning som är särskilt framträdande i barnhälsovården, både för distriktssköterskornas del och för föräldrarnas. Sammantaget visar studien att distriktssköterskornas autonomi inte är så framträdande som de vill göra gällande, och att yrkesgränserna är öppna mot både sjuksköterskeyrket och läkaryrket. Dessa omständigheter får betraktas som ett uttryck för att distriktssköterskornas position i organisationen inte är befäst.

Frågan är hur denna situation kunnat uppstå, om det är så att efter en tid i yrket så rutiniseras arbetet varför det kan vara problematiskt att se det från annat håll och utveckla nya arbetsmetoder o.s.v. Den ena arbetsuppgiften blir den andra lik, med påföljd att arbetet utjämnas mellan de båda verksamheterna; läkarmottagning och distriktssköterskemottagning. Detta riskerar att utarma yrket och distriktssköterskors specialistkunskap om inte en förändring sker, vilket är nödvändigt med tanke på att samhället förändras.

2000-talets familjestrukturella omvandling ställer andra krav på hälsofrämjande och relationsutvecklande interventioner än vad som tidigare varit nödvändiga. Enligt SOU (2001:10) visar demografiska uppgifter att Sverige under ett halvt sekel haft en utveckling mot att allt färre barn lever med båda sina ursprungliga föräldrar. Nya familjebildningar med ensamstående föräldrar, homosexuella föräldraskap och flergenerationsfamiljer skapar nya behov av stödjande interventioner, som måste utvecklas för att passa en distriktssköterskeprofession med ett familjeperspektiv, samtidigt som arbetet med barns fysiska och psykiska hälsa måste bibehålls och anknytas till kulturella, etniska och sociala aspekter (Miers, 2002). Ekonomi och sysselsättning måste lyftas in i sammanhangen och problematiseras när hälsoläget i familjer diskuteras, inte minst med tanke på att barn och ungdomar i hushåll med en utsatt socioekonomisk situation löper ökad risk för psykisk ohälsa och missbruk och att det finns tecken på att sociala klyftor ökar dödligheten bland späda barn. Kvinnors hälsoutveckling är inte lika positiv som männens och kvinnors alkoholkonsumtion ökar, liksom andelen kvinnor och barn som utsätts för våld (Folkhälsorapport, 2005). Detta är omständigheter som talar för att interventionerna inom såväl preventiv hälsovård som barnhälsovård måste utvecklas. Sett till resultatet har jag inte funnit

några indikationer på att distriktssköterskorna problematiserar dessa aspekter i förebyggande eller stödjande syfte, varken i enskilda möten med föräldrar eller i föräldrautbildning, eller att de förknippar dem med morgondagens utmaningar. Ensamstående föräldrar eller familjer med långt gångna problem, exempelvis missbruk, som är i behov av stödjande insatser, sociala eller relationsmässiga, förväntas däremot erbjudas hjälp från annat håll. Av resultatet framgår att en viss medvetenhet finns hos några av distriktssköterskorna om dagens familjerelaterade ohälsa, men att deras bristande medverkan motiveras av att nuvarande arbetsuppgifter i barnhälsovården tar deras tid i anspråk.

Högskoleverkets senaste utvärdering (Högskoleverket, <http://www.hsv.se>) av sjuksköterskeutbildningen och utbildningarna till specialistsjuksköterska visar på brister vid flera lärosäten i Sverige. Bedömargruppen menar att det bl.a. saknas en koppling mellan samhällsförändringar, dagens ohälsosituation och utbildningarnas innehåll. Dagens distriktssköterskeutbildning är reviderad efter direktiv från WHO och EU, men utbildningsplaner visar att utbildningen fortfarande är utformad så att yrkesprofessionen ska passa för ett arbete inom såväl primärvård, kommunal hälso- och sjukvård som skolhälsovård (<http://www.hv.se>). Dessa verksamhetsområden kräver olika kompetens och gör det tvärvetenskapliga utbildningsinnehållet i distriktssköterskeutbildningen mycket omfattande. Sett till utbildningsinnehållet i vårdvetenskap ingår exempelvis kurser i folkhälsa, ledarskap, barnhälsa och skolhälsovård, medan kurser i farmakologi och pediatrik ingår i medicinsk vetenskap med inriktning mot humanbiologi och klinisk medicin (<http://edu.hb.se>). Av lärandemålen i utbildningsplanerna framgår dessutom att folkhälsoinnehållet har likheter med utbildningsinnehållet i sjuksköterskeutbildningen och att kompetensinnehållet avseende barns hälsa har vissa likheter med specialistutbildningen till barnsjuksköterska. Även om ett familjeperspektiv betonas i distriktssköterskeutbildningen, är frågan om den EU-anpassade utbildningen är tillräckligt professionsinriktad. Det förefaller som om avsaknaden av en specifik distriktssköterskeprofil upprätthåller multifunktionella ideal som sammanblandas med ett helhetsperspektiv. Uppfattningar om yrket som brett kopplas till medicinska, kirurgiska och farmakologiska arbetsuppgifter och en rationell yrkesroll. Ett professionellt helhetsperspektiv följer emellertid inte av en ökad mängd ansvarsområden och arbetsuppgifter. Ett helhetsperspektiv i yrkeslivet är att ha känsla för människors sammanhang i tillvaron och en förmåga att frigöra människors egna drivkrafter och möjligheter till problemlösning (Antonovsky, 1987).

Huruvida den EU-anpassade utbildningen påverkar distriktssköterskors framtida yrkesutövning skulle därför vara intressant att studera, såväl ur utbildningsperspektiv som ur verksamhetsperspektiv. Vilken vetenskaplig grund kommer exempelvis att gagna professionens ställning och vad följer i spåren av samhällelig efterfrågan av nya kompetensområden och specialiserade arbetsområden? Dessa frågor kräver fortsatt forskning inom området.

Avslutningsvis kan sägas att avhandlingen ger en beskrivning av distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral i storstad. Att vara distriktssköterska i en mindre organisation och på en mindre ort nära landsbygd skulle kunna betyda något annat.

Summary

INTRODUCTION AND BACKGROUND

In the professional practice of the district nurse there is a long tradition of independence and influence over the content and organisation of the work (Wendt, 1999). In the vast majority of cases, district nurses have been women, and their surgery has been separated from other health services. This has changed and nowadays district nurses employed within primary care work at the primary health centre with district medical officers, registered nurses and other staff of both sexes. The district nurses' professional practice is affected by the activities of the primary health centre (Karlsson, Lagerström & Morberg, 2006), which makes it of interest to investigate what the central content of their work is, and what power they have to control and influence their work. In view of the fact that the health service is one of a number of social institutions where a gender order is maintained (Lindgren, 1992, 1999), it is also possible to study the district nurses' work with reference to the power relations that are based on conceptions of gender.

The work of district nurses includes responsibility for children's health care and giving support to families, which means that they have the opportunity to influence how gender roles are established and maintained. In their teaching, when holding courses for parents, they can pass on norms and values about femininity and masculinity, for example.

Research into women's working lives shows that, in the past, women generally held a subordinate position. Their chances of having a career, as well of having access to fields of activities that carried status, were limited, and they earned less than men. From a social perspective, the unfavourable working conditions were beneficial since they contributed to upholding the gender order in which female gender was primarily associated with unpaid child care and nursing (Conell, 2002).

The history of the nursing profession is a part of women's history, and it shows that well into the 1900s the profession was closely associated with the idea of having a calling and women's concrete and symbolic significance for the care of the sick. Anderson (2002) describes the influence the idea of

having a calling has had on the development of the profession and its connection with values based on Christian ideals. Professional issues were linked with ideals of mercy, goodness and womanly care, which gave the profession status in the health services of that time, while nurses inspired respect and esteem.

Looking back, the predominantly female profession of district nurse shows professional autonomy, status and responsible tasks. When the profession was formalised at the beginning of the 1900s, the population was in need of social hygienic measures, information about health promotion and health care education. This explains why district nurses came to fill an important function in terms of social medicine (Wendt, 1999).

Despite the demand of present-day society for more experts and specialist qualifications, it appears that the competence of district nurses is an unused resource. In view of the fact that, in an historical perspective, nurses' experience and professional competence were not required as a matter of course (Lindgren, 1992, 1999), there is reason to ask whether the district nurses' tasks, as well their professional status, are undergoing a process of change. Since the health service was characterised historically by a hierarchical structure, there is also reason to investigate how belonging to a common organisation at the primary health centre affects the district nurses' profession.

It appears that there is tension between the general structure of an organisation and the constructs of individuals, that there are limits within an organisation that affect how freely people can construct their independence and their gender identity (Conell, 2002, Lindgren, 1992). It also appears as if the structures affect how a professional occupational group defines, controls and safeguards its professional value, and that the structures consolidate traditional conceptions contextually and over time and give meaning to, for example, gender roles and division of labour. This calls for an investigation of the female district nurses' profession, using a constructionist approach, bearing in mind that they are now part of a larger organisation than before.

The intention is to use gender as a basis for understanding how structure and construction cooperate and to what extent the profession is conditioned in contexts where formal equality is considered to prevail. By examining what is taken for granted, expectations of what is female/male, and how these

affect the organisation of work, an understanding may be reached of how professional roles and work content are gender-coded, and what this leads to (Connell, 2003).

Aim

The heteronormative gender order of the health service has upheld concepts of what is female/male, and there is reason to investigate how this is expressed in the work of district nurses, i.e. how gender roles are re-established and gain meaning both for them and others, for example, parents.

The overall aim of the study is to describe the professional practice of district nurses at the primary health centre from a gender perspective, using the following questions as a basis:

- What takes place in the interaction between district nurses, care-consumers and other professional groups?
- What possibilities and obstacles do the district nurses describe in their professional practice?
- Do the district nurses' professional conditions and autonomy change in accordance with the content of their tasks?

Occupational profession and competence – a gender issue

Profession may be seen as a structural delimitation mechanism for acceptance and status. There is always a structure within a system, for example, in a society or within an organisation or group, which legalises professions in some sense. This leads to a situation where people can be controlled and influenced, for example, through education. Professionalisation is, according to Beckman (1989), a question of increasing skill in the performance of a certain job.

The immanent and essentialist image of women described in women's history demonstrates that the lack of power and autonomy on the part of women curtailed their influence and formal professional development. The nursing profession has been regarded as a semi-profession, which has made it difficult to develop a professional branch of knowledge (Bentling, 1995). Nor has

the profession of district nurse been regarded as a formal profession even though the report of 1916 (Kungliga Medicinalstyrelsen - precursor to National Board of Health and Welfare, 1919) showed that district nurses worked in a profession that demanded great responsibility, a good knowledge of public health and practical skills.

These days the professions of both nurses and district nurses are counted as professions of the welfare state, which primarily consist of service organisations working for the state, municipalities or the public. The welfare professions are bound together by a theoretical and subjective knowledge, and they have a mandate to influence and make decisions about other people (Bentling, 1998). This is obvious to modern district nurses. They make their own decisions in care issues, and they play a large role in public health work, being commissioned to influence people to have ways of life that promote health (SOU: 2000:19).

A profession always requires some form of competence. Education and sitting for examinations lead to formal qualifications, but it is important not to emphasise the formal aspect too much but also to pay attention to the real competence that develops after formal education is completed (Brante, 1989). In view of fact that social reforms have taken place, for example, the family doctor reform of 1994, and that structural changes in the health service led to the expansion of primary care, it is of interest to investigate to what extent the district nurses' occupational profession has been affected. Does their competence assert itself as part of the primary health centre's combined competence, and do they have the capacity to identify, make use of and, if possible, widen the scope for interpretation, action and evaluation that the work offers (Ellström, 1994)? This could tell us something about the district nurses' position in the organisation.

THEORY AND CENTRAL POINTS OF DEPARTURE

From a constructionist perspective, femininity and masculinity are explained as social constructs (Connell, 2002; Scott, 1988; Skeggs, 1997). Others see gender from the social structure perspective, in which the main issue is how society upholds a patriarchal power order (Jónasdóttir, 1994; Walby, 1990). Studying an organisation such as the health service can help us to see how structures can condition constructs of what is female and what is male.

Jónasdóttir's (1994) argument can be used to explain women's subordination in working life both historically and in modern time but is not, however, sufficient to explain how the construct of femininity/masculinity is formed. A theory is needed that is close to practice, is subject-related and which explains the maintenance of gender identifications by different gender roles. This is why Conell's (2002) theory about how gender is created symbolically and relationally has been selected in this study.

The term gender comes from the Latin word *genus* and was traditionally used for the grammatical classification of words into masculine, feminine and neuter. It now has a wider meaning and can be translated as kind, sort, species or sex (Hirdman, 2001). It is used for the purpose of describing how everyday contents can lend meaning to sex role socialisation and how women and men act and are treated. From other perspectives or with other concepts, these contents might not have been noticed or might have been given another meaning.

With a gender perspective, it is possible to question conceptions about sexual differences being biologically determined. Attitudes, expectations and actions can be scrutinised, and the same applies to the conditions for women and men. So-called feminine characteristics and shortcomings can be placed in relation to the content of productive labour (Elgqvist Salzman, 1994). In the present study, the use of an analytical gender perspective rather than an equality perspective is motivated by the fact that the latter is more descriptive and comparative, and therefore inadequate for discovering differences *within* the categories men and women (Pingel, 2001).

The concept gender order is used in the study instead of sexual power order or sexual order. Studies (Ekstrand, 2005, Robertsson, 2003) show that there is a gender order that has a restrictive effect on nurses' professional practice and affects their professional identity. How this can be described as far as the district nurses are concerned is studied with reference to how their professional practice is related to power relations between people, based on privileges created by conceptions of sex. This involves a close-to-subject researcher perspective with possibilities of investigating the district nurses' subjective experiences, opportunities to exert influence and scope for action.

METHOD

The research approach in the study is qualitative and has links to an ethnographic method and symbolic interactionism. The empirical material is based on data collected from participant observations, interviews and field notes. Twelve district nurses with specialised training for that profession have taken part. All of the district nurses are attached to one and the same organisation, but their locations vary. Some of them work in the doctor's surgery, and others in adjacent buildings bearing the signs district nurse surgery or child health centre. The district nurse's tasks include health care addressing both adults and children, and one district nurse also works within school health care.

The study was carried out between February 2003 and March 2004, and the field was visited one or two days a week. During the first six months only participant observations were made, but these were supplemented with interviews during the second six months. To obtain as comprehensive a picture of the research question as possible, the content of notice boards, educational material and library stock was treated as part of the observation material, which meant that the data repertoire was enlarged considerably (Atkinson, et.al, 2001, Hammersly & Atkinson, 1983).

The observations were made for the purpose of listening and taking notes (Spradley, 1979) and, depending on the activity, varied in length between 10 minutes (the shortest visit made by a care-consumer) and 3 hours, when there was a parents' course. A total of fifty-seven observations were written down.

The interviews were conducted as thematised dialogues (Patton, 2002), which were connected with the content of the observations, in which the aim was to stimulate the district nurses to talk about their experiences as freely and in as much detail as possible. The dialogues took the form of a communicative interaction process (Beach, 1997) and lasted between fifty and sixty minutes. They were deliberately assigned to the latter part of the research process, since it was assumed that one would have become better acquainted with the participants by then. Eleven district nurses were interviewed, and one declined for personal reasons.

Analysis

An ethnographical research method results in an analytical process that stretches over a long period of time (Emerson et al 2002). This meant that the analysis started when the field work was initiated, and reflections and questions, on which the interviews were later based, were formulated from the content of the observations. The analytical process in the first phase may be described as preliminary. The analysis developed gradually, keeping pace with transcriptions of first the observations and then the interviews. It was shown that the observations could be linked up with the regular conversations and interviews. Reading through the material repeatedly led to new questions, while others were discarded when they did not lead to anything. In the second analytical phase, content analysis was applied. The material was read again, paying greater attention to meaning and content. Words and expressions formed the content of the meaning-bearing units, which were coded and formed categories of data (Pilhammar Andersson, 1996).

The point of departure for the work was a pre-understanding of the research question derived from the concepts of gender theory. As the empirical results in the form of more observations and reflections expanded and the interpretation proceeded, arguments were developed that should be regarded as more or less reasonable in relation to theory and concepts (Alvesson & Skiöldberg, 1994). The participants are interesting as they are conveyors of the conditions created, while reliability must also be assessed as a question of repeated patterns and other possible explanations. The results are presented as three main themes, all of which have underlying sub-themes. These in their turn are based on a number of categories founded on the meaning-bearing units identified in observations and interviews.

RESULTS

The first theme deals with the place and function of the district nurses. The results show that both symbols and functional significance lend meaning to their professional practice. The question of location is associated with “old times and traditions” and district nurse surgeries a long way from other health service institutions. This has changed today but is still considered important. According to many of the district nurses, being able to close the doors to their own premises means maintaining their independence and distinguishing

their tasks from those of the doctor's surgery and the doctors. A clearly defined place, in a spatial sense, signifies status and power to control the organisation of the work.

It is, however, an idealised picture that the district nurses describe. In reality, the professional borders are being erased, and the district nurses are given a replacement function, which in actual fact makes them more dependent on the activities of the doctor's surgery and less independent. They themselves give priority to, or are forced by the organisation to undertake, other tasks, while their public health work is decreasing. They have to comply with the working structure of the doctor's surgery while use is made of their competence, particularly when access to doctors is limited. It is not evident from the observations that the place is so important for their professional practice as many assert, but the observations show that health-promotion work is done both by the district nurses working at the doctor's surgery and district nurses who test unconventional working methods, such as running target-group-based health projects outside the normal surgery premises. The district nurses' premises thereby lose their significance and the spatial aspect their guarantee for professional freedom and independence. On the other hand, the proximity to the doctor's surgery makes the district nurses' surgery seem like a "mini doctor's surgery", subordinate to medical principles and the authority of the doctors. This means there is a power centre here that causes "rings on water" as far as the district nurses are concerned, making it difficult for them to find their place in the team.

The ideal also upholds the image of the district nurse as a professional person whose function is to care for people "from the cradle to the grave". Apart from the young parents, most of the care-consumers are middle-aged or somewhat older, and their visits concern problems with poor health to a greater extent. According to statements, this means that district nurses have an educational function to fill and that work with health promotion and prophylaxis is needed. Observations show, however, that health promotion is less common in this age group, but that the district nurses do have a supportive and control function in the work with child development screening in child health care. Furthermore, they balance supply and demand as far as doctors at the child health centre are concerned, and in their work with adults, they maintain a complementary function as the doctor's extra hand. At the same time as the gender order between district nurses and doctors becomes visible, traditional gender roles take root in the work directed towards parents.

Under the motto “the spider in the web”, female competence is linked with the professional content in child health care. In the health service for adults, being unable to exercise collegiate power sometimes results in the district nurses filling a replacement function as (registered) nurses.

The second theme, which deals with the district nurses’ collaboration with doctors, parents and care-consumers, shows that there is a recurrent element of subordination on the part of the district nurses, which is constructed both individually and at group level. In contrast to the statements about a flexible professional role, observations show that in actual fact it is a question of exchanging roles and adjusting oneself.

Exchanging roles means that the district nurses are regressing from independence to subordination. This is particularly evident in the collaboration between staff in child health care. Observations show that the district nurses have a positional power to influence and to exercise their educational function in certain contexts, and that they then have a prominent role in the interaction with students, care-consumers and parents. In the collaboration with the doctors, the district nurses lose their main role and are given a function backstage. When they have to carry out development screening together at the child health centre, it is the doctors who have the power to control the content and performance of the task in hand, while the district nurses merely assist. The district nurses find it difficult to hold their own as educators, and their nursing qualifications are considered to be of minor importance.

The collaboration in particular within child health care also means that the district nurses use their female competence. This is shown in the form of acknowledgement of femininity, conceptions of masculinity and motherly or hostess-like conduct. Traditional sexual roles make the educational work meaningful and lead to a division of labour by which different tasks are allocated to the district nurses and their collaborative partners. Heteronormativity has an impact on the symbolical and emotional meanings/implications of parenthood and supports the organisation of everyday life, where the mothers stand out as primarily responsible for care and welfare. Care-giving is generally associated with mothers, and the district nurses do not consider the possibilities that individual families with children might have of organising their parenthood, which could involve other solutions than the traditional ones offered. The traditional view of masculinity is strongly rooted within child health care despite the new generation of parents,

and when the fathers, in exceptional cases, take part in child health care activities, neither present-day political family orientation nor the debate on sexual relations reach the district nurses' health work among families with children. Instead, parent education, which is an important task aiming to stimulate parents' competence and relations upholds a traditional gender order. It supports a construct of female and male gender identity while, at the same time, the district nurses stress mutual participation in the care of infants in particular. Parenthood stands out as a female concern while fatherhood's influence on the male self-image is not anything that is discussed by the district nurses. On the other hand, they accept support from other professional groups' competence in parental issues, which contradicts statements that the district nurse should have a family-orientated, relations-supporting approach in child health care.

The work of the district nurses is based on a rationality relating to both responsibility and care, which involve different tasks. Besides the contacts that the district nurses develop, they strive for other values in their professional practice. The continual contact the district nurses have with parents, children and care-consumers means that their workplace is important from the working environment perspective. As women, they therefore invest in tasks aiming to increase their satisfaction and wellbeing at the workplace.

The third and final theme shows that the district nurses' affiliation to the organisation of the primary health centre is advantageous from a personnel-administrative and practical angle. The management is near at hand, which results in short decision-making routes and efficient information exchange. From the district nurses' point of view, the common organisation does not, however, mean that they feel that they are participating on equal terms with the rest of the staff. Personal development with the help of, and together with one's colleagues at doctor's surgeries is difficult, and according to the district nurses it is the doctors that are perceived as being the managerial elite of the organisation.

The change that has resulted in the district nurses integration into the primary health centre's organisation means, according to several of the district nurses, that it is difficult for them to draw a distinct line around their profession. They are asked to perform tasks similar to those of the doctors since it is, to a great extent, the doctors' appointments that steer the organisation. This means that the district nurses must defend their health work while the

differences between the nurses' and the district nurses' competences become more and more blurred. This division of labour is advantageous to the doctor's surgery. The change also results in several district nurses feeling like outsiders and in them having to discreetly blend in with the organisation. This makes them feel unacknowledged by the management and by their colleagues. As an occupational group they end up in an in-between position in the organisation. Personal territorial struggles and their own limitations are placed above collective agreements, while the question of their function is conditioned by individual interpretations. This results in their common power arena being limited. They gradually get used to continually carrying out everyday tasks, which results in their position in the organisation becoming unclear, as is also the case in their health work. Certain district nurses do not allow themselves to be affected either by perceptions that limit them or by everyday obstacles. Instead they use the space of action they consider themselves to be entitled to in order to develop their health work, which means that they use their positional power. According to their own convictions and with the help of individual methods, they make the most of these opportunities to influence their clients in life-style questions and to get them to make healthy decisions.

The conception of the district nurse profession as being a "no man's land" is obvious in this study. "No man's land" is a symbol that reflects the district nurses' feelings of being outsiders. This symbol could be interpreted as though they experienced freedom and autonomy, but instead it means that they give up their positional power to pursue the development of public health work. They ask for the doctors' assistance, and it is only when the latter show interest that the district nurses, with duties of their own, believe that it is this assistance that gives status to their performance. The district nurses' feeling of being outsiders is acknowledged by observations that show that when external collaborators take part in the personnel side of the organisation, they, like the management and the doctors, pay greater attention to the staff of the doctor's surgery than to what happens in those contexts that the district nurses take part in. It is probable that their lack of collective power practice leads to others also perceiving them as a subordinate group in the organisation. Questions that primarily concern the doctor's surgeries create a discussion forum about the working situation of the doctors. At the same time they receive individual attention from the management and from their colleagues. The future prospects of the organisation are formulated as questions about the male structure of the organisation and medical competence and concern

the doctors to a greater extent than the district nurses, who are incapable of sharing in the interests of the primary health centre. Having control over the organisation is necessary for the management while the democratic decision-making process is important from a staff point of view. The controversial attitude of the district nurses shows, however, that they do not allow themselves to be inspired, which could be explained by their inability to adapt to changes, or that they take everyday reality so much for granted that they have given up their illusions.

Discussion

The aim of the study was to describe the district nurses' professional practice at the primary health centre from a gender perspective with regard to:

- what happens in the interaction between district nurses, other professionals, parents and care-consumers
- possibilities and obstacles in this professional practice
- professional conditions and autonomy in relation to the content of the tasks

Profession, society och organisation

The result shows that the function of the district nurses in health work is unclear and that their position in the organisation is not particularly prominent. The majority of them describe an idealised picture of the profession that is not in accordance with the way in which society and their function has changed. They are acquainted with their professional history and the long professional tradition of independence and solitary work that district nurses have had. Several of them have experience of working with social hygienic interventions, house calls and geographically extensive districts. They have played a role in palliative assignments, in home nursing and in psychiatric nursing attached to primary care – something which has now been changed.

The district nurse – a profession in transformation

District nurses are no longer alone when carrying out health work (SFS,1997:142); even registered nurses are responsible for promoting health

(Kompetensbeskrivning - Description of qualifications, 2005). As seen from the results, it seems as though these changes have made an impact on the district nurses, who have had their day as primary contact persons. They see themselves as being overtaken by other professions, which leads to uncertainty. At the same time, they are losing their earlier status. This probably explains why the majority of them are withdrawing from targeted health work while maintaining a certain professional interest in that they discuss this task as a future possibility. This, however, is not enough to uphold a strong position in a practical sense. As far as their colleagues and the external consultants are concerned, the district nurses are not associated with public health work. This is something that makes them less attractive from a collaborative point of view when qualifications in public health are needed.

The district nurses in the public health centre's organisation

The district nurses defend their territory by making the question of location important and by seeing this as a guarantee of independence. When they don't make themselves part of the team or their competence in health work part of the combined competence, their function as a 'mini-doctor' becomes more important. They do these tasks without any insight from others in the organisation although they feel sceptical to this aspect of the change. Conell (2002) believes that there are limits within an organisation that affect how freely people can construct their independence, and that structures consolidate traditional values, about division of labour, for instance. The doctors control the district nurses, who are steered towards medical tasks, with the result that their nursing competence becomes less important. The district nurses' scope of action is limited while their subordinate position upholds the doctors' status.

Changes in the surrounding world – renewal of a profession

The district nurses' orientation towards target-group-based work group is not innovative from a population perspective. A study by Gedda (2001) shows that the implementation of health work in the district nurse profession is a slow process, and the question is whether educational and targeted health work is attractive enough to people since similar services are offered by other occupational groups. During the course of this study, I have not found

any indications of district nurses strategically using the primary health centre to organise, delegate the responsibility of, and carry out targeted health work. However, there are a few individual district nurses that go against the prevailing idea that targeted health work is a question of tomorrow's challenges and integrate it, to a certain extent, into their ordinary tasks.

Another question is whether the district nurses' orientation towards *preventive* interventions, such as self-care, is separate enough from registered nurses' tasks, for example, from nurses specialised in nursing diabetes, cardiac and lung patients. Self-care has been said to be an important part of the educational content in parent courses. The results, however, point to the fact that this is primarily a question of product information, which is the responsibility of with the pharmacy staff. That is rather remarkable considering the accessibility of pharmacy staff and their information in other contexts.

Collaboration, power and medicine

The aim of the study was to examine the district nurse profession with regard to their interactions with other professionals, parents and care-consumers. The result shows that there is a relation between collaboration, the exercise of power and medical tasks. The district nurses' statements point in one direction, that there are opportunities to influence the content and organisation of their work but that, in practice, they are not as independent as they make themselves out to be. According to Conell (2002), there are always elements of gender arrangements in institutional contexts that infer how relations between groups and organisations harmonise and differ. These relations do not have to consist of direct relationships between men and women but can work in indirect ways through everyday practices.

Being of use

The emphasis on the primary health centre being competitive and also being available for as many care-consumers as possible links the district nurses to a businesslike organisation where medical tasks are given highest priority. Since the district nurses, either in this study or in those mentioned above, do not question the rules of the medical profession, which emphasise an effective work structure and competent co-workers, the relationship between the

professional groups is promoted. At the same time, the district nurses express that they feel inferior both in their capacity as employees and as a professional group. They talk about the authority that they have lost and about a feeling of being less valuable than others. This results in them adapting, which, from Conell's perspective (2002), may be understood as a power relation since there are norms in the organisation that discipline the organisation and content of the medical work. When the district nurses spontaneously say no to certain tasks in order to be available to others, the prevailing power order is acknowledged.

As far as the 'being of use' aspect is concerned, the district nurses' competence in prescribing certain medicines is not particularly necessary and, according to what the district nurses say, there is very rarely any cooperation in this matter. It is evident from the results that the district nurses are women and the majority of doctors are men, and that the significance that prescribing medicines has could be understood as female subordination that is manifested through their profession. The question is whether the importance of district nurses prescribing medicines is overestimated from a professional point of view. I wonder what use district nurses actually have of this competence, and whether this plays such a great part from a care-consumer perspective.

Doing things in the right way

Ellström (1992) believes that learning, with a developing aim in view, is a process. Knowledge is a question of being able to identify and clearly define problems, making critical analyses and new interpretations. It's about doing the right things, which is not the same as doing things in the right way. According to Ellström, the latter is a question of learning that aims at adaptation, the point of departure being to acquire knowledge and solve problems in a situation where the goals and the aim are formulated in advance. As far as the district nurses are concerned, there are elements of learning that aim at adaptation in their everyday work. Observations show, for example, that when the district nurses ask a doctor for advice in common tasks, medical measures of a *when* and *how* character are the usual answers. Routine patterns give, for example, collaboration stability and order when sharing tasks in child health care, and fixed knowledge and established norms lend meaning to work content and work- place development. One interpretation can be

that this is probably a matter of conformism, which is so much taken for granted that it is difficult to question.

Conell (2002) talks about gender-structured identity construction. He believes that conceptions about male and female and their orientation towards separate identities are so strongly connected with places, professions and duties, that they form structural hierarchies. They give meanings to language and practical division of labour, and when people get sufficiently used to the situation, they lead a life of their own. The district nurses fully identify themselves with their professional ideal and their wide area of competence, while going beyond their gender identity in certain tasks that are similar to the doctor's. Thanks to their pharmacological knowledge, the district nurses can, for example, play on the same side of the pitch as the doctor when it comes to questions concerning certain medicines. When doctors and district nurses attend information meetings about medicines, it is, however, quite clear that it is the doctors who are called upon to speak. It is their medical knowledge that is regarded as superior, whereas the district nurses' knowledge of people's living habits and life-style is never up for debate. The fact that there is a hierarchical order between doctors and district nurses is even reflected in the consultants' attitudes. It's the doctors they turn to with their requests and questions, and they also allow the doctors to steer the discussion. Their attitude to the district nurses is, on the other hand, less submissive. They simplify the information assuming that the nurses will find it difficult to understand. One interpretation is that collaboration between district nurses and doctors is about a power game, which results in doctors referring to their higher medical competence in spite of the fact that the opposite approach would be more pedagogical i.e. that the district nurses could be asked to give an account of their points of view, for example, how they see the possibility of their competence in public health being brought into the context etc.

The result shows that the organisation's goals reflect a point of orientation that the male doctors can identify with, i.e. that the male and professional position are connected. Davies (2001) believes that nurses, unlike doctors, have been tied to a string of tasks as a result of their professional history, and that this has upheld the ideas that people have about nurses' professionalism, for example, their ability to be flexible, to multi-task etc. These are qualifications that are considered important, and that the district nurses can identify themselves with when the significance of being a district nurse is discussed.

Child health care from a gender perspective

The aim of the study was to investigate what happens in the interaction between district nurses and other professional groups and to examine the autonomy that the district nurses have in relation to the content of their tasks. It is evident from the result that collaboration between district nurses and doctors in child health care affects the district nurses' autonomy, which is toned down. The district nurses both express and show that their participation is of less significance than the doctors' when they both work with the children and parents.

Role playing

It is quite apparent that the district nurses have a main role in the child health centre and that the competence of the group as a whole benefits the parents and children. They initiate different measures, they give treatment and they communicate their expectations of, for example, parents' attendance at the child health centre. The district nurses can at any time reprioritise routines depending on the content and character of the care-consumer's case, which even gives them the authority to refer him/her to other care-givers. Their work can, from Goffman's (1990) perspective, be described as a scenario, a scene from reality where people come and go and where the district nurses take on different roles. When they work on their own they have the leading role. They are active, they instruct and supervise, whilst their collaboration with the doctor leads to the opposite situation. Then their position is, as Goffman puts it, "backstage" and their leading role is changed into a minor role. This change puts them on their guard - makes them watchful. It is the doctors that appear to be the educators and have the leading role. and that the audience, both parents and district nurses, listen to what they have to say. The district nurses stand "back stage" ready to take a step forward in order to assist and answer what they know about the children or to ask the doctors questions. At the same time, this change of role leads to the district nurses' competence appearing as expert knowledge when the doctors make it theirs, and questions that are usually answered by the district nurses are taken over by the doctors. The question is whether this duality is an expression of the district nurses having given up their role as an authority, since this manoeuvre takes place so casually, or whether it is an expression of submission. This change of role is a way of mastering work routines that are founded on the

prevailing idea that collaboration should be effective and that district nurses are expected to make the doctors tasks easier.

Making use of dual competences

It appears from the result that the district nurses use dual competences in their profession: their professional competence and their female competence. This means that their teaching function is supported by their function as a hostess, implying, for example, that their educational tasks merge with their domestic tasks. This also means that the district nurses' nursing function is supported by their function as mothers or hostesses, and that tasks that involve nursing and giving treatment merge with, for example, baby-sitting. One interpretation is that district nurses' female experiences are easily accessible in child health care because many of them can identify themselves with the role of parent or relative. Furthermore, their subjective experiences lead to a clear manifestation of their female power of action.

Female, male, mothers and men

It seems as though the child health centre upholds conceptions of male and female nursing as a question of gender difference. In parent education, female competence has been handed down from generation to generation in the form of questions about breast-feeding technique, nutrition and responsibility for child development. These questions take up a large part of the educational content of the parent course. This results in practical methods primarily directed to women. The men's absence in matters of concrete, everyday care is self-evident and goes unnoticed whilst they are expected, in the role of *men* and not *fathers*, to ask questions that demand intelligence and professional answers.

The result does not indicate that young parent groups or parents of the same sex take part in the child health centre's parent course, or that the district nurses discuss how educational interventions can reach single mothers or mothers with problems. The result also shows that the men's fatherhood is a subordinate question in parent education. Their lack of participation is also particularly apparent, which was also evident from the inspection of parent education that was undertaken by order of the county council in Sörmland

(2005), and which particularly emphasises the importance of supporting men's parenthood and the development of family relations.

No conclusions about how men experience their fatherhood can be drawn from the results of this study, since the aim was not to examine this. However, the data and the district nurses' perspective show that fathers, by preserving their gender, uphold the mothers' responsibility to guarantee the children's growth and well-being. This is something that takes shape not only through the personal interactions that take place but also via the gender-structured education material. The result shows that the educational content of the material affects how female and male care, respectively, take shape and that a conservative picture of sex roles is handed down, which, if we put all these things together, shows the child health centre's gender order: the male as a question of structure and the female as a question of practical care (Jónasdóttir, 1991). Everyday tasks and household work are discussed as practical tips, advice and recipes. Female ideals are linked with general experiences and the women are encouraged to share their fellowship with other mothers. The men's fellowship is seen as work-related, and it is probable that the conservative gender order of the child health centre works as an exclusion mechanism for the men, which explains their absence.

Concluding points of view

The study has contributed to throwing light on the district nurses' professional practice at the primary health centre. Their professional history of the district nurses means a lot to them. They compare it with today's conditions. Certain ideals still live on and create meaning in their work. However, it is difficult to point out that changes in practice have gone hand in hand with the intentions and societal changes that have been discussed above. The study shows the district nurses' integration with the district health centre means that they work in a surgery context where effective medical care and treatment are given priority over target-group-based health work. Practical division of labour and conceptions about male and female maintain a gender order which is particularly prominent in child health care as far as both the district nurses and the parents are concerned. All in all, the study shows that the district nurses' autonomy is not as significant as they would like it to be, and that professional borders are open to both the registered nurses' and the doctors'

professions. These are circumstances that can be considered to illustrate that the district nurses' position in the organisation is not firmly established.

The question is how this situation could have arisen if the reason for it was that the district nurses, after having worked in the profession for a while developed a routine, making it problematical to see the situation from a new angle and develop new working methods etc. One task becomes like another, resulting in the work between the doctor's surgery and the district nurse's surgery being levelled out. If a change does not take place, which is necessary when considering how our society is changing, the district nurses' profession and their expertise will be impoverished.

The change in the 21st century's family structure puts new demands on interventions promoting health and developing relations. New family constellations with single parents, homosexual parentage and multi-generation families probably create new needs for supportive interventions. I believe that these have to be developed in order to suit a district nurse profession confined to families, while work with children's physical and psychological health must be preserved and linked up with cultural, ethnic and social aspects. Economy and occupation must also be included when the health status of a family is discussed, not least with regard to the fact that children and young people in households that have a vulnerable socio-economic situation run a greater risk of suffering from mental health and abuse problems, and that there are signs that social gaps increase the death-rate among infants. Women's health development is not as positive as men's, and women's alcohol consumption is on the increase, as is the case with the percentage of women and children who are the victims of violence (Public health report, 2005). These are circumstances that indicate that interventions within both preventive health care and child health care must be developed and form a common base for a new research-based district nurse education. Today's district nurse education has been revised according to directives from WHO and the EU. However, study programme syllabuses show that this course is still designed for a professional occupation that is supposed to work within primary care, the municipal health service and school health care (<http://www.hv.se>). These are areas that demand a variety of competences and that make the interdisciplinary content of the district nurses' education very extensive. Even if a family perspective is emphasised in the district nurse education, the question is if the course which has been adapted to the EU is well enough

defined for this particular profession. It appears as though the lack of a specific district nurse profile upholds multifunctional ideals that are confused with having a holistic perspective. Conceptions about the profession being widely connected with medical, surgical and pharmacological tasks and a rational professional role can be mentioned here. A professional holistic perspective is not, however, the consequence of having an increased number of responsibility areas and tasks but is a matter of being sensitive to people's life-worlds and an ability to release people's own driving force and enable them to solve their problems (Antonovsky, 1987).

This is why it would be interesting to study the question of how the EU-adapted education affects the district nurses' future profession not only from an educational perspective but also from a practical perspective. Which scientific base will, for example, benefit the profession's position and what will follow in the tracks of our society's demands for new areas of competence and specialised work areas? These are questions that demand further research within this field.

Finally, I would like to call attention to the overall aim in this study and the description of professional practice of district nurses at the primary health centre in a city. To practice as a district nurse in a smaller rural district in part of the country would probably mean something else.

Referenser

- Abrahamsson, L. (2000). *Att återställa ordningen. Könsmönster och förändring i arbetsorganisationer*. Akademisk avhandling. Institutionen för arbetsvetenskap. Luleå tekniska Universitet.
- Adeline, R., Falk, R. (1999). The Politics of Health Promotion: Influences on Public Health Promoting Nursing Practice in Ontario, Canada from Nightingale to the Nineties. *Advances in Nursing Science*, 22 (1), 23-39.
- Agar, M. (1986). *Speaking of Ethnography*. London: Sage.
- Albinsson, G., Anderson, K. (1997). *Makt och motmakt: en studie om kvinnor i vårdhierarkin*. Akademisk avhandling. Lärarhögskolan i Malmö: Lunds universitet.
- Alexandersson, K. (1999). An assesement Protocol for Gender Analysis of Medical Literature. *Women & Health*, 29 (2), 81- 97.
- Alexandersson, K. (1997). Genusperspektiv inom socialmedicinsk forskning. Rapport från en paneldebatt. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 74 (4), 192-201.
- Allam, S., Blyth, S., Fraser, A., Hodgson, S., Howes, J., Repper, J., Newman, A. Reframing the nurses role through a social model approach. A rights-based approach to workers development. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11 (3), 365-373.
- Alvesson, M., Skiöldberg, K, (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, Å. (2002). *Ett högt och ädelt kall. Kalltankens betydelse för sjuksköterskeyrkets formering*. Akademisk avhandling. Institutionen för historiska studier: Umeå Universitet.
- Antonovsky. A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Arbetsförmedlingen <http://www.ams.se>

- Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S., Lofland, J., Lofland, L. (2001). *Handbook of Ethnography*. London: Thousand Oaks.
- Badinter, E. (1981). *Den kärleksfulla modern: Om moderskärlekens historia*. Stockholm: Gidlund.
- Baer, E. (1992). American Nursing: 100 Years of Conflicting Ideas and Ideals. *Journal of New York State Nurses Association*, 23 (3), 16-20.
- Beach, D. (1997). *Symbolic Control and power Relay: Learning in Higher Professional Education*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Beckman, S. (1989). Professionerna och kampen om auktoritet. Ingår i Selander, S. (red). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap: professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Bekkengen, L. (2002). ”Man får välja - om föräldraskap och föräldraledighet i arbetsliv och familjeliv. Akademisk avhandling. Karlstads Universitet. Malmö: Liber.
- Bengtsson, J. (1988). Fenomenologi: vardagsforskning, existensfilosofi, hermeneutik. Ingår i P.Månson (Red). *Moderna samhällsteorier. Traditioner, riktningar teoretiker*. (5:e rev.upplagan). Stockholm: Prisma.
- Benner, P. (1984). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.
- Bent, K. (1993). Perspectives on critical and feminist theory in developing nursing praxis. *Journal of Professional Nursing*, 9 (5), 296-303.
- Bentling, S. (1998). Vad behöver sjuksköterskor kunna? *Omvårdaren*, 3, 8-11.
- Bentling, S. (1992). *I idéernas värld. En analys av omvårdnad som vetenskap och grund för en professionell utveckling*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

- Berg, L-E. (1988). Den sociala människan: Om den symboliska interaktionismen. Ingår i P. Månson (Red). *Moderna samhällsteorier. Traditioner, riktningar teoretiker*. (5:e rev.upplagan). Stockholm: Prisma.
- Bischofberger, E. (1996). Etiska synpunkter på patientens informerade samtycke. Ingår i statens medicinsk-etiska råd. *Information och samtycke om kommunikationens betydelse i vården*.
- Bjornsdottir, K., Malchau, S. (2004). Religion, modernity and foreign nurses in Iceland 1896-1930. *Nursing Inquiry*, 11 (3), 166-175.
- Bloor, M. (2002). The Ethnography of Health and Medicine. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S. mfl (Red). *Handbook of Ethnography*. London: Sage.
- Blumer, H. (1966). *Sociological Implications of the Thought of George Herbert Mead*. Reprinted from *The American Journal of Sociology*, (71), 535-44.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism*. New Jersey: Prentice Hall.
- Brante, T. (1989). Professioners identitet och samhälleliga villkor. Ingår i Selander, S. (Red). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap: professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Brooks, I., Mac Donald, S. (2000). Doing life: Gender relations in a Night Nursing Sub-Culture. *Gender and Night nursing*, 7 (4), 221-229.
- Brorström, B. (2003). Om professioner, institutioner och alla (o)möjliga förändringar. *Kommunal Ekonomi*, 4, volym 7.
- Bunting, S., Campbell, J. (1990). Feminism and Nursing. Historical perspectives. *Advances in Nursing Science*, 12 (4), 11-24.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*. London: Routledge.

- Butler, J. (1994). *Gender as Performance: An Intervju with Judith Butler*. [Elektronisk]. Tillgänglig: [http:// www.theory.org.uk/but-int](http://www.theory.org.uk/but-int)
Hämtat 2004 08 31.
- Buzan, T. (1994). *Boken om Mindmaps*. Stockholm: Docendo Läromedel AB.
- Chodorow, N. (1989). *Femininum, Maskulinum*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Connell, R.W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Cambridge: Polity Press.
- Connell, R.W. (1995). *Maskuliniteter*. Göteborg: Daidalos.
- Connell, R.W. (2001). *The Men and the Boys*. Cambridge: Polity.
- Connell, R.W. (2002). *Om genus*. Göteborg: Daidalos.
- Connolly, K., Bruner, J. (1974). *The growth of competence*. London: Academic Press.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2003). "Systems" konstruktion och mumifiering -i TV serier och i studenters föreställningar. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Davies, C. (1995). Competence versus care? Gender and Caring Work Revisited. *Scandinavian Sociological Association*, 38 (1), 17-31.
- Davies, K. (2001). *Disturbing Gender. On the doctor-nurse relationship*. Lund Studies in Sociology. Lund University.
- de Beauvoir, S. (1973). *Det andra könet*. Stockholm: Nordstedts.
- Deegan, M. (2002). The Chicago school of Ethnography. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S. mfl (Red). *Handbook of Ethnography*. London: Sage.

- Dingwall, R., Rafferty, A.M., Webster, C. (1988). *An introduction to the social history of nursing*. London: Routledge.
- Doering, L. (1992). Power and knowledge in nursing: A feminist poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, (4), 24-33.
- Ehn, B., Klein, B. (1994). *Från erfarenhet till text*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Ekenstam, C., Johansson, T., Kuosmanen, J. (2001). *Sprickor fasaden, manligheter i förändring*. Hedemora: Gidlund.
- Ekstrand, P. (2005). "Tarzan och Jane": hur män som sjuksköterskor formar sin identitet. Akademisk avhandling. Uppsala studies in Education.
- Elgqvist Salzman, I. (1994). Att vända på bilden. *Kvinnovetenskaplig tidsskrift*, (4), 18-29.
- Eliasson, R. (1987). *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.
- Ellström, P.E. (1994). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet. Problem, begrepp och teoretiska perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Emanuelsson, A. (1990). *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851-1939*. Akademisk avhandling. Stockholm: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund (SHSTF).
- Emanuelsson, A., Wendt, R. (1994). I folkhälsans tjänst. Sju decennier med den svenska distriktssköterskan. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF FoU rapport; 1994.
- Emerson, R., Fretz, R., Shaw, L. (2002). Participant Observation and Fieldnotes. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S. mfl (Red). *Handbook of Ethnography*. London: Sage.

Eriksson, H. (2002). *Den diplomatiska punkten-maskulinitet som kroppsligt identitetsskapande projekt i svensk sjuksköterskeutbildning*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Evertsson, L. (2002). *Välfärdspolitik och kvinnoyrke. Organisation, välfärdsstat och professionaliseringens villkor*. Akademisk avhandling. Umeå: Sociologiska Institutionen.

Fagermoen, M.S. (1999). Humanism in nursing theory: A focus on caring. Ingår i Kim, HIS och Kollak, I. (Red). *Nursing theories*. New York: Springer Publishing Company.

Fetterman, D. (1993). *Speaking the language of power: communication, collaboration and advocacy (translating ethnography into action)*. London: Falmer P.

Fisher, S. (1995). *Nursing Wounds. Nurse Practitioners/Doctors/Womens Patients/ and the negotiation of meaning*. New Jersey: Rutgers University Press.

Fogelberg Eriksson, A. (2005). *Ledarskap och kön. En studie av ledare och maskuliniteter i ett verkstadsföretag*. Akademisk avhandling. Linköpings Universitet: Department of Behavioural Sciences.

Folkhälsorapport 2001. (2001). Stockholm: Socialstyrelsen.

Folkhälsorapport 2005 (2005). Stockholm: Socialstyrelsen.

Forsberg, E-M. (2001). Förändringsprocesser och kompetensutveckling med könsperspektiv. Ingår i Gonäs, L., Lindgren, G., Bildt, C (Red). *Könssegregering i arbetslivet*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik. En introduktion*. Stockholm: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Furåker, B. (2003). *En studie av arbetstillfredsställelse och arbetsvillkor i Västra Götalandsregionens primärvård*. Göteborgs universitet. Rapport nr 130. Sociologiska Institutionen.

Furåker, C. (2001). *Styrning och visioner – sjuksköterskeutbildning i förändring*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Gannerud, E. (1999). *Genusperspektiv på lärargärning. Om kvinnliga klasslärares liv och arbete*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Gedda, B. (2000). *Den offentliga hemligheten. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i folkhälsoarbetet*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Goffman, E. (1990) *The Presentation of Self in Everyday Life*. London: Penguin.

Granström, K. (2006). *Dynamik i arbetsgrupper. Om gruppprocesser på arbetet*. Stockholm: Studentlitteratur.

Hallberg, M. (1998). Reflektioner över kvinnodominansens betydelse för vårdområdet. *Socialmedicinsk tidskrift*, 1-2, 62-67.

Hamersly, M. (1992). *What's wrong with Ethnography?* London: Routledge.

Hamersly, M., Atkinson, P. (1983). *Ethnography principles in practice*. London: Routledge.

Hand, D. (1991). Facts and fantasies. *Nursing Standard*, 5 (15/16), 17-19.

Hartrick, G., Lindsey, E., Hills, M. (1994). Family nursing assessment: meeting the challenge of health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, (20), 85-91.

Hermansson, E. (2003). *Akademisering och professionalisering - barnmorskans utbildning i förändring*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Heyman, I., Andersson, J-U. (1988). Sjuksköterskornas arbete – en kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 436-442.

Hirdman, Y. (1988). Genussystemet-reflexioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift*, (3), 49-63.

Hirdman, Y. (2001). *Genus. Om det stabilas föränderliga former*. Malmö: Liber.

Hochschild, A. (2003). *The managed heart*. London: University of California Press.

Holm, U. (1993). *Modrande och praxis. En feministfilosofisk undersökning*. Akademisk avhandling. Göteborg: Daidalos.

Holmberg, C., Lindholm, M. (1995). Feministisk teori. Ingår i P.Månson (Red). *Moderna samhällsteorier. Traditioner, riktningar teoretiker*. (6:e rev.upplagan). Stockholm: Prisma.

<http://ams.se/yrkesbeskrivning>. Hämtat 2007 03 14

Huzell, H. (2005). *Management och motstånd – offentlig sektor i omvandling. En fallstudie*. Akademisk avhandling. Karlstads universitet: Karlstad University Studies.

Hälsopromotionsprogrammet. <http://www.vastpunkt.hv.se>) Hämtat 2007 03 14.

Högskoleverket.(<http://www.hsv.se>) Hämtat 2007 04 24

Johanisson, K. (1997). *Kroppens tunna skal: sex essäer om kropp, historia och kultur*. Stockholm: Liber.

- Johansson, A. Red. (2001). *Svensk genusforskning i Världen*. Konferensrapport Örebro 3,11-12 - 2000. Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning.
- Jónasdóttir, A. (1991) *Low Power and Political Interests*. Örebro: Örebro studies 7.
- Jónasdóttir, A. (1991). Könsbegreppet i samhällsvetenskaper. Tre kontroverser. Ingår i Jónasdóttir, A. 6 Björk, G. (1994). *Teorier om patriarkatet. Betydelser, begränsningar och utvecklingslinjer*. Örebro: Kvinnovetenskapligt forums skriftserier 2, Högskolan Örebro.
- Jónasdóttir, A. (2002). Könsdimensionens ställning idag som en samhällsteoretisk problematik. Ett inlägg till konferensen Genusforskningens framtid. Presenterad vid Vetenskapsrådets genuskommitté 2002, 21-22 Oktober, Stockholm.
- Jrasat, M., Samawi, O. Wilson, C. (2005). Beliefs, attitudes and perceived practice among enrolled students at the Jordanian ministry of Health Nursing Colleges and Institutes 2003. *Education for Health*, 18 (2), 145-56.
- Karlsson, B., Morberg, S., Lagerström, M. (2006). Starke som individer men svaga som grupp. En kvalitativ studie om hur distriktssköterskor upplever sin arbetssituation och hur de ser på sitt yrke. *Vård i Norden*, 79 (26), 36-41.
- Kim, H.S. (1993). Identifying alternative linkages among philosophy, theory and method in nursing science. *Journal of Advanced nursing*, 18 (22), 793-800.
- Kim, H.S. (1999). Introduction. Ingår i Kim, H.S och Kollak, I. (Red). *Nursing theories*. New York: Springer Publishing Company.
- Kim, H.S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. (2:a upplagan) New York: Springer Publishing Company.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

- Knutsson, A. (2004). *"To the best of your knowledge and for the good of your neighbor" A study of traditional birth attendants in Addis Ababa, Ethiopia*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Korp, P. (2002). *"Hälsopromotion – en sociologisk studie av hälsofrämjandets institutionalisering"*. Akademisk avhandling. Göteborg: Sociologiska Institutionen.
- Kungliga Medicinalstyrelsen (1919). *Utlåtande över ett av sakkunnige avgivet Betänkande angående Den Kvinnliga Sjukvårdspersonalens Utbildning och Arbetsförhållanden*. Stockholm: Kungliga Medicinalstyrelsen.
- Landstinget i Sörmland. (2006). *För barnets bästa från utbildning till mötesplats*. En översyn av föräldrautbildningen i Landstinget Sörmland samt utifrån genomförd översyn redovisade förslag. (<http://www.landstinget i sormland. se>). Hämtat 02 04 03.
- Lannerheim, L. (1994). *Syster blir till. En sociologisk studie om sjuksköterskeyrkets framväxt och omfattning*. Akademisk avhandling. Department of Sociology. University of Gothenburg.
- Lather, P. (2002). Postmodernism, Post-structuralism and Post (Critical) Ethnography: of Ruins, Aporias and Angels. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S. mfl (Red). *Handbook of Ethnography*. London: Sage.
- Lauri, S. (1989). Changes in national child health care policies and their effects on the public health nurses work in child health in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 14 , 1034-37.
- Leininger, M. (1994). Evaluation Criteria and Critique of Qualitative Research Studies. Ingår i Morse, J. *Critical issues in Qualitative Research Methods*. London: Thousand Oaks.
- Lemert, C., Branaman, A. (2000). *The Goffman Reader*. Oxford: Blackwell Publishers.

Lindberg, M., Wilhelmsson, S. (2005). *Vem bryr sig? Distriktssköterskans förebyggande och hälsofrämjande arbete – ett svårprioriterat uppdrag och en outnyttjad resurs*. FoU-enheten för Närsjukvård i Östergötland. (Rapport FoU 2005:3).

Lindberg Sand, Å. (1996). *Spindeln i klistret. Den kliniska praktikens betydelse för utveckling av yrkeskompetens som sjuksköterska*. Akademisk avhandling. Pedagogiska Institutionen. Lunds Universitet.

Lindgren, G. (1992). *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Lindgren, G. (1999). *Klass, kön och kirurgi*. Stockholm: Liber.

Lindgren, G. (2001). Försvagade grupp kulturer och genus i organisationen. Ingår i Gonäs, L., Lindgren, G., Bildt, C (Red). *Könssegregering i arbetslivet*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Lundgren, B., Martinsson, L., (Red). (2003). *Bestämna, benämna, betvivla. Kulturvetenskapliga perspektiv på kön, sexualitet och politik*. Lund: Studentlitteratur.

Lusk, B. (2000). Pretty and powerless: nurses in advertisements, 1930-1950. *Research in Nursing & Health*, 23 (3), 229-36.

Mackay, L. (1993). *Conflicts in Care. Medicine and Nursing*. London: Chapman och Hall.

Magnusson, L., Ottosson, J. (2003). Den tredje industriella revolutionen och den nya ekonomin. Ingår i von Otter, C. (Red). *Ute och inne i svenskt arbetsliv*. Arbetslivsinstitutet. Arbetsliv i omvandling, 2003:8.

Miers, M. (2002). Developing an understanding of gender sensitive care: exploring concepts and knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (1), 69-77.

Mishler, E.G. (1984). *The discourse of Medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood, Ablex.

Muldoon, T., Reilly, J. (2003). Career choice in nursing students: gendered constructs as psychological barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (1), 93-100.

Nilsson, K. (2003). *Mandat-Makt-Management. En studie av hur vårdenhetschefers ledarskap konstrueras*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.

Nordberg, M. (2001a). Teori som importvara. "Hegemonisk maskulinitet"- Teoretiskt axiom i Svensk Genusforskning med fokus på män? Ingår i Johansson, A. (Red). *Svensk genusforskning i Världen*. Konferensrapport Örebro 3.11-1.12- 2000. Göteborg: Nationella sekretariatet för genusforskning.

Nordberg, M. (2001b). "Livet är skönt. Det beror ju på det en gör det till". Tommy, Lars och Åke – tre män i kvinnodominerade yrken. Ingår i Ekenstam, C., Johansson, T., Kuosmanen, J. (Red). *Sprickor i fasaden. Manligheter i förändring*. Gidlunds Förlag.

Nordberg, M. (2004a). Kvinnlig maskulinitet och manlig femininitet. En möjlighet att överskrida könsdikotomin? *Kvinnovetenskaplig Tidskrift*, (1-2), 48-65.

Nordberg, M. (2004b). *Situering, historicering och kontext*. [Elektronisk] Karlstads Universitet, Jämställdhetscentrum och Göteborgs Universitet, Etnologiska Institutionen. Tillgänglig: <http://www.vr-se.siteseeker.se/?q=genusforskning&t=simple&l=0&l1=2&l2=2&f=&ff=0>

Närvänen, A-L. (1994). *Temporalitet och social ordning. En tidssociologisk diskussion utifrån vårdpersonalens uppfattningar om handlingsmöjligheter i arbetet*. Akademisk avhandling. Tema Hälsa och samhälle: Linköpings Universitet.

Oinas, E., Nikkonen, M. (1999). A midwife-public-health nurse's work in northern Finland 1950-87. *International Journal of Nursing practice*, 5 (3), 116- 46.

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Research Evaluation Methods* (2nd ed.). London:Sage

Peggy, L. (1995). Feminism and Nursing. *Annual review of Nursing research*, (13), 378-392.

Pettersson, L. (2002). *Genus i och som organisation. Översikt om svensk arbetslivsforskning med genusperspektiv*. Stockholm: Nordstedts.

Pilhammar Andersson, E. (1991). *Det är vi som är dom - sjuksköterskestuderandes föreställningar och perspektiv under utbildningstiden*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdpedagogik.

Pilhammar Andersson, E. (1996). *Etnografi i det vårdpedagogiska fältet - en jakt efter ledtrådar*. Lund: Studentlitteratur.

Pilhammar Andersson, E. (1998). *Kompetens ur ett vårdpedagogiskt perspektiv. En antologi i vårdpedagogik*. Rapport nr 1998:1. Institutionen för vårdlärarutbildning. Göteborgs Universitet.

Pingel, B. (2001). Kvinnors karriär-hinder och möjligheter. Ingår i Gonäs.L., Lindgren, G., Bildt, C. (Red). *Könssegregering i arbetslivet*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.

Plantin, L. (2001). *Mäns föräldraskap. Om mäns upplevelser och erfarenheter av faderskapet*. Akademisk avhandling. Göteborg: Institutionen för socialt arbete.

Pringle, R. (1998). *Sex and Medicine*. Cambridge: University Press.

Probert, B. (1999). Gendered workers and gendered work. Ingår i Bound, D., Garrick, J. *Understanding learning at work*. New York: Routledge.

Rasmussen ,B, (2004). Between Endless Needs and Limited Resources: The Gedered Construction of a Greedy Organization. *Gender Work and Organization*, 11 (5), 506-524.

- Reed-Danahay, D. (2002). *Autobiography, Intimacy and Ethnography*. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S. mfl (Red). *Handbook of Ethnography*. London: Sage.
- Ringom, B. (1994). *Mindmapping*. Täby: Larsons Förlag.
- Robertsson, H. (2003). Maskulinitetskonstruktion, yrkesidentitet, könssegregering och jämställdhet. Vetenskaplig skriftserie från Arbetslivsinstitutet. 2003:13. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Rock, P. (2002). *Symbolic Interactionism and Ethnography*. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S. mfl (Red). *Handbook of Ethnography*. London: Sage.
- Ruddick, S. (1980). Maternal Thinking. *Feminist Studies*, 6 (2), 343-367.
- Rynning, E. (1996). Rättsliga ramar för kommunikation och beslut i vården. Ingår i statens medicinsk-etiska råd. *Information och samtycke om kommunikationens betydelse i vården*.
- Scott, J. (1988). *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press.
- Selander, S. (red). (1989). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap: professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Selander, S., van Leeuwen, T. (1999). Vad gör en text? Ingår i Säfström, CA., Östman, L. (Red). *Textanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Shields, L., Kristensson, E., Hallström, I., Andershed, B., Jackson, K., Eriksson, M. (2002). Nursing and health care in Sweden. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (1), 2-6.
- Schömer, E. (2003). Jämställdhetens dilemman. Ingår i Mulinari, D., Sandell, K., Schömer, E. *Mer än bara kvinnor och män: Feministiska perspektiv på genus*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS, (1993). *Högskoleförordningen*. Examensförordning för yrkesverksamma. Svensk Författningssamling, 1993:100.

SFS, (1977). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk Författningssamling, 1982:763 reviderad 1997:142.

SFS, (1998). *Högskoleförordningen*. Examensförordning för yrkesverksamma. Svensk Författningssamling, 1998:1003.

Sherman Heyl, B. (2002). Ethnographic Interviewing. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S. mfl (Red). *Handbook of Ethnography*. London: Sage.

Skeggs, B. (1997). (Dis)Identifications of Class: on Not Being Working Class. *Formations of Class and Gender*, 5, 88-96.

Skeggs, B. (2002). Feminist Ethnography. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S. mfl (Red). *Handbook of Ethnography*. London: Sage.

Smith, V. (2002). Ethnographies of Work and the work of Ethnographers. Ingår i Atkinson, P., Coffey, A., Delamont, S. mfl (Red). *Handbook of Ethnography*. London: Sage.

Socialdepartementet (2005). *Nationell rapport till kommittén för social trygghet angående framtida utmaningar och möjligheter för hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen*. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet: enheten för hälsa och sjukvård.

Socialstyrelsen, (2001). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2001*. <http://www.sos.se>. Hämtad 2007-03-04

Socialstyrelsen, (2004). <http://www.sos.se>

Socialstyrelsen, (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

Socialstyrelsen, (2005). *Hälsofrämjande hälso- och sjukvård?. En kartläggning av hälsofrämjande och sjukvårdsförebyggande insatser*. <http://www.sos.se>

- SOSFS, (1990). *Socialstyrelsens allmänna råd i omvårdnad inom sluten somatisk vård och primärvård*. Socialstyrelsens författningssamling, 1990:15. Allmänna råd från Socialstyrelsen.
- SOSFS, (1993). *Socialstyrelsens allmänna råd. Omvårdnad inom hälso- och sjukvård*. Socialstyrelsens författningssamling, 1993:17. Allmänna råd från Socialstyrelsen.
- SOSFS, (1995). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor och barnmorskor*. Socialstyrelsens författningssamling, 1995:5. Allmänna råd från Socialstyrelsen.
- SOSFS, (1997). *Medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård*. Socialstyrelsens författningssamling, 1997:10. Allmänna råd från Socialstyrelsen.
- SOSFS, (2001). *Socialstyrelsens föreskrifter om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel*. Socialstyrelsens författningssamling, 2001:16. Allmänna råd från Socialstyrelsen.
- SOU, (1997). *Om makt och kön- I spåren av offentliga organisationers omvandling*. Statens offentliga utredningar, 1997:83. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- SOU, (1998). *Ty makten är Din... Myten om det rationella arbetslivet och det jämställda Sverige*. Betänkande från kvinnomaktutredningen, 1998:6. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- SOU, (1997). *Stöd i föräldraskapet*. Statens offentliga utredningar, 1997:161. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU, (1999). *Att lära och leda. En lärarutbildning för samverkan och utveckling*. Statens offentliga utredningar, 1999:63. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU, (2000). *Hälsa på lika villkor - Nationella mål för folkhälsan*. Statens offentliga utredningar, 2000:91. Stockholm: Socialdepartementet.

- SOU, (2001). *Barn i homosexuella familjer*. Statens offentliga utredningar, 2001:10. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SOU, (2003). *Ny sekretesslag*. Statens offentliga utredningar, 2003:99. Stockholm: Justitiedepartementet.
- Spadley, J.P. (1979). *The ethnographic interview*. USA: Hartcourt Bruce College.
- Speed, S., Luker, K. (2006). Getting a visit: How district nurses and general practitioners organise each other in primary care. *Sociology of Health & Illness*, (7), 883-902.
- Stein, L. (1967). The doctor-nurse game. *Arcives of General Psychiatry*, (16), 699-703.
- Stein, L., Watts, D., Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *Journal of Medicine* 322, 546-9.
- Stenmark, H. (2005). *Polisens organisationskultur. En explorativ studie*. Akademisk avhandling. Umeå Universitet: Pedagogiska Institutionen.
- Strömberg, B. (1997). *Professionellt förhållningssätt hos läkare och sjuksköterskor. En studie om uppfattningar*. Akademisk avhandling. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Strömberg, H. (2004). *Sjukvårdens industrialisering. Mellan curing och caring – sjuksköterskearbetets omvandling*. Akademisk avhandling. Umeå: Institutionen för Ekonomisk historia.
- Thurén, B.M (1996). Om styrka, räckvidd och hierarki samt andra genussteoretiska begrepp. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift*, (3-4), 69-85.
- Thurén, B.M. (2003). *Genusforskning – Frågor, villkor och utmaningar*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Torstendahl, R. (1989). Professionalisering, stat och kunskapsbas. Förutsättningar för en teoribildning. Ingår i Selander, S. (Red). *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap: professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.

Tveiten, S. (2005). Evaluation of the concept of supervision related to public health nurses in Norway. *Journal of Nursing Management*, (13), 13-21.

Tveiten, S., Ellefsen, B., Severinsson, E. (2005). Conducting client supervision in community health care. *International Journal of Nursing Practice*, (11), 68-76.

Utbildningsplan.Högskolan i Borås. (<http://edu.hb.se/utbildprogram>) Hämtat 2007 03 18

Utbildningsplan Högskolan Väst. (<http://www.personal.hv.se>) Hämtat 2007 03 18

Vårdförbundet (<http://www.vardforbundet.se/templates/VFArticle>). Hämtat 2005 01 18

Walby, S., Greenwell, J., with Mackay, L., Soothill, K. (1994). *Medicine and Nursing Professions in a Changing Health Service*. London: Thousand Oaks.

We, H. (1982). Makt, intresse och socialisation. *Kvinnovetenskaplig Tidskrift*, (2), 23-32.

We, H. (1991). *Women's Experience-Women's Rationality*. Kvinnovetenskapligt forums rapportserie, 1101-847:2 (48-57).

Wendt, R. (1999). *Kerstin Nordendahl – en sjuksköterska i tiden*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening och SPRI.

Whitehead, D. (2003). The health-promoting nurse as a health policy career expert and entrepreneur. *Nurse Education Today*, 23, 585-592.

Widerberg, K. (1995). *Kunskapens kön*. Stockholm: Nordstedts.

Williams, A., Sibbald, B. (1999). Changing roles and identities in primary health care: exploring a culture of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*, (29), 737-745.

Wright, L.M., Leahey, M. (1994). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. Canada: F.A. Davies Company, Philadelphia.

Åberg, B. (2001). *Samarbete på könsblandade arbetsplatser: en könsteoretisk analys mellan kvinnor och män i två yrken: akutsjuksköterskor och ordningspoliser*. Akademisk avhandling. Örebro: Studies in Sociology.

Ågren, G. (2004). *Den nya folhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan*. Satens folkhälsoinstitut. (www.fhi.se). Hämtat 07 03 26.

Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet
 Vårdvetenskapliga Fakulteten
 Institutionen för Vårdpedagogik
 Ann-Charlott Lindström

Bil.1

Information till distriktssköterskor verksamma inom primärvården, xxxx kommun

Mitt namn är Ann-Charlott Lindström och jag är doktorand vid Institutionen för Vårdpedagogik vid Göteborgs Universitet. Min handledare är professor Ewa Pilhammar Andersson, också verksam vid denna institution.

Mitt forskningsintresse handlar om distriktssköterskans yrkesutövning. Jag är intresserad av hur de utbildningsintentioner vilka gäller denna yrkesgrupp slår igenom i dagens primära vårdform. Min önskan är därför att få studera hur den för distriktssköterskeyrket specifika kompetens, kommer till uttryck i vanligt förekommande situationer vid en vårdcentral eller distriktssköterskemottagning. Detta innebär att jag vill följa ett tiotal verksamma distriktssköterskor i deras dagliga arbete, observera vad som händer och föra samtal. I ett senare skede vill jag också intervjua i cirka 60 minuter vid en till två tillfällen, de som är delaktiga i studien. Min tanke är att genomföra studien under längre sammanhållande perioder under februari till juni och från augusti till december år 2003. Det innebär att jag kommer att följa Dig i Ditt dagliga arbete under en till två dagar i veckan och kanske vid något tillfälle också fler dagar. Syftet är dock att fördela min tid mellan de distriktssköterskor som deltar i studien, på ett så passande sätt som möjligt. Avsikten är inte utvärdera vad som sker utan studera hur distriktssköterskans yrke framträder.

Den information och de förtroenden som delges mig, kommer att behandlas konfidentiellt och deltagandet är helt frivilligt. Din medverkan kan avbrytas när helst Du finner det lämpligt. Du har också möjlighet att nå mig för frågor eller annat via telefon, säkrast på kvällstid.
 Telefonnummer:

Jag har tagit del av informationen och ger mitt samtycke till att delta i studien

.....
 Namn

Datum.....

Med vänlig hälsning

Ann-Charlott Lindström
 Doktorand

Ewa Pilhammar Andersson
 Professor
 Sahlgrenska Akademin,
 Göteborgs Universitet
 Institutionen för vårdpedagogik
 Tel

**IDAG PÅGÅR FORSKNING VID
DISTRIKTSSKÖTERSKE/BVC - MOTTAGNINGEN:**

En forskarstudie om distriktssköterskors yrkesutövning bedrivs av en forskarstuderande vid Institutionen för vårdpedagogik vid Vårdvetenskapliga fakulteten, Göteborgs Universitet.

I studien ingår distriktssköterskor från denna mottagning. Om den distriktssköterska som du ska träffa idag följs av forskaren kan det innebära att du som vårdtagare eller anhörig kan komma att tillfrågas om medgivande till att forskaren närvarar vid besöket. Forskaren har tystnadsplikt och givetvis kommer du att tillfrågas innan.

DOKTORSAVHANDLINGAR
FRÅN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA
SAHLGRENSKA AKADEMIN VID GÖTEBORGS UNIVERSITET,
GÖTEBORG

Doktorsavhandlingar

Skärsäter, I. (2002). The importance of social support for men and woman, suffering from major depression – a comparative and explorative study.

Ahlberg, K. (2004). Cancer-Related Fatigue – experience and outcomes.

Drevenhorn, E. (2006). Counseling patients with hypertension at health centres – a nursing perspective.

Olsson, L-E. (2006). Patients with acute hip fractures motivation, effectiveness and costs in two different care systems.

Berg, L. (2006) Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård.

Knutsson, S. (2006) Barns delaktighet genom besök hos närstående som vårdas på en intensivvårdsavdelning.

Jakobsson, E. (2007). End-of-life care in a Swedish county – patterns of demographic and social condition, clinical problems and health care use.

Henoch, I. (2007). Dyspnea Experience and Quality of Life. among Persons with Lung Cancer in Palliative Care

Sahlsten, M. (2007). Ömsesidighet i förhandling – Sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet

Wikström, A-C. (2007). Knowing in Practice – a Tool in the Production of Intensive Care

Falk, K. (2007). Fatigue in patients with chronic heart failure – Patient experiences and consequences of fatigue in daily life

Licentiatavhandling

Moene, M. (2006). Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp.

Lindström, I. (2007). Patienters delaktighet – en studie om vård i livets slutskede

