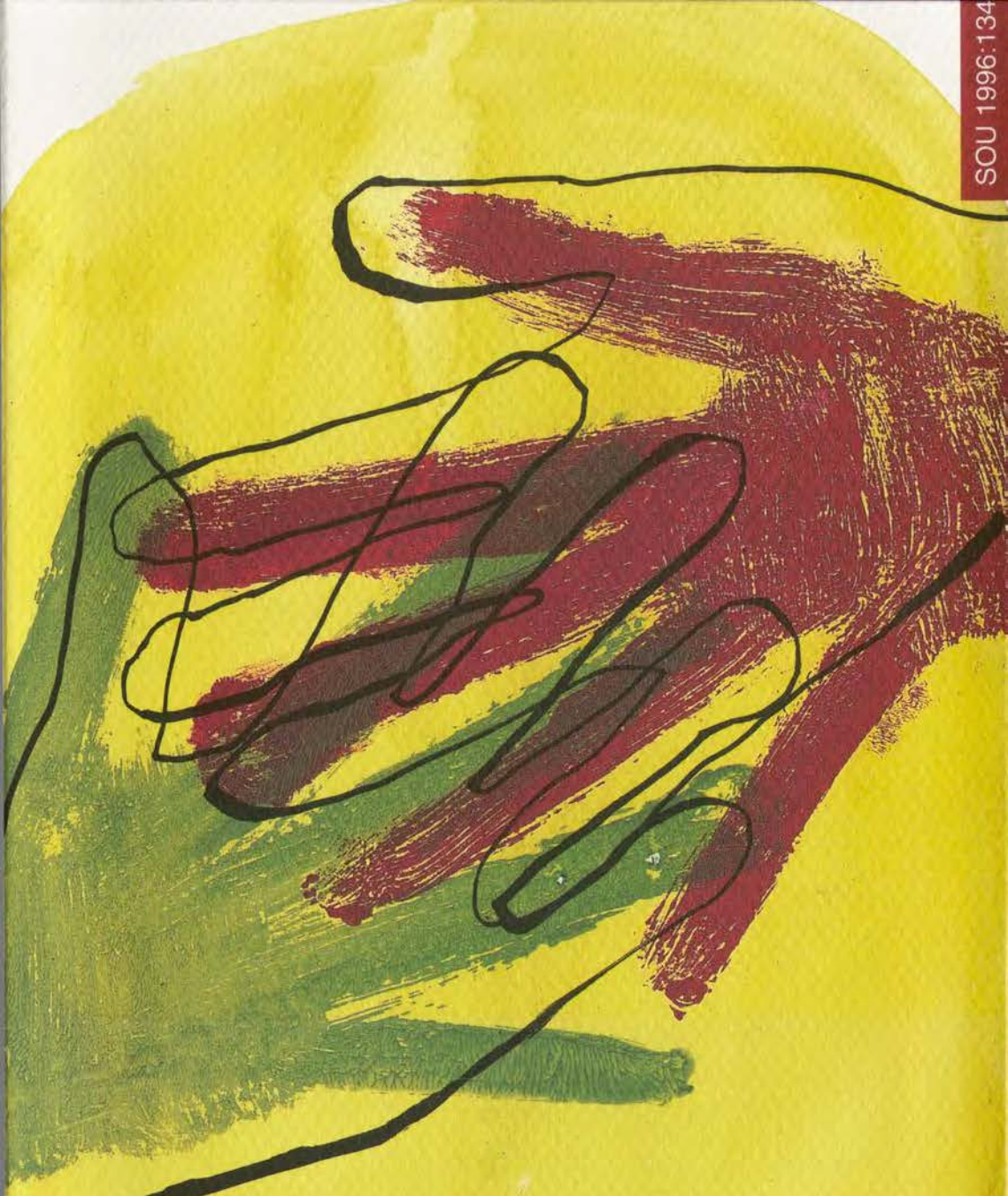




Jämställd vård

ÖTEN I VÅRDEN UR ETT TVÄRVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV

DEL BETÄNKANDE
REDNINGEN OM BEMÖTANDE AV KVINNOR OCH MÄN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN





Statens offentliga utredningar

1996:134

Socialdepartementet

A: Ref KB
OCC SOU
1996:134
13

Jämställd vård

Möten i vården ur ett
tvärvetenskapligt perspektiv

Delbetänkande av Utredningen om bemötande av
kvinnor och män inom hälso- och sjukvården
Stockholm 1996

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes, Offentliga Publikationer, på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningskontor.

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 91 90

Svara på remiss. Hur och Varför. Statsrådsberedningen, 1993.

– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.

Broschyren kan beställas hos:

Regeringskansliets förvaltningskontor
Distributionscentralen
103 33 Stockholm
Fax: 08-405 10 10
Telefon: 08-405 10 25

Omslag: Gabriella von Essen
Marita Forsberg

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Margot Wallström

Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv är ett delbetänkande av Utredningen om bemötandet av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. Enligt direktiven (1994:95) skall en särskild utredare tillkallas med uppgift att besvara frågan hur kvinnor och män bemöts och behandlas inom hälso- och sjukvården, analysera vad som påverkar eventuella könsskillnader i bemötande och behandling, vilka konsekvenserna blir härav för folkhälsan samt att föreslå åtgärder för att kvinnor och män skall få likvärdigt bemötande och behandling.

Mot bakgrund av utredningsmaterialets tvärvetenskapliga karaktär, dess stora omfattning och breda målgrupper publiceras betänkandet i tre delar. Den här boken innehåller bland annat samma faktamaterial som utredningens slutsatser och åtgärdsförslag bygger på och som finns i huvudbetänkandets kapitel Faktorer bakom skillnader i bemötande och behandling (SOU 1996:133, Kap. 8). Där refereras i första hand resultat från vetenskapliga studier beträffande olika fenomen och faktorer som kan påverka bemötande och behandling.

I föreliggande bok är detta faktaunderlag utvidgat och fördjupat med olika forskningsdiscipliners teorier och modeller som kan bidra till ökad förståelse för interaktionen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och kvinnliga och manliga patienter. Därtill innehåller denna bok ett avsnitt som belyser forskning om bemötandet i hälso- och sjukvården ur ett bekräftelsesteoretiskt perspektiv.

Författarna i detta delbetänkande är Lisbeth Sachs, Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, IHCAR, Stockholm, Roger Säljö och Ullabeth Sätterlund Larsson, Tema Kommunikation, Linköpings universitet, Gerd Lindgren, Arbetslivsinstitutet, Stockholm och Barbro Gustafsson, Ersta Högskola, Karolinska Institutet, Stockholm. Författarna svarar i denna bok för sina respektive texter. Jag tackar för deras bidrag till utredningen.

Målgrupperna för denna bok är desamma som för huvudbetänkandet, det vill säga beslutsfattare inom stat, landsting, kommuner, anställda inom hälso- och sjukvården och andra som vill fördjupa sina kunskaper om vad som påverkar bemötande och behandling på individnivå. Informationen kan vara särskilt värdefull för alla de personer som i sitt dagliga arbete möter patienter i hälso- och sjukvården samt för studeranden och lärare vid universitet och högskolor. Materialet kan t.ex. användas som diskussionsunderlag för studiecirkelverksamhet eller motsvarande. Även patienter och deras representanter kan betraktas som en viktig målgrupp liksom forskare vid universitet och högskolor.

Jag hoppas att bokens innehåll skall bli en användbar källa att hämta kunskaper och idéer ur.

Härmed överlämnas SOU 1996:134 Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv.

Stockholm den 29 augusti 1996

Olivia Wigzell

*/Pia Maria Jonsson
Birgit Rosén*

Innehåll

1 <i>Kulturella och sociala aspekter på interaktion i vården</i>	7
Lisbeth Sachs	
Vad är ett antropologiskt perspektiv?	8
Vad är kulturella aspekter	9
Genderforskning och medicinsk antropologi	11
Sjukdomars sociala och kulturella natur	12
Tillstånd som ger lidande men där man inte	
finner patologi	13
De nya sjukdomarna	16
Sammanfattning	20
Referenser	22
2 <i>Kommunikation i vården - kön, interaktion och makt . .</i>	
<i>i patient-läkarkonsultationer</i>	29
Roger Säljö, Ullabeth Sätterlund Larsson,	
Hälsa, ohälsa och språk	29
Vård, kommunikation och kön	33
Patientperspektiv på vårdkommunikation och	
vård med utgångspunkt i läkarens kön	35
Kliniskt arbetssätt och kommunikativa mönster	
hos kvinnliga respektive manliga läkare	38
Vårdkommunikation, makt och kvinnliga/manliga	
erfarenheter	45
Sammanfattning	51
Referenser	52

3 <i>Genuskonstruktion i hierarkiska organisationer</i>	57
Gerd Lindgren	
Maktförhållanden och samspel	58
Positionsmakt och gränskonflikter	62
Två idealtypiska könskonstruktioner	65
Sammanfattning	72
Referenser	74
4 <i>Bekräftande bemötande och god vård</i>	77
Barbro Gustafsson	
Vad är bekräftande kommunikation?	78
En modell för bekräftande interaktion	79
Bekräftelsens innebörd och betydelse inom vården	85
Sammanfattning	86
Referenser	87

1 Kulturella och sociala aspekter på interaktion i vården

Författare: Lisbeth Sachs, Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, IHCAR

Uppdraget att skriva ett bidrag till utredningen om bemötandet av kvinnor och män i vården över temat kulturella och sociala aspekternas påverkan på interaktionen i vårdsituationer har resulterat i detta kapitel. Inför uppgiften har sökningar skett för att kartlägga aktuell litteratur inom det medicinska antropologiska området som kan ge en bild av frågeställningen. Kartläggningen visar att litteraturen inom antropologisk forskning som behandlar relationen kultur-vård interaktion-gender inte är särskilt omfattande (5¹). Särskilt gäller detta studier inom Norden vilket i sig pekar på ett stort forskningsbehov. Detta förhållande har lett till att kapitlet i stället har utformats som ett bidrag till diskussionen kring hur kulturella och sociala aspekter blir synliga när människor möts i vårdsituationer. Det ska också visa hur väsentligt det är att förstå sambanden mellan samhället, den sjuke och vårdens företrädare. Kulturella aspekter på sjukdom, det vill säga sambandet mellan hur sjukdom upplevs, uttrycks, beskrivs, tolkas och behandlas och ett speciellt samhälleligt sammanhang är väl studerat inom medicinsk antropologi internationellt sett (1). Inom det fältet finns även studier av läkar/patient med avseende på olikheter i sjukdomssyn, allmän asymmetri och maktrelationer (2 a+b). Även inom området kvinnors hälsa, med inriktning mot födande och reproduktion är litteraturen rik, framförallt från studier i tredje världens länder (3).

Med min bakgrund som forskare inom medicinsk antropologi under många år ser jag hur ett par frågor utkristalliserar sig i litteraturen. Det gäller frågor som blir särskilt angelägna vad gäller framtida förståelse för och utveckling av interaktion mellan människor i vårdsituationer som har att hantera balansen mellan hälsa och ohälsa. Jag har därmed valt att strukturera kapitlet på ett sätt som jag tror kan ge en viktig pusselbit i den gemensamma uppgiften. Som en inledning ger jag ett

¹För att inte tynga texten med långa referenshänvisningar, annat än i de fall då ett visst begrepp eller citat föreligger, har jag valt att ge en kommenterad bibliografi sist i texten, som jag hänvisar till med hjälp av siffror i den löpande texten.

antropologisk perspektiv på kultur, samhälle och gender. Hur såväl sjukdomsorsaker som sjukvårdsinstitutioner speglar samhällsstruktur och ideologi beskriver jag därefter med hjälp av en studie kring gender och sjuklighet från Mexico. Detta exempel har valts för att utgöra en utgångspunkt för mitt budskap i kapitlet. Det leder vidare in på ett specifikt problemområde som konkretiserar och syntetiserar mitt bidrag till utredningen. Problemområdet rör de 'nya sjukdomarna'; sjukdoms-tillstånd som förorsakar stort lidande men som inte kan ges någon medicinsk förklaring. Sådana tillstånd har mer och mer kommit att betraktas som ett folkhälsoproblem där det föreligger stora tolknings-svårigheter i interaktionen mellan företrädare för sjukvården och den enskilda patienten – kvinnan eller mannen – som söker hjälp. Detta har lett till att man under senare år utvecklat nya former för kliniskt bemötande och diagnostik och intensifierat forskningen.

Ett av de tillstånd som kan räknas till de 'nya' sjukdomarna är kroniskt trötthetssyndrom som här får stå som exempel. Tillståndet studeras av medicinska antropologer med ett intensivt intresse (4). Exemplet har stor relevans för utredningen kring bemötande i vården eftersom interaktionen kring dessa tillstånd fokuserar på samhällsliv, sjukdoms-orsaker, osäker sjukvårdspraktik och relationen mellan män och kvinnor.

Vad är ett antropologiskt perspektiv?

Är inte antropologer sådana som framförallt ägnar sig åt exotiska samhällen i tredje världens länder? Jo, antropologen ser som sin uppgift att kartlägga de mänskliga livsformernas variationer överallt i världen. Det är egentligen ett sådant noggrant beskrivande som är själva grunden till det kunskapsförråd som termen antropologi i första hand står för. Förutom intresset för 'det främmande' och det minutiösa etno-grafiska arbetet med att samla in faktaförråd till efterlevande, anar man hos antropologerna en djup personlig känsla för materialet, en attityd som påminner om folklivs-och hembygdsforskarens.

Antropologin definieras ofta som ett jämförande studium av samhällen och kulturer. Den viktigaste formen för antropologisk jämförelse är ett slags fortlöpande kontrasterande av ett samhälles eller en kulturs kännetecken i förhållande till andras. Kulturerna får ständigt spegla sig i varandra och därigenom blir deras olika karaktäristiska drag ofta tydligare. Det som flera antropologer på detta sätt visat är "att andra samhällen kan vara bra att tänka med."

Spegeln är en bra metafor. En spegel kan spegla något direkt men också det som syns i en annan spegel. Ungefär på det sättet ska den antropologiska erfarenheten fungera. Man börjar med att lära sig något om ett annat samhälle, hela tiden medveten om att man aldrig kan nalkas en främmande kultur utan att bära med sig den kultur som man vuxit upp med. Att bli kritiskt medveten om sina kulturellt förutfattade meningar är kanske den allra viktigaste delen av en antropologisk utbildning. Det är bara i och med ett sådant arbete som man har förutsättningar att tränga förbi ett etnocentriskt betraktelsesätt där allt bedöms utifrån de egna normerna. Man kan säga att antropologerna hela tiden uppehåller sig vid tröskeln mellan olika kulturer. Ett antropologiskt fältarbete innebär att leva nära människor som lever i ett för forskaren från början främmande samhälle med en helt okänd kultur. När forskningsarbetet är över upplever antropologen ofta att det är svårt att återvänta till det som var när det hela började. Världen ser aldrig mer ut som den gjorde innan. Det som tidigare verkat självklart ser man med nya ögon och man upptäcker att även det invanda kan ha sina 'exotiska' drag. Man kommer fram till att alla samhällen och kulturer är lika exotiska om man närmar sig dem utifrån. Antropologin kommer på detta sätt att i och med sitt jämförande perspektiv ha något särskilt att bidra med i studiet av västerlandets samhällen och kulturer. Det är kanske genom antropologernas exotiska etnografi som det blir möjligt för människor utanför deras krets att se också på den omvärld som de känner väl i ett nytt ljus.

Vad är kulturella aspekter?

Antropologernas traditionella arbetsfält har alltså legat utanför västvärldens domäner. Det är först under de senaste trettio åren som inriktningen på det 'egna' samhällets kultur blivit föremål för inträngande studier. När det gäller sjukdom och medicinska system har man i de klassiska etnografierna talat om dessa i samma termer som när man studerar religiösa system och ideologier, ritual och symbolsystem eller studier av 'häxeri'. Helt kort är det i en tradition av sådana studier som den medicinska antropologin har sina rötter, där man lärt sig se sjukdom och behandlingar av sjukdom som redskap att förstå större sammanhang och andra konstellationer av fakta.

När antropologer studerar sjukdom studerar de framförallt människors livsförhållanden och har därmed sin uppmärksamhet inriktad på den kulturella kontexten, det kulturellt skapade sammanhanget. När jag här använder begreppet kultur syftar jag på det gemensamma medvetande,

och för den delen också undermedvetande, som människor gör tillgängligt genom att på olika sätt kommunicera med varandra. Eftersom kultur i form av uppfattningar och värderingar till så stor del ligger på ett omedvetet plan har människor ofta svårt att själva formulera sig om den. När man intresserar sig för att nå kunskap om människors omedvetna ideer kring exempelvis sjukdom ställer det krav på stor kulturell medvetenhet hos forskaren. Det är därför inte bara viktigt för forskaren att tolka och beskriva vad människorna själva beskriver och förklarar omkring sitt liv och sin verksamhet. Det är också viktigt – kanske allra viktigast – att vara närvarande i deras verklighet och studera och observera vad som pågår där och även involveras i människornas vardagsliv.

Varje samhälle ses av antropologer som en mänskligt skapad verklighet, där kulturen utgör en grammatik för beteende och förklaringar. Kulturen kan uppfattas som styrande vad gäller människors tänkande och handlingar och deras interpersonella relationer. Kulturen kan också strukturera människors position i samhället och de verkligheter som de kommer att känna till och förvänta sig som 'naturliga' i det dagliga livet. Men människor påverkar och förändrar också sin kultur i och med sina handlingar och sitt agerande. Man kan till exempel förvänta sig att den svenska makrokulturen, dvs. de gemensamma ideal som de flesta på något plan är medvetna om, definierar för dem som lever här vad det är att vara kvinna eller man och de respektive roller som var och en förväntas ha. Men kategorierna utformas framförallt i det dagliga livets praktik som svar på händelser som uppstår i mikrosituationer. Makrokulturen definierar hur kvinnor och män får bete sig mot varandra som män och hustrur, som föräldrar och barn, men på mikroplanet utformas vilket utrymme de får i förhållande till varandra och den dagliga interaktionen ger människornas kultur dess innehåll. Detsamma gäller roller inom institutioner av skilda slag som har en ideal karaktär i socialt föreskrivna konventioner men som tolkas, lever vidare och förändras i och med den interaktion som sker där. Kultur är därmed inte något statiskt eller enhetligt ens inom ett samhälle. Variationer på samma tema kan förekomma mellan grupperingar som skiljer sig på grund av ekonomi, etnicitet, religion, ålder eller gender. Sådana institutioner som byggs upp kring lag och ordning, utbildning och inte minst sjukvården utgör också grupperingar där en subkultur skapas och utvecklas. Struktur, ideologi och verksamhet inom dessa institutioner utgör ramar för en kunskap och erfarenhet som samhällsmedlemmarna i allmänhet inte delar. Exempelvis har antropologerna därför mer och mer kommit att intressera sig för medicinsk kultur i västvärldens länder (4).

Inom samhället skapas de sätt som medlemmarna där tänker kring, upplever och gestaltar sjukdom och finner läkning och bot. Det vill säga att medlemmarna i samhället lär sig av andra i sin omgivning om olika sjukdomars namn, karakteristiska symtom och förväntade utveckling, sjukdomars orsaker och förutsättningar, deras ideologiska och moraliska betydelse och vilka behandlingsmetoder eller åtgärder som man ska vidta och som har effekt. Vad som räknas som sjukdom skiljer sig på så sätt från ett samhälle till ett annat men också mellan lekmän och professionella. Verkligheten struktureras av idéer som byggs upp i samhället i och med social interaktion. Den verklighet som konstrueras i och med interaktionen mellan människor ger på så sätt upplevelserna av sjukdom och bot mening.

Genderforskningen och medicinsk antropologi

Genderforskning har framförallt kommit att fokusera på kvinnor i olika delar av världen. Under de senaste decennierna har det skett en explosion vad gäller studier av kvinnors liv och hälsa i historiskt och nutida perspektiv (3). Arbeten inom kvinnoforskning rör en uppsättning teoretiska områden som för fram frågor som: Vad är förhållandet mellan kvinnlig fysiologi och kvinnligt tänkande och beteende? Vad finns det för relation mellan kön, som hänför sig till biologiska och anatomiska konstruktioner av män och kvinnor, och gender, definierat som det kulturellt skapade beteendet hos män och kvinnor? Är genderjämligheter och kvinnligt underordnande universella förestelser? Oavsett teoretisk inriktning kring genderskillnader lägger man inom antropologin tyngdpunkten i det faktum att alla mänskliga fenomen, begrepp som gender och kön inbegripna, är kulturellt skapade i tid och rum och att uppfattningarna influerar människors handlingar och de erfarenheter man får av sig själv och andra.

Det finns idag dokumenterat hur olika män och kvinnor upplever sjukdom (5). Olikheter i sjuklighet mellan män och kvinnor i länder i västvärlden tycks visa att kvinnor mer än män upplever vad man kallar icke-livshotande sjukdomar, dvs. sjukdomar som inte alltid går att bekräfta som sjukliga förändringar i kroppen (patologi), och att de söker läkarhjälp för dessa sjukdomstillstånd oftare än män. Man ser från epidemiologiska utgångspunkter detta faktum som något av ett 'mysterium'. Frågan som vissa antropologer ställer sig i sina studier av kvinnors och mäns sjuklighet rör därför 'Varför är kvinnors upplevelser av icke-livshotande sjukdomar större än mäns?'

Om man vill ställa frågan varför kvinnor är sjukare (det vill säga söker för mer obehag utan patologi) än män räcker det inte att se det från en biologisk utgångspunkt. Man måste se på människors existens och deras plats i samhället. Utgångspunkten i det sociala, kulturella och existentiella som rör sjukdom måste gå att identifiera. Kvinnors och mäns hälsa kan inte isoleras från familjestruktur, från barnens behov och utgångspunkter, från det sociala och kulturella sammanhanget eller från gender- ideologier eller kulturellt uppbyggd förståelse av sjukdom. Som en inledning till beskrivningen av en antropologisk fallstudie av kvinnlig sjuklighet i sitt speciella sammanhang, vill jag därför ge en antropologisk utgångspunkt för förståelse av sjukdom.

Sjukdomars sociala och kulturella natur

Under de senaste årtiondena har man inom antropologisk forskning mer och mer intresserat sig för sjukdomars sociala och kulturella natur. Oavsett teoretisk orientering inom antropologin är man överens om att sjukdom inte bara är ett biologiskt faktum utan att symtom har såväl kulturell som personlig betydelse. Denna typ av orientering har gjort att forskare delat upp sjukdomsbegreppet i olika delar som motsvarar de tre begrepp inom det engelska språket: *illness*, *disease* och *sickness* (4). Dessa tre begrepp har hjälpt antropologer att föra en nyanserad diskussion med medicinare kring sjukdom som patologi och upplevelse, men också av analytiska anledningar kunna diskutera hur det som redan av Descartes delats upp i psyke och soma har samma biologiska bas och står i förhållande till kroppens/människans erfarenheter och liv.

Illness står för det som människan upplever som obehag, smärta, illamående, yrsel m m. och som yttrycks på kulturellt föreskrivna sätt till omgivningen som ett 'symtom språk'.

Disease står för det patologiska tillstånd som *illness* kan vara ett resultat av men som inte nödvändigtvis behöver motsvaras av obehag. Patologi som inte känns måste upptäckas med hjälp av medicinsk teknologi såsom röntgen, laboratorieprover etc.

Sickness står för den legitimerade sjukrollen som en människa har i förhållande till samhället. Den behöver inte vara baserad på varken *illness* eller *disease* (exempelvis graviditet) men ger alltid en person vissa rättigheter och skyldigheter i förhållande till omgivningen. De flesta samhällen ger en sjuk människa denna typ av 'undantagstillstånd'. Vi kan här tänka på den svenska sjukskrivningen. De personer som

sitter som 'grindvakter' när det gäller att besluta om en människa är frisk eller sjuk och ska få gå in i en legitimerad sjukroll är främst olika legitimerade läkare.

Problemet som uppstår när lidande inte går att konfirmera med hjälp av patologiska upptäckter är den situation som jag tänker ägna mig åt här. Framförallt kommer jag att visa hur man inom medicinskt antropologisk litteratur för fram ett nytt sätt att se på den sjuka människan och orsakerna till sjukdom som ger relief till de sjukvårdsmöten som framförts som komplicerade och otillfredsställande.

Tillstånd som ger lidande men där man inte finner patologi

När personer söker sjukvården utan att man där kan bekräfta någon strukturell förändring uppstår problem för den somatiske läkaren. Någoting måste det ju vara när en person visar ett starkt lidande. Men biomedicinsk kunskap inriktas oftast mot kroppens förändringar i termer av patologi. Flera sjukdomstillstånd uppvisar lidande utan patologi. Under historiens gång har sådana tillstånd inte sällan tillskrivits kvinnor snarare än män. Jag tänker här på tillstånd som hysteri, neurasteni och under nutiden kroniskt trötthetssyndrom, fibromyalgi m fl (4). I vår samtid finns också beskrivningar av liknande tillstånd i samhällen utanför västvärlden. Sådana beskrivningar speglar och ger ny belysning åt våra mera näraliggande problem.

Ett exempel

En studie som jag valt att fokusera på i min diskussion av kulturella och sociala aspekter på interaktionen i samband med sjukvårdsmöten är därför Kaja Finklers ingående beskrivningar av sjukdomsorsaker och behandlingssituationer i Mexico (1991, 1994) (1). Den antropologiska analysen som Finkler gör söker ta upp dilemmat med differensierat sjukdomsupplevande mellan män och kvinnor som en fråga om å ena sidan sjukdomars natur och å den andra interaktionen mellan sjukdom, gender och samhället. Finklers arbete som framförallt ägnar sig åt kvinnlig sjuklighet från ett antropologiskt perspektiv undersöker och kartlägger närgånget kvinnors liv, hur de beskriver sin sjukdom och hur beskrivningarna de ger kommer att spegla och ge mening åt ders tillvaro.

Kvinnors livsvillkor och sammanhang kartläggs med hjälp av etnografiskt detaljerade beskrivningar. Beskrivningarna tar sin utgångspunkt

i kvinnors position i samhället och de ideologier som stöder denna position. Kanske viktigast av allt är beskrivningarna av relationen mellan könen som egentligen talar om samhällets sociala relationer överhuvudtaget och som rör kvinnornas och männens liv, upplevelser och existens i ett visst sammanhang. Finklers studier under många års fältarbete i Mexico beskriver kvinnors liv och hälsa som speglingar av deras livsförhållanden, sociala relationer, outhärliga motsättningar och moraliska värderingar. Kvinnorna verkar vara fångade i nät av starka motsättningar oftare än männen vilket enligt Finkler skulle kunna vara förklaringen till att kvinnor mer än män lider av sjukdomar och söker hjälp för dem.

I Finklers framställning av de mexikanska kvinnornas sjukdomsupplevelse ger hon en total beskrivning av deras liv och förväntningar. Hennes studie visar att sjukdom är skapad i ett kulturellt sammanhang som måste förstås för att man ska kunna ge en utgångspunkt för läkande. Hon talar om livsupplevelse och livserfarenhet som basen för lidandet. Hon tar därmed avstånd från en psykosomatisk modell där vilken upplevd *illness* som helst, där fysiska symtom produceras av det undermedvetna, definieras som bevis på att det föreligger en organisk sjukdom som man måste söka medicinsk hjälp för. Enligt denna syn är psykosomatisk medicinsk förståelse av sjukdom starkt förankrad i den dualistiska modellen som delar upp kropp och själ och där själen är 'farlig' för kroppen. Finkler menar att man för att förstå sjukdom och dess uppkomst och utveckling måste undvika dikotomier mellan biologi och tänkande, natur och kultur och studera ett liv i sitt totala sammanhang och den mening och betydelse som personen i fråga ger lidandet.

Kvinnorna i Finklers mexikanska etnografi upplever en outhärlig ambivalens i sina liv. Förutom att landets historiskt, politiska och ekonomiska situation gör dem beroende av männen ekonomiskt, har de en syn på och en längtan efter ett liv som skiljer sig från männens. I samhällets ideologi finns uttalade moraliska koder som säger att äktenskapet ska vara monogamt och bygga på romantisk kärlek, och att familjefadern ska försörja sin familj och ägna sig åt den. För mannen är den moraliska koden också att han ska visa att han är man, vara en av de starkaste och kunna konkurrera med andra män både i sitt arbete och vad gäller andra kvinnor. Dessa olika ideologier möts i det verkliga livet på mikroplanet. Män som inte motsvarar männens uttalade bevis på kraft genom att vara fysiskt starka, kunna dricka och slåss med sina bröder och ha flera kvinnor och många barn anses inte vara verkliga män. Att en man har fler än en familj att försörja är därför inte ovanligt.

För kvinnorna innebär detta att de inte får pengarna att räcka till och att deras föreställningar om kärleken och det riktiga familjelivet inte infrias.

Finkler visar att de kvinnor som starkast upplever motsättningarna mellan ideologi och verklighet får värk, illamående, trötthet och andra kroniska symtom. Hon visar hur kvinnorna inte alltid är medvetna om vad det är som ger symtomen men att deras beskrivningar av livserfarenheter och upplevelser innehåller stora motsättningar mellan det de tror livet ska vara och den verklighet som omger dem och som några av dem beskriver som ett fängelse. Det framgår klart att uppkomsten av lidandet finns i kvinnornas livssituation och ständiga besvikelse som inte ges några legitima uttryck annat än genom kroppens språk.

I och med att antropologen Kaja Finkler förankrar sjukdomsorsakerna i själva livet blir mötet med sjukvården en tolkningsprocess som leder bort från ett möjligt läkande. I samma ögonblick som kvinnan med sitt lidande kommer till en medicinskt utbildad somatisk läkare tar hon också sitt första steg bort från en bot eftersom läkaren fokuserar sitt intresse på hennes kropp och inte på hennes liv. Det är bara de kvinnor som uppsöker sin kvinnliga 'healer' som ges en möjlighet att bearbeta sin instängdhet. Healern riktar deras uppmärksamhet på hur livet är och ger dem kraft att börja göra något åt det. Kvinnorna hjälps bland annat genom råd att utföra vissa aktiva handlingar som i sin tur leder till att de glömmar sin kropp och mår därigenom allt bättre i sitt vardagsliv. Detaljerade beskrivningar av healerns visa råd och några långsamma läkningsprocesser är lärorika och rekommenderas till läsning.

Interaktionen i möten i vårdssituationer får sin beskrivning och analys inom flera olika antropologiska studier av sjukdom och hälsa i i- och utland (2,3). När vi idag ser fler och fler människor som söker för kroniska tillstånd som värk och trötthet utan att läkare kan bekräfta några patologiska kroppsliga processer måste vi ta utgångspunkt i något som ligger utanför själva sjukvårdsmötet och fundera vidare på den komplexitet som Finklers och andra studier gör synlig. I det avsnitt som följer vill jag redogöra för ett av vår tids stora folkhälsoproblem med hjälp av den antropologiska spegel som Kaja Finkler håller upp och söka visa hur utvecklad antropologisk forskning hittills varit inom detta område i Sverige.

De nya sjukdomarna

Kroniska tillstånd där det inte finns någon logisk tolkning in i den biomedicinska modellen blir allmer problematiska för sjukvården. Flera symtombilder av kronisk karaktär har utvecklats under 1900-talet; fibromyalgi, el-allergi, amalgam-förgiftning, tekno-stress och kroniskt trötthetssyndrom. Både läkare och patient är invävda i kulturella och sociala förväntningar när de möts för att tolka de nya symtomen. De har olika kunskaper och upplevelser kring det som är deras gemensamma problem. Om antropologiska studier är giltiga också i vår värld bör vägen mot bättring kunna påbörjas genom det att människor hjälps att söka lösa konflikter och motsättningar i det dagliga livets komplexitet. Men den somatiske läkaren är fångad i olika dilemman som begränsar möjligheterna att hantera nya sjukdomsmönster. Byråkratisk struktur och bakomliggande ideologi kring vilken utbildning och erfarenhet är uppbyggd är två sådana dilemman.

Misstrons onda cirkel

För människan med kroniska besvär blir själva sjukdomsupplevelsen så absorberande att livet filtreras genom det kroppsliga lidandet och ger livet ny form av mening. Ständiga försök att förklara och söka orsaker pågår hos den lidande och hos den engagerade läkaren. Problemet i den somatiskt inriktade vården är att läkaren oftast inriktar sitt intresse på svar som blir frustrerande för patienten. Hur ska en läkare hålla uppe sitt intresse och sitt engagemang för varje enskild människas kroniska tillstånd? Särskilt när utbildning och kunskaper på något sätt inte räcker till och den kulturella förväntan på den påtagliga interventionen och på boten motsäger utvecklingen. En upplevelse av otillräcklighet och misslyckande kan leda till att läkare remitterar människor med en viss form av lidande till den ena specialisten efter den andra. Mer och mer koncentration på symtomen blir resultatet för den lidande människan. Det är till sist bara symtomen som står i fokus för livet. Den kroniskt sjuka människan kommer att förskansa sig i sitt kroppsliga lidande och söka hjälp för det. Orsaksfrågan kommer i bakgrunden allt eftersom livet levs genom de kroppsliga symtomen, ett språk som inte kan förstås av dem som inte varit med i just det livet.

Orons onda cirkel

Under ytan på den process som detta vill beskriva finns en outtalad misstro som är ömsesidig. Läkaren kan inte vara säker på vad patienten egentligen känner och vill uttrycka och patienten kan komma att betvivla läkarens förmåga och vilja att hjälpa. Det här reaktionsmönstret kan kallas för *misstrons onda cirkel*, (Sachs & Uddenberg 1987)

eftersom misstro hos båda parter är en väsentlig komponent som kan komma att permanenta och förstärka behovet att bekräftelse hos patienten som därmed förstärker sitt beroende av sjukvården (1).

Ömsesidig misstro kan således leda till att sjukvården och patienten samverkar i att bevara och kanske till och med förstärka patientens symtom. Men även en annan mekanism kan ha liknande resultat när en patient presenterar en *illness* där man inte finner någon *disease* som kan användas som förklaring. En vanlig reaktion från vårdpersonalens sida är att känna viss oro och att undra om man förbisett något. Ofta letar man efter en förklaringsgrund till patientens besvär och en sådan process kan bli långvarig. Ju fler negativa undersökningsresultat patienten får och ju fler förklaringar utan behandlingsinsatser desto större oro hos patienten. Symtomen kan hos patienten komma att upplevas som mer hotande och därigenom förstärkas och fixeras. Den gemensamma bakgrunden till misstrons och orons onda cirkel är att patientens och läkarens bilder av vad som sker inte går att förena vilket kan komma att resultera i en bristfällig kommunikation (1).

Kroniskt trötthetssyndrom

Ett antropologiskt perspektiv på kroniskt trötthetssyndrom kan leda i flera olika riktningar. Man kan göra tvärkulturella jämförelser mellan olika trötthetsrelaterade sjukdomar i andra världar – neurasteni i Kina, eller *kamzori* i Indien (4). Man skulle också kunna fokusera på social utveckling av kronisk sjukdom och den dialektiska relationen mellan kropp och samhälle. Att söka härleda hur kroniskt trötthetssyndrom uppstått eller skapats som en enhetlig sjukdomskategori inom professionell och populär diskurs (4). Jag väljer att beskriva syndromet helt kort och, med utgångspunkt från studier gjorda framförallt av medicinska antropologer i USA och vad som nu pågår i Sverige, ge några inriktningar på framtida studier och insatser när det gäller de nya sjukdomarnas problematik och interaktionen i vården.

Kroniskt trötthetssyndrom eller myalgiskt encephalomyelitsyndrom (ME) som det också kallas har varit känt som neurasteni på 1800-talet, kronisk mononukleos på 1960- och 70-talen, yuppiesjukan på 80-talet och idag som kroniskt trötthetssyndrom. Det har först under det senaste decenniet lett till en mer systematisk forskning och riktad klinisk verksamhet. Successivt har man i västvärlden kommit att identifiera en grupp människor som tycks lida av en likartad konstellation besvär, där trötthet ingår som en hörnsten. För att jämförelser av forskningsresultat skall kunna göras fastställdes de symtomkriterier som nu används internationellt år 1988 av Center for Disease Control i Atlanta, USA. Dessa kriterier är i något justerad version från 1994 som följer.

Diagnosen kroniskt trötthetssyndrom kan således ställas om det som står under **1a** och **1b** är uppfyllt.

- 1a.** Patienten har en kliniskt bedömd, oförklarlig, ihållande eller återkommande trötthet sex eller flera månader i följd som är:
- något nytt för patienten
 - inte är resultatet av en pågående ansträngning
 - inte går att vila bort
 - orsakar rejält minskad möjlighet att utöva tidigare aktiviteter på arbete eller fritid.
- 1b.** Samtidig förekomst av fyra eller fler av följande symtom, som måste ha varit ihållande eller återkommande under sex eller flera månader i följd av ohälsa. Symtomen ska inte ha funnits innan trötthetsdebuten.
- egenuppgift om försämring av korttidsminne eller koncentrationsförmåga av sådan grad att det finns en tydlig försämring av tidigare aktiviteter
 - halsont
 - ömma lymfkörtlar på halsen eller i axiller
 - muskelvärk
 - ledvärk i flera leder utan rödnad eller svullnad
 - huvudvärk av ny typ, mönster eller svårighetsgrad
 - patienten vaknar outsövd
 - sjukdomskänsla som varar mer än 24 timmar kommer efter ansträngning.

Sedan 1992 finns vid infektionskliniken, Huddinge Sjukhus, en s.k. ME-mottagning dit människor med kronisk trötthet kan vända sig. Under många år hade man vid infektionskliniken mött dessa människor utan att veta vad man skulle göra med deras svåra lidande. De lider av en multisystemsjukdom och kan ha symtom från såväl centrala nervsystemet, immunsystemet och ofta även muskler och skelett. Idag arbetar ett team med mottagning, rehabilitering och forskning kring dessa patienter (Se Engqvist & Åsbring, Vårdfacket 1. 1996).

Män och kvinnor, (enligt hittillsvarande forskning flera kvinnor än män) (4), med ett eller flera av dessa symtom söker sig först oftast till sina husläkare eller vårdcentraler som tolkar symtomen som vardagliga och föreskriver olika vitaminer, behandlingar med antibiotika eller värktabletter, sjukskrivning osv. Det är förmodligen under denna in-

ledande period som oro och misstro avgör hur den fortsatta sjukdomshistorien kommer att gestaltas. I en nyligen genomförd utvärdering av verksamheten vid Huddinge sjukhus av sjuksköterskan Pia Åsbring 1994, framgår det att personerna i genomsnitt varit sjuka i 38 månader och sökt sig runt inom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet under i genomsnitt 17 månader innan de kom i kontakt med mottagningen för kroniskt trötthetssyndrom. Det är framförallt denna period då människor söker bot och lindring som utgör ett stort problem vad gäller interaktionen i vården (4).

Man har nu alltså i Sverige som i andra delar av västvärlden inrättat mottagningar där dessa människor kan bli hörda, undersökta och tagna på allvar i sin situation trots att man ännu inte från medicinskt håll löst gåtan med orsakerna till det stora lidandet. När dessa människor väl kommer till en mottagning som särskilt ägnar sig åt kroniskt trötta blir de ofta lättade, känner sig förstådda och får en ny syn på sitt lidande genom att tala med andra som har samma problem. Bekräftelsen på att deras lidande är verkligt för någon annan än för dem själva blir stärkande och positivt. Men för andra uppstår också problem av ett nytt slag. Är det verkligen diagnosen kroniskt trötthetssyndrom som man vill ha? Om man inte kan göra något annat med diagnosen än att få sitt lidande bekräftat, är det då inte mera hoppfyllt att fortsätta leta? Kanske finns det ändå en kroppslig förklaring som ger möjlighet till behandling. Patienterna är lika influerade som sina läkare när det gäller att leta efter patologi. Den kulturellt formade inställningen till orsakerna till sjukdom som har sina rötter i upplysningstidens filosofiska diskussioner har lett till en uppdelning av psyke och soma som begränsar såväl läkares som deras patienters möjligheter att söka svaren utanför kroppen. Detta gäller även vid möten med kliniker/forskare vid de speciella mottagningarna som envist söker finna 'något att ta på' genom all upptänklighet provtagning. Kroniskt trötthetssyndrom är en diagnos där allt annat går att utesluta. Ännu vågar medicinarna inte uttala sig om någon som helst säker orsak.

Flera studier där antropologer följt personer med diagnosen kroniskt trötthetssyndrom i USA visar dock hur upplevelser och livserfarenheter utlöser kroniskt lidande (4). Dessutom visar dessa studier i USA att patienter med diagnosen i stor utsträckning vägrar se sitt lidande i termer av depression eller psykiska problem (4). Det innebär också att diagnosen fokuserar på det kroppsliga och legitimerar detta lidande som just en fråga om kroppen. I och med att patienterna kommer i kontakt med infektionsläkare eller andra rent somatiska läkare blir inriktningen på deras fysiska lidande huvudsaken. Såsom de mexikanska kvinnorna får patienterna även här allt svårare att komma i kontakt

med orsaksfrågor som kan ligga bortom den verklighet som konstrueras i den medicinska konsultationen.

Den medicinska konsultationen förser oss med en scen där vi kan få en multidimensionell insikt i biomedicin i aktion, hur diagnoser skapas och hur behandling introduceras. Den asymmetri som är implicit i varje sjukvårdsmöte ger en mikrobelysning av samhällets sociala och kulturella struktur. Inom antropologin har vuxit fram en kritisk medicinsk antropologi där man vill peka på hur det som sker på mikro- och makro nivå i samhället är speglar av varandra och hur därför maktfrågorna är oundvikliga när det gäller analys av interaktionen i vården. Det framgår ändå hur man bör vara försiktig när det gäller att dra för stora slutsatser om vad som sker i relationen mellan läkare och patient när det gäller själva läkandet och sjukdomsprocessen i sin helhet. Man måste se mötet mellan läkare och patient som en komponent i läkande processer där de engagerar sig i ett 'drama' som bara kan vara en liten del i en patients livssituation och fortsatta hälsa eller sjukdom. Läkare är inte utbildade till att hantera mikro-händelser som socio-kulturella, kognitiva eller emotionella manifestationer men befinner sig ändå i dessa situationer där sådan förmåga behövs.

Sammanfattning

Sammanfattningen av mitt bidrag till utredningen av bemötandet av män och kvinnor i hälso- och sjukvården fokuserar på två delar. Den första gäller vad vi kan lära oss av ett antropologiskt perspektiv på de nya sjukdomarna och hur detta nödvändigtvis leder till en önskan om en ny kunskap kring dessa sjukdomars orsaker i det nutida samhället. Jag har här försökt beskriva hur värdefullt det är att inkludera samhälle och kultur i definitionen av sjukdom där man sammanlänkar livserfarenheter med lidande och symtom vilka inte alltid går att observera genom kliniska standarder eller laboratorietester. Motsättningar och händelser i människors liv upplevs i kroppen genom en uppsättning relaterade mekanismer som vårdens företrädare nu kan vara med och identifiera och beskriva. Denna formulering tar oss ett steg bortom explicit biologisk förklaring, kropp-själ dualism och traditionell psykosomatik mot en modell som på allvar tar sin utgångspunkt i en komplex uppsättning samverkande faktorer i människors liv.

Forskningen som ligger till grund för mina sammanfattande kommentarer pekar mot ett flertal teman vad gäller människors erfarenheter - utmattning genom livsstil, negativa livsupplevelser och svårigheter,

sociala och kulturella motsättningar mellan ideologi och livets verklighet. Allt detta möter sjukvårdspersonal i deras interaktion med patienter.

Den andra delen av min sammanfattning gäller därför hur ett folkhälsoproblem som kroniskt trötthetssyndrom kan sätta strålkastaren på flera kulturella och sociala aspekter vad gäller interaktionen i vården.

- a. Bemötande av människor med diffusa och outredda tillstånd med en oklar medicinsk orsak och etiologi skapar osäkerhet, oro och misstro.
- b. Svårigheterna att se människors symtom som skapade i ett socialt och kulturellt sammanhang leder till fortsatt sökande efter å ena sidan somatiska å den andra psykiska förklaringar – här också inbegripet psykosomatiska besvär.
- c. De nya sjukdomarna tenderar 'skapas' som benämningar för ett lidande som inte går att klassificera i befintliga kategorier. Detta innebär att samhället sanktionerar ett lidande utan behandling och ger människor möjligheter att motsvara kriterierna för att få en legitimering av sin situation i termer av sjukdom. Ur ett kulturellt perspektiv blir sjukdom bland annat till på detta sätt; den skapas och bekräftas i och med interaktionen mellan det upplevda och svaret som detta får i ett medicinskt sammanhang.

I det här kapitlet har jag haft ambitionen att föra fram hur komplex en mikrosituation i vården kan vara när man närmar sig den utifrån sociala och kulturella aspekter. Jag har gjort det genom att använda mig av en spegelbild av ett annat samhälle där vi har möjlighet att se oss själva i nytt ljus. Det blir därigenom klarare hur komplexiteten rör den livserfarenhet som människor har med sig in i vården och därmed förstå att interaktionen handlar om mycket mer än det vi vanligtvis föreställer oss. Det som sker i interaktionen mellan människor med olika roller och kultur i hälso- och sjukvården är bara en del i pågående livsprocesser där medicinens budskap kan få mer eller mindre kraftfull betydelse. Den medicinska institutionen och dess företrädare har i stor utsträckning tagit över det stöd som kyrka och familj tidigare försåg människor med i samband med existentiella problem. Det innebär i sin tur att ett begränsande till antingen kropp eller själ i vården är otillfredsställande, särskilt vad gäller de stora folkhälsofrågorna, som exempelvis kroniskt trötthetssyndrom, där ett stort lidande inte kan få några medicinska svar överhuvudtaget. Interaktionen i vården måste

öppna upp mot ett vidare perspektiv där man tar hänsyn till sociala och kulturella aspekter så långt möjligt.

Referenser

Kommenterad Bibliografi

1. *Kulturella aspekter på sjukdom* handlar först och främst om vad sjukdom är i sitt speciella sammanhang. Man studerar hur människor lär sig att kommunicera sina upplevelser av obehag till omgivningen på sätt som är begripliga i ord och handling/beteende. Studier i olika delar av världen visar vilka symtom som anses vara oroande och vilka som tas om hand. Vissa avvikelser, diagnoser och symtom kan göra människor utstötta (lepra, TB, HIV) i vissa samhällen, i andra inte. Varje samhälle utformar ett medicinskt system som gagnar samhällets fortlevnad och bestånd. Forskningen visar att det alltid finns någon form av ordning, kategorisering, systematisering, lagstiftning etc inom alla mänskliga grupperingar och samhällsformer för att garantera medlemmarnas fortlevnad. Interaktionen mellan den sjuka och samhällets medicinska företrädare bygger på olika kulturella och sociala förutsättningar. Sådana möten studeras oftast utan att man specifikt diskuterar genderfrågan. Några innehållsrika samlingsvolymen, vissa av dem numera klassiker inom medicinsk antropologi, inom området *Culture, Illness and Healing* och ett urval relevanta studier får utgöra exempel på denna forskning.

- Alland, A. - *Adaptation in cultural evolution : an approach to medical anthropology*. New York : Columbia University Press, 1970.
- Faines, A. - The once and twice born : self and practice among psychiatrists and christian psychiatrist. I: Gaines, A. & Hahn, R. (eds.) - *Physicians in western medicine : anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht : Reidel Publishing, 1985. S.: 223-46.
- Finkler, K. - *Spiritualist healers in Mexico*. South Hadley, MA. : Bergin and Garvey, 1985.
- Finkler, K. - The social consequences of wellness : a view of healing outcomes from micro and macro perspectives. *International Journal of Health Services* 1986; 16(4):627-642.
- Finkler, K. - *Physicians at work, patients in pain : biomedical practice and patient response in Mexico*. Boulder, CO. : Westview Press, 1991.
- Foster, G.M. & Anderson, B.G. - *Medical Anthropology*. New York : John Wiley and Sons, 1978.
- Freidson, E. - *Professional dominance : the social structure of medical care*. New York : Atherton, 1970.
- Good, B.J. - The heart of what's the matter : the semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1977;1:25-58.
- Hahn, R.A. - *Sickness and healing : an anthropological perspective*. New Haven : Yale University Press, 1995.
- Helman, C.G. - *Culture, health and illness*. Boston : Wright, 1990.
- Johnson, T.M. & Sargent, C.F. (eds.) - *Medical anthropology*. New York : Greenwood Press, 1990.
- Landy, D. (red.) - *Culture, disease and healing : studies in medical anthropology*. New York : Macmillan, 1977.
- Loudon, J.B. - *Social anthropology and medicine*. London : Academic Press, 1976.
- Olin-Lauritzen, S. & Sachs, L. (red) - *Health care encounters and culture :*

- interdisciplinary perspectives*. Tumba : Multicultural Centre (Mångkulturellt Centrum), 1994. (Mångkulturellt Centrum Serie A 10)
- Sachs, L. & Krantz, I. - *The anthropology of medicine and society : a new perspective for a multidisciplinary audience*. Stockholm : Karolinska institutet (IHCAR), 1991.
- Sachs, L. & Uddenberg, N. - *Medicin, myter, magi : ett annorlunda perspektiv på vår sjukvård*. Stockholm : Natur och Kultur, 1987.
- Temanummer Kroppen. Tidskriften *Antropologi*. Köpenhamn : Antropologiska Institutionen, 1994(29)
- Waitzkin, H. - *The politics of medical encounters : how patients and doctors deal with social problems*. New Haven : Yale University Press, 1991.
- Young, J.C. - *Medical choices in a Mexican village*. New Brunswick : Rutgers University Press, 1981.
- Zimmerman, F. - *Foundations of medical anthropology : anatomy, physiology, biochemistry, pathology in cultural context*. Philadelphia : Saunders, 1978.

2 a. Relationen mellan läkare och patient har inom västerländsk medicin karaktäriserats som problematisk. Dålig kommunikation, utbredd otillfredsställelse bland patienter vad gäller behandling och patienters dåliga följsamhet med behandlingsråd, är bara några exempel på de frågor som studerats av antropologer ofta i samarbete med medicinska forskare. Man anser att det som sker och det som inte sker mellan läkare och patient måste dokumenteras med hjälp av empiriskt material men att man också måste ta sig an problemet teoretiskt för att få syn på varför relationen är så infekterad med problem och hur detta ska kunna åtgärdas.

Inom den medicinska antropologin har skilda analytiska angreppssätt vuxit fram för att studera 'varför' i läkar-patient relationer. Frågorna man ägnar sig åt handlar om sociala och kulturella aspekter på interaktionen mellan parterna i en vårdssituation. Man använder sig bl.a. av begrepp som *förklarings modeller* (Explanatory Models) och är framförallt en *kognitiv analys*. Detta och andra angreppssätt inom sådan analys fokuserar på vad sjukdom och hälsa betyder för individer och hur personer agerar på grund av den *mening* som sjukdom har för dem. Referenserna som följer är ett urval av de publikationer som kan ses som relevanta i detta sammanhang.

- Fisher, S. & Todd, A. D. (red.) - *The social organization of doctor-patient communication*. Washington : Center for Applied Linguistics, 1983.
- Good, B.J. & Delvecchio, M.-J. The meaning of symptoms : a cultural hermeneutic model for clinical practice. I: Eisenberg, L. & Kleinman, A. (red.) - *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Holland : Reidel Publishing, 1985. S.: 165-96.
- Katon, W. & Kleinman, A. - Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care. I: Eisenberg, L. & Kleinman, A. (red.) - *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Holland : Reidel Publishing, 1985. S.:252-79.
- Kleinman, A. - *Patient and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press, 1980.
- Kleinman, A. - *The illness narratives : suffering, healing and the human condition*. New York : Basic Books, 1988.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. - Culture, illness and care : clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 1978;88:251-58.
- Korsch, B.M. & Negrete, V.F. - Doctor-patient communication. *Scientific American* 1972;227:66 -74.

- Lazarus, E.S. - Theoretical considerations for the study of the doctor-patient relationship : implications of a Perinatal Study. *Medical Anthropology Quarterly* 1988;1:17-34.
- Ong, L.M.L. et al. - Doctor-patient communication : a review of the literature. *Social Science & Medicine* 1995;40(7):903-918. (en aktuell sammanfattande artikel med 112 referenser varav ett litet antal antropologiska).
- Sachs, L. - Misunderstanding as therapy : doctors, patients and medicines in a rural clinic in Sri Lanka. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1989;13:335-49.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. - Speaking 'truth' to illness : metaphors, reification, and a pedagogy for patients. *Medical Anthropology Quarterly* 1986;17:137-40.
- Stein, H.F. - *The psychodynamics of medical practice*. Berkeley : University of California Press, 1985.
- Zola, I.K. - Structural constraints in the doctor-patient relationship : the case of non-compliance. I: Eisenberg, L. & Kleinman, A. (red.) - *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Holland : Reidel Publishing, 1985. S.:241-52.

2 b. Ett område som fått stor spridning under senare år är det analytiska angreppssätt som går under namnet kritisk analys. Det har kommit att utvecklats på grund av bristen på studier av hur människors föreställningar och handlingar relaterar till makrofenomen såsom social struktur, ekonomi och politik. *Kritisk medicinsk antropologi* betonar konflikten som finns i alla sociala relationer. För att svara på frågan om 'varför' läkar-patient relationer är som de är, analyserar man med hjälp av detta sätt relationen inte som en isolerad dyad men som en del i ett medicinsk system, som är integrerat i en speciell historisk och kulturellt konstruerad social ram. En huvuduppgift inom denna ansats har varit att betona inkorporerandet av samhällets politiska och ekonomiska determinanter i studier av hälsa och medicin. Man arbetar också med att analysera interaktionen mellan läkare och patient inom medicinsk verksamhet som en utlöpare av de maktrelationer som finns inom det vidare samhället. Genom att föra in hälsa och medicin i makroanalyser av nationella och även internationella nivåer, kommer frågor om makt och social konflikt fram. Medicin ses som ett instrument för social kontroll som speglar sociala relationer mellan klasser och kön i samhället.

- Baer, H.A. - On the political economy of health. *Medical Anthropology Quarterly* 1982;14:1-17.
- Baer, H.A., Singer, M. & Johnsen, J.H. - Towards a critical medical anthropology. *Social Science and Medicine* 1986; 23:95-98.
- Ehrenreich, B. & Ehrenreich, J. - Health care and social control. *Social Policy* 1974;5:26-40.
- Good, B.J. - *Medicine, rationality and experience : an anthropological perspective*. Cambridge : Cambridge University Press, 1994.
- Lazarus, E.S. & Pappas, G. - Categories of thought and critical theory : anthropology and the social science of medicine. *Medical Anthropology Quarterly* 1986;17:136-37.
- Lindenbaum, S. & Lock, M. (red.) - *Knowledge, power & practice : the anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley : California University Press, 1993.
- Morsy, S. - The missing link in medical anthropology : the political economy of health. *Reviews in Anthropology* 1979;6:349-63.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. - The mindful body : prolegmenon for future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1978;1:6-41.

- Singer, M. - Developing a critical perspective in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1986; 17(5):128-29.
- The coming of age of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine* 1989;28:1193-203.
- Reinventing medical anthropology : toward a critical realignment. *Social Science and Medicine* 1990;30:179-87.
- Young, A. - The anthropologies of illness and sickness. *Annual Reviews in Anthropology* 1982;11:257-86.
- Waitzkin, H. - *The second sickness : contradictions of capitalist health care*. New York : Free Press, 1983.

3. Ett område som intresserat antropologer under årens lopp har varit *kvinnors hälsa* i relation till biologisk konstitution och reproduktiv kapacitet. Man har också, om än i mindre utsträckning, studerat kvinnors hälsa, somatisk och mental, relaterad till sociala och kulturella förutsättningar. Hur sjukdom hänger samman med kvinnors liv i allmänhet och hur deras symtom uttrycks genom kroppen, är en del av denna forskning. Några analyser av kroppen som en spegel av samhället och samhället som inskrivet i kroppen finns från olika samhällen i såväl västvärlden som i andra delar av världen.

- Brown, G.W. & Harris, T.O. - *Social origins of depression : a study of psychiatric disorder in women*. New York : Free Press, 1978.
- Browner, C.H. & Sargent, C.F. - *Anthropology and studies of human reproduction*. New York : Greenwood Press, 1990.
- Davis-Floyd, R. - *Birth as an american rite of passage*. Berkeley : University of California Press, 1992.
- Hahn, R. - Divisions of labor : obstetrician, woman, and society in Williams obstetrics 1903-1985. *Medical Anthropology Quarterly* 1987;1:256-82.
- Handwerker, W.P. (red.) - *Births and power : social change and the politics of reproduction*. Boulder : Westview Press, 1990.
- Jack, D.C. - *Silencing the self : women and depression*. Cambridge, MA. : Harvard University Press, 1991.
- Johnson, T.M. - Premenstrual syndrome as a western culture-specific disorder. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1992;11:337-56.
- Jordan, B. - *Birth in Four Cultures*. Prospect Heights, IL : Waveland Press, 1993.
- Lazarus, E.S. - *Pregnancy and clinical care : an ethnographic investigation of perinatal management for Puerto Rican and low income women in the U.S.* Cleveland, OH. : Case Western Reserve University, 1984. Doktorsavhandling.
- Martin, E. - *The women in the body : a cultural analysis of reproduction*. Boston : Beacon Press, 1987.
- MacCormac, C.P. (red.) - *Ethnography of fertility and birth*. Prospect Heights, IL : Waveland Press, 1994.
- Pandolfi, M. - Boundaries inside the body : women's sufferings in southern peasant Italy. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1990;14:255-73.
- Sachs, L. - Fertility and birth in an unfamiliar environment : the case of turkish migrant women in Sweden. *Ethnos* 1985;241-52, 1986;(3-4):332-45.

4. Intresset att inrikta sina studier mot *biomedicinsk kultur* har också lett till att man intresserat sig för de nya sjukdomarnas problematik, svåra värtillstånd och stort lidande som inte finner medicinska förklaringar i vår värld. Till denna grupp medicinskt antropologiska studier och publikationer hör också det stora intresset för att differensie-

ra mellan olika sjukdomsbegrepp inom biomedicinskt tänkande och praktik. Det gäller begreppen *Illness*, *Disease* och *Sickness*. I samband med studier av exempelvis smärta har dessa begrepp varit till hjälp för att analysera hur patientens känsla beskrivs inifrån och tolkas utifrån i vården. De främsta företrädarna för denna form av analyser är forskarna vid Harvard Medical School, antropologerna Kleinman, Good, DelVecchio Good samt Youn.

- Abbey, S.E. & Garfinkel, P.E. - Neurasthenia and chronic fatigue syndrome : the role of culture in the making of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry* 1991;148:1638-46.
- Atkinson, P. - The reproduction of medical knowledge. I: Dingwall, R. (red.) et al. - *Health care and health knowledge*. London : Croom Helm, 1977.
- Eisenberg, L. & Kleinman, A. - *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht, Holland : Reidel Publishing, 1985.
- Evengård, B. & Sachs, L. - *Den trötta nomaden : en modern epidemi*. *Läkartidningen* 1994;91:4001-5.
- Gaines, A. & Hahn, R. (red.) - *Physicians of western medicine : anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht, Holland : Reidel Publishing, 1985.
- Good, B.J. (red) et al. - *Pain as human experience : an anthropological perspective*. Berkeley : University of California Press, 1992.
- Good, B.J. - *Medicine, rationality and experience : an anthropological perspective*. Cambridge : Cambridge University Press, 1994.
- Kleinman, A. - Neurasthenia and depression : a study of somatization and culture in China. *Culture Medicine and Psychiatry* 1982;6:117-90.
- Kleinman, A. - *Social origins of distress and disease : depression, neurasthenia and pain in modern China*. New Haven, CT : Yale University Press, 1986.
- Kleinman, A. - *The illness narratives : suffering, healing, and the human condition*. New York : Basic Books, 1988.
- Kleinman, A. & Good, B.J. (red.) - *Culture and depression : studies in the anthropology of cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley : University of California Press, 1985.
- Kleinman, A. & Kleinman, J. - Suffering and its professional transformati : toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1991;15:275-301.
- Lin, T. - Neurasthenia in Asian cultures. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1989;(13) (hela numret).
- Neurasthenia revisited : Ist place in modern psychiatry. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1989;13:105-29.
- Sachs, L. - Har Stress Någonting med Onda Ögat att göra? I: Carlsson, G. & Arvidsson, O. (red.) - *Kampen för folkhälsan : prevention i historia och nutid*. Stockholm : Natur och Kultur, 1994.
- Sjukdomsorsaker i nytt ljus : utmaningar för vetenskapligt samarbete. I: *Kan vetenskapen rädda oss?* Stockholm : Natur och Kultur, (under utgivning)1996. (Prisbelönt uppsats FRN)
- Sachs, L. - *Sjukdom som oordning*. Stockholm : Gedin, 1996. (under utgivning)
- Ware, N.C. - An anthropological approach to understanding chronic fatigue syndrome. *Social Science and Medicine* (under utgivning) 1996.
- Ware, N.C. - Suffering and the social construction of illness : the delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome. *Medical Anthropology Quarterly* 1992;6:347-61.

- Ware, N.C. & Kleinman, A. - Depression in neurasthenia and chronic fatigue syndrome. *Psychiatric Annals* 1992;22: 202-8.
- Ware, N.C. & Kleinman, A. - Culture and somatic experience : the social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine* 1992;54:546-60.
- Wessley, S. - Old wine in new bottles : neurasthenia and ME. *Psychological Medicine* 1990;20:35-53.

5. När det gäller en explicit inriktning mot genderfrågor vad gäller bemötande i interaktionen i vården är utbudet tunnt inom medicinsk antropologi men innehåller några studier som kan vara av intresse här. Man studerar *kvinnors och mäns olika sätt att beskriva och uttrycka sin sjuklighet i sitt samhälleliga sammanhang* utanför och ibland inom vårdsituationen. En mängd studier finns inom området där man söker beskriva och förklara olikheterna mellan män och kvinnor vad gäller sjukdom som kulturellt fenomen.

- Briscoe, M.E. - Why do people go to the doctor? : sex differences in the correlates of GP consultation. *Social Science and Medicine* 1987;25:507-13.
- Celantano, D.D. et al. - Gender differences in the experience of headache. *Social Science and Medicine* 1990;30:1289-95.
- Finkler, K. - Symptomatic differences between the sexes in rural Mexico. *Cultural Medicine and Psychiatry* 1985;9:27-57.
- Gove, W.R. & Hughes, M. - Possible causes of the apparent sex differences in physical health : an empirical investigation. *American Sociological Review* 1979;44:126-46.
- Hinkle, L.E. - The effects of exposure to culture change, social change and changes in interpersonal relationships on health. I: Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend, B.P. (red.) - *Stressful life events*. New York : John Wiley and Sons, 1974. S:45-72.
- Mechanic, D. - Sex, illness, illness behavior and the use of health services. *Social Science and Medicine* 1974;12:207-14.
- Morsy, S. - Sex roles, power and illness in an Egyptian village. *American Ethnologist* 1978;5:137-50.
- Parker, R.G. - *Bodies, pleasures and passions : sexual culture in contemporary Brazil*. Boston : Beacon Press, 1991.
- Roskies, E. - Sex, culture and illness : an overview. *Social Science and Medicine* 1978;12:139-41.
- Sachs, L. - *Onda ögat eller bakterier : turkiska invandrarkvinnor möter svensk sjukvård*. Stockholm : Liber, 1983.
- Scully, D. - *Men who control womens health*. Boston : Houghton Mifflin, 1980.
- Thaddeus, S. & Maine, D. - Too far to walk : maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 1994;38:1091-110.

2 Kommunikation i vården – kön, interaktion och makt i patient-läkarkonsultationer

*Författare: Roger Säljö och Ullabeth Sätterlund Larsson, Tema
Kommunikation, Linköpings universitet*

Syftet med föreliggande litteraturöversikt är att ge en bild av kunskapsläget inom det breda och snabbt expanderande forskningsfält som rör kommunikation i vården. Vi skall särskilt uppmärksamma en delmängd av de studier som tagit fasta på kvinnors och mäns agerande och attityder i vårdssammanhang – antingen man uppträder som patient eller som vårdgivare (i det senare fallet i allmänhet som läkare, då patientläkarrelationen är den som rönt mest uppmärksamhet i forskningen). Innan vi går in på att redovisa några centrala drag i forskningsläget vad gäller språk, kommunikation och kön, skall vi ge några förutsättningar för studiet av kommunikation i vården mer i allmänhet. Detta är nödvändigt av flera skäl, bland annat därför att vi rör oss inom ett forskningsmässigt komplicerat fält, där förväntningar på vad som utgör adekvat och effektiv kommunikation skiljer sig åt mellan grupper (inom patient- såväl som vårdgivarkollektivet). Dessutom har samhällsutvecklingen och lagstiftningen (exempelvis genom Hälso- och sjukvårdslagen från 1982 ändr. 1985) medfört att kraven på patientinflytande i beslut om vård formulerats på ett sådant sätt att patienters delaktighet kommit i fokus. Om man skall leva upp till den hälsopolitiska målsättningen om aktiv patientmedverkan i ansvaret för vårdbeslut, ökar naturligtvis kraven på kvalitet i samspelet. När man studerar kommunikation i vården – liksom i andra liknande miljöer – är det därför inte helt entydigt vad som utgör relevanta kriterier när människor bedömer vad som är tillfredsställande kommunikation.

Hälsa, ohälsa och språk

Språket är ett viktigt arbetsredskap i vården. I själva verket är detta konstaterande ett understatement och döljer till och med i olyckliga fall en missuppfattning av kommunikationens roll och plats. En mer rättvisande och fruktbar utgångspunkt får vi istället om vi konstaterar

att vård till avgörande delar är en kommunikativ verksamhet som i alla led bedrivs med språk och samtal som viktiga resurser (Frankel, 1993; Mishler, 1984). Att ge vård innebär bland annat att ge information till patienter (och ibland anhöriga) om behandlingsalternativ, symptom och tänkbar genes för ett tillstånd, att övertyga, trösta och träffa överenskommelser, att diskutera levnadsförhållanden och livsstil. Ett indicium på kommunikationens centrala plats i modern vård får man genom iakttagelsen att en stor andel av de klagomål som lämnas av patienter avser just bemötande och kommunikation. Frankel och Beckman (1989, citerad i West, 1990) anger exempelvis att 90 procent av alla klagomål om "malpractice" i ett amerikanskt material de studerat rörde oklarheter i kommunikationen mellan patient och vårdgivare. Även svenska erfarenheter bekräftar att klagomål – informella såväl som formella – av detta slag är vanliga (Carlsson & Isacson, 1989).

Samtalet i den kliniska miljön mellan patient och läkare (eller andra vårdgivare) är dock långt ifrån den enda situation där språket har en avgörande betydelse för kvaliteten i vården. Inslag som vårdkonferenser, journalskrivning och liknande institutionella aktiviteter är likaså språkliga verksamheter, och om man följer vårdpersonal under en dag, kan man helt säkert konstatera att en ansevärd del av tiden ägnas åt telefonsamtal med patienter och kollegor, dokumentation av verksamheten, beställning av undersökningar och laboratorieprover och så vidare. Vi är medvetna om att vår betoning av hur central kommunikation är i den moderna vården inte nödvändigtvis stämmer med den självförståelse som professionella aktörer själva har eller med den vikt som kommunikation och patientkontakt ges i olika utbildningar inom vårdområdet. Likafullt kan man hävda att i modern vård som bedrivs med betoning på människors delaktighet och på förebyggande arbete blir samspelet mellan patienter och vårdgivare alltmer en nyckel till framgång.

Men det finns ytterligare en aspekt av språkets roll i relationen sjukdom/hälsa som är värd att uppmärksamma och som vi vill nämna helt parentetiskt inledningsvis. En viktig och fascinerande aspekt av relationen mellan språk och hälsa/ohälsa är att det finns ett nära samspel mellan språkliga kategorier och människors sjukdomsupplevelser (Säljö, 1994). I viss utsträckning förefaller det som om människor uppvisar de sjukdomar/tillstånd som samhället, inklusive de medicinska vetenskaperna, tillhandahåller. Inom forskningen om hypertoniernas situation, för att ta ett exempel, har det så kallade labelling fenomenet (Alderman, Charlson, & Melcher, 1981; Kullman & Svärdsudd, 1990) dokumenterats. Detta innebär att patienter, när de väl fått besked om att de lider av högt blodtryck, har en benägenhet att

uppvisa de symptom som sammanhänger med tillståndet ifråga (huvudvärk, ryggont, trötthet osv.). Tillgången till en distinkt beteckning, förmedlad genom en auktoritet, kan medföra att människor blir benägna att tolka signaler från den egna kroppen i bestämd riktning.

Problematiken om samspelet mellan språk och sjukdomsupplevelser har en klar, könsmässig förankring. Idéhistorikern Karin Johannisson (1990, 1994) visar på ett intressant sätt hur samspelet mellan språklig metaforik och kvinnors hälsoproblem såg ut under andra hälften av 1800-talet och de första decennierna av detta århundrade. Ett av hennes exempel illustrerar hur beteckningen "neurasteni" slog igenom i sjukvården under senare delen av 1800-talet som en beteckning för de sjukliga tillstånd av utmattnings- och överklasskvinnor, drabbades av vid denna turbulenta tid under trycket av den skadliga överstimulansen som det moderna samhället gav upphov till genom utbudet av "skådespel, komedier ... luftgymnaster, nervskaddande och upphetsande musik, sinnligheten och ögat retande bilder, utställningar, starka viner och drycker, likörer, cigarrer, klubbar, spelhelveten, kärleksäventyr." (1990, s. 30). Vad som är intressant ur ett kommunikationsperspektiv är att Johannisson påvisar etiketteringens institutionella såväl som upplevelsemässiga funktion. När neurastenin "var medicinskt namngiven och erkänd blev den en modell som kunde styra ett helt sjukdomsbeteende" (s. 32). Beteckningen blev således inte enbart specialisternas abstrakta definition av ett förment medicinskt tillstånd. Tvärtom, "när sjukdomen väl fanns där – som namn och bild – kunde den fördjupa sjukdomskänslan och sjukdomsbeteendet hos en hel generation" (s. 32).

Frågan om hur sjukdomar och tillstånd konstrueras kulturellt genom språkliga uttryck har förvisso inte enbart historiskt intresse. Tvärtom, problemet med vilka tillstånd som erkänns som instanser av medicinsk sjukdom är en i högsta grad aktuell frågeställning. Sannolikt kan man också hävda att det har funnits – och alltjämt finns – en könsmässig bias i så motto att kvinnliga hälsoproblem kan ha svårare att framstå som distinkta och övertygande i biomedicinskt språk. Många nya hälsoproblem som ofta drabbar kvinnor (fibromyalgi, PMS, värk och migrän, elöverkänslighet, tendovaginit med flera), och där de biomedicinska korrelaten är oklara, har haft svårt att framstå som legitima hälsoproblem och exempelvis attrahera forskning och nya vårdinsatser. Också i sammanhang som arbetsskadeförsäkrings-bedömningar har kvinnor haft svårare än män att få sina tillstånd bedömda som kopplade till arbetet (Petersson, 1994, s. 53ff; Hetzler, 1989; Sund & Åmark, 1990).

Att i en verksamhet som i så hög grad är kommunikativ till sin natur som fallet är med vården urskilja "språkets roll" är naturligtvis förenat med stora metodiska vanskligheter. Till de principiella svårigheterna att skilja vård och kommunikation (vilket man alltså enligt vår uppfattning inte bör göra), kommer dessutom den komplexitet som utmärker modern hälso- och sjukvård med dess skilda specialiteter och arbetsområden. Vad är en typisk vårdsituation? Vad finns det för likheter/skillnader i sätten att interagera i miljöer som vårdcentralen, specialistkliniken inom kirurgi eller internmedicin på regionssjukhuset, en psykiatrisk, pediatrik eller gerontologisk avdelning, hos husläkaren eller inom företagshälsovården? De skillnader i forskningsresultat vad avser tillfredsställelse med kommunikation, liksom variationer i detta avseende mellan könen, som rapporteras i litteraturen, kan i många fall föras tillbaka på att man bedrivit sina studier i skilda miljöer med olika traditioner. Och eftersom mäns och kvinnors sjukdomspanoraman ser olika ut, blir det svårt att hitta neutrala miljöer i vilka påståenden om tillfredsställelse hos patienter kan jämföras exakt med avseende på könsskillnader. På motsvarande sätt gäller att vårdgivarkategorier har olika könsfördelning. Sjuksköterskor, barnmorskor och arbetsterapeuter tenderar att vara kvinnor, medan läkare (i västvärlden) i allmänhet är män (även om en markant utjämning sker i vissa länder för närvarande. I vissa miljöer är denna utjämning så omfattande att man kan tala om en tilltagande femininisering av läkarprofessionen, se exempelvis Maheux, Dufort, Béland, Jacques & Lévesque, 1990). Också när man bedriver det slags forskning som blivit populär under senare decennier med en ökad andel kvinnliga läkare, och som gäller frågan om patienter hellre vill bli behandlade av kvinnliga än manliga läkare (se West, 1993a, s. 57ff för en analys), är entydiga jämförelser svåra att åstadkomma. Manliga och kvinnliga läkare väljer exempelvis olika specialiteter och arbetar därmed med skilda patientgrupper.

En slutsats av dessa metodiska svårigheter är att det är svårt att entydigt fastställa kriterier för tillfredsställande kommunikation och det är likaledes svårt att göra distinkta, generaliserade påståenden om könets roll. Om kommunikation och bemötande upplevs som tillfredsställande och adekvat är till avgörande delar en fråga om hur parterna uppfyller varandras förväntningar med avseende på hur mötet skall gestaltas i den situation man befinner sig. Med en befolkning som vants vid att ha ringa inflytande på beslut när man uppträder i rollen som patient, kan det ökade personliga ställningstagande till vårdåtgärder som signaleras i hälso- och sjukvårdslagen uppfattas som överraskande och rentav som ett element som ökar osäkerheten. För

den som uppfattar den medicinska konsultationen som en social situation i vilken man i första hand uppträder som en självständig individ i behov av råd, kan patientrollen uppfattas som besvärande och ojämlig.

Vård, kommunikation och kön

Forskningsperspektiv och forskningsresultat

När man granskar den alltmer livaktiga forskningen om kommunikation i hälso- och sjukvården (för en aktuell bibliografi, se Sherman et al., 1995), upptäcker man snart hur tidsbunden den har varit och alltfjämt är. Därmed har forskningen också kommit att präglas av de vetenskapsideal och föreställningar om vad som utgör intressanta och forskningsbara frågeställningar som dominerat olika perioder. Kampen mellan å ena sidan en mer kvantitativt orienterad forskningstradition, som företrädesvis arbetat med enkätstudier av representativa urval av patienter eller medborgare mer i allmänhet, och å den andra mer kvalitativt orienterad forskning, som företrädesvis ägnat sig åt intensivstudier av intervjumaterial med patienter/vårdgivare eller av inspelningar av konsultationer, är tydlig. Genombrottet för forskning med ett genusperspektiv under 1970- och 1980-talen gav likaledes upphov till en annan forskningslogik och en alternativ uppfattning om vad som bör observeras och studeras. De forskningsresultat som uppkommer i litteraturen blir därför i betydande utsträckning inkompatibla genom att utgångspunkterna varit så olika.

Om man skall karaktärisera forskningen om kön och kommunikation i hälso- och sjukvården, kan man hävda att ett sätt att uppfatta och studera denna problematik finns i studier som behandlar biologiskt kön som en variabel med två värden. Denna typ av forskning har ofta inneburit att man gjort jämförelser mellan vårdssituationer – tänkta eller verkliga – och frågat patienter om de föredrar manliga eller kvinnliga läkare (liksom ibland om motiven för angiven preferens). Den främsta utgångspunkten för denna forskning synes ha varit (åtminstone i USA) frågor som restes i samband med den ökande tillströmningen av kvinnor till medicinska utbildningar (läkarutbildningarna). Vad man intresserade sig för var framför allt frågan om patienter kommer att acceptera, eller rentav föredra, att behandlas av kvinnor (Kletke, Marder & Silberger, 1990). Vi redovisar nedan några studier av detta slag, eftersom en del av resultaten är intressanta då man bedömer hur patienter vill bli bemötta.

En annan typ av forskning har inneburit ett studium med fokus i vårdgivarens sätt att bedriva sitt arbete. Här har man således ställt frågor om, eller gjort observationer av, hur manliga respektive kvinnliga läkare bemöter sina patienter, vad man ägnar tid åt, och hur "kön påverkar sättet att bedriva klinisk praktik" (Bertakis, Helms, Callahan, Azari & Robbins, 1995) mer i allmänhet. Även i dessa studier har i flera fall relationen till patienters rapporterade tillfredsställelse dokumenterats. Denna typ av studier behandlar i allmänhet också kön som en variabel. I många fall undersöker man helt enkelt om de mer eller mindre välgrundade stereotypier som finns om manligt och kvinnligt i samhället (exempelvis att kvinnor är mer orienterade mot psykosociala och förebyggande frågor) också kan bekräftas när män/kvinnor bedriver hälsovårdsarbete. Inom detta forskningsfält uppkommer mer differentierade forskningsstrategier med inslag av såväl kvantitativ som kvalitativ metodik. Det förekommer likaså undersökningar som utförts inom ramen för en hypotestestande ansats liksom sådana som innebär en analys av en insamlad datamängd utan preformulerade antaganden (Street, 1990; Waitzkin, 1990).

En tredje typ av studier som kan urskiljas utgår mer explicit från ett könsperspektiv och de faller sålunda inom ramen för – eller är åtminstone besläktade med – vad som på engelska brukar kallas för *gender studies*. Dessa undersökningar, som till övervägande delen är intensivstudier av kvalitativ natur, bygger på en problematisering av forskningsområdet kommunikation i vården som tar sin utgångspunkt i ett (mer eller mindre) tydligt formulerat köns- eller genusperspektiv. Detta innebär att man inte längre inskränker sig till att betrakta kön som en variabel som kan anta två värden, utan man intresserar sig framförallt för hur föreställningar om män och kvinnor, liksom om manliga och kvinnliga egenskaper, reproduceras i vården. Kön uppfattas således i dessa studier som en grundläggande princip för social ordning och som knutet till makt och maktutövning. Det som Hirdman (1988) benämner genussystemet bygger på ett systematiskt isärhållande av manligt och kvinnligt och ett kontinuerligt skapande av förväntningar i mänskliga samspel på vad som är relevant att beakta i förhållande till mäns och kvinnors erfarenheter/problem (jfr Kullberg, 1994, s. 89ff; även Waitzkin, 1984; Svarstad, Cleary, Mechanic, Robers, 1987; Larsson, Svärdsudd, Wedel & Säljö, 1992). Vanligtvis kombineras detta isärhållande också med en dominans för manliga värden (och många forskare, se exempelvis Johannisson, 1990, menar att i medicinen har den manliga kroppen och dess funktioner utgjort normen och kvinnan har framstått som den avvikande). Vad som är centralt i dessa sammanhang, och vad som motiverar en forskningsstrategi med tonvikt på intensivstudier av vårdamtal och etnografiska

ansatser, är dessutom att genusystemet i stor utsträckning reproduceras genom språket och utan att användaren är medveten om detta. Vi skall inte gå längre in i dessa resonemang om skillnaden mellan biologiskt och socialt kön och reproduktionen av genus-systemet, eftersom det skulle föra alltför långt. Men vi vill påpeka att själva frågan om vad man uppfattar som problematiskt med kommunikation i sig innehåller en könsmässig dimension. Man kan inte utan vidare förutsätta att män och kvinnor har samma kriterier eller preferenser. Därmed uppkommer också en kritisk fråga om i vilken utsträckning de undersökningar som genomförts använt instrument som är rimligt känsliga för sådana skillnader.

Patientperspektiv på vårdkommunikation och vård med utgångspunkt i läkarens kön

I denna första grupp av studier har man således intresserat sig för om patienter föredrar manliga eller kvinnliga läkare. Som vi redan påpekat har denna ganska omfattande litteratur oftast sin utgångspunkt i det ökande antalet kvinnliga läkare. Den miljö som de flesta studier avser är primärvården och allmänpraktik (general practice, family practice, ambulatory practice).

En ofta citerad studie inom detta område utfördes av Ackerman-Ross och Sochat (1980) och rörde människors attityder till manliga respektive kvinnliga läkare. De frågor som ställdes i denna relativt tidiga undersökning gällde bland annat om patientens kön påverkade preferensen för manlig/kvinnlig läkare, om åldern hos patienten och anledningen till konsultationen spelade någon roll i detta avseende. Studien genomfördes med ett urval om 120 frivilliga (vilka rekryterades utan att vara patienter), som fyllde i ett formulär som betecknas 'Physician Preference Questionnaire'. De resultat man fann visar att det var en klar tendens till att respondenterna föredrog läkare av det egna könet, men samtidigt var denna preferens mer eller mindre uttalad i förhållande till olika symptom (mycket stark tendens i fråga om sexuella problem och ifråga om behandlingar som kräver "undress or extensive bodily probing" (s. 63) medan ingen skillnad uppkom när hälsoproblemet var exempelvis "sore throat"). Resultaten visar också att männen visade starkare preferenser för att behandlas av manliga läkare än vad som var fallet för kvinnor. Detta resultat avviker dock från vad som rapporteras i andra studier, se nedan.

En liknande undersökning rapporterades av Kelly (1980) med rubriken "Sex preference in patient selection of a family physician." Undersökningen bygger på material från 50 000 patienter som genomförde över 80 000 besök vid en allmänmedicinsk praktik (family practice) i en amerikansk storstad. Resultaten visar ett mycket tydligt mönster genom att "a clear correlation exists between sex of the physician and sex of the patient" (s. 430) när patienten ges möjlighet till fritt val av "family practitioner". Denna tendens att välja läkare av eget kön var betydligt starkare bland kvinnorna än bland männen, vilket är det dominerande mönstret i litteraturen. Det är också värt att notera att denna studie, till skillnad från de flesta andra, utgör en analys av val av behandlande läkare när man faktiskt kommit till en klinik i syfte att få behandling. Undersökningssituationen kan således betraktas som mer autentisk än vad fallet är i de flesta enkätstudier med respondenter som tillfrågas om sina preferenser utan att stå inför situationen att faktiskt välja behandlande läkare (jfr Wallen, Waitzkin & Stoeckle, 1979).

Om man gör ett axplock bland sentida studier, finner man bekräftelser av indikationerna på att kvinnliga patienter föredrar kvinnliga läkare och att de också gör sådana val när omständigheterna medger. Van den Brink-Muinen, de Bakker och Bensing (1994) studerade preferenser hos kvinnliga patienter som söker vård för kvinnliga hälsoproblem (menstruationsrubbnings, klimakterieproblem, bröstundersökningar m.m). Studien genomfördes på ett representativt urval av 161 öppenvårdsmottagningar i Nederländerna på vilka det fanns såväl manliga som kvinnliga läkare. Resultaten visar en tydlig tendens att kvinnliga patienter föredrog kvinnliga läkare och detta utfall var än tydligare för yngre kvinnor. Samma författarkollektiv (Bensing, van den Brink-Muinen & de Bakker, 1993) rapporterar ytterligare en undersökning i samma miljöer som omfattade en analys av cirka 47 000 patientbesök av såväl manliga som kvinnliga patienter och utan restriktioner vad avser hälsoproblem. Även denna studie bekräftar kvinnliga patienters preferens för kvinnliga läkare.

Att orsaken till kontakten med vården har en avgörande betydelse för vilket kön man föredrar visas i flera studier. Nichols (1987) finner i en enkätstudie av drygt 500 kvinnor i Storbritannien en preferens för kvinnliga läkare i ett fall av tio när man söker för allmänna hälsoproblem, medan sex av tio tillfrågade menade sig föredra kvinnliga läkare när man söker för kvinnliga hälsoproblem. Undersökningen avsåg de tillfrågades preferenser vid besök i primärvård och vad avser preventiv hälsovård (mammografi, livmoderundersökning). Graffy (1990) bekräftar bilden att kvinnors tendens att föredra kvinnliga läkare är beroende av anledningen till att man söker vård. I Graffys

studie, som omfattade 639 patienter av båda könen i Storbritannien, föredrog en minoritet av de undersökta kvinnorna genomgående en kvinnlig läkare men tendensen att föredra en kvinnlig läkare blev tydligare vid "könsrelaterade problem" (dock med undantag för situationer där man inte behövde genomgå någon undersökning eller då man enbart sökte för att få p-piller).

En artikel av Elstad (1994) innehåller såväl en litteraturgenomgång i frågan som en undersökning inom ramen för norska förhållanden och attityder. Elstad genomförde en enkätundersökning bland 3000 kvinnor i åldern 36-55 år boende i storstadsmiljöer. Svarsfrekvensen var endast drygt 50 procent, vilket måste betecknas som tämligen mediokert. Resultatbilderna bekräftar dock i huvudsak det som redovisats ovan ur den internationella litteraturen. Det finns en tendens till att kvinnor uppger att de föredrar att konsultera kvinnliga läkare när anledningen till vårdkontakten är exempelvis gynekologisk undersökning, allmänna hälsoproblem eller personliga problem, medan skillnaderna är mindre vid andra anledningar (exempelvis benbrott). Det är dock viktigt att tillägga att det mest frekventa svarsalternativet är att den behandlande läkarens kön inte spelar någon roll. Detta svarsalternativ är något vanligare också i de fall då relativt starka preferenser för kvinnliga läkare framkommer. I fallet med en gynekologisk undersökning svarar således 48 procent av respondenterna att kön hos läkaren saknar betydelse, medan 43 procent anger att de föredrar en kvinnlig läkare.

Sammanfattningsvis kan man säga att utmärkande för denna forskning är att den visar att det finns en tendens till att kvinnor föredrar att behandlas av kvinnliga läkare och då i synnerhet när man har kvinnliga hälsoproblem. Några studier antyder också att denna tendens är mest tydligt uttalad hos yngre kvinnor (det finns i litteraturen indikationer på en allmän generationseffekt som innebär att yngre personer har mest kritiska synpunkter på den vård de erbjuds). Samtidigt kan man konstatera att den rapporterade forskningen vanligtvis behandlar frågan om bemötande och kön på ett tämligen trubbigt sätt. De flesta undersökningar innehåller inte någon övertygande analys av motiven till varför man föredrar eller inte föredrar läkare av eget kön. I fallet med könsspecifika sjukdomar är det kanske uppenbart varför man föredrar läkare av det egna könet, men litteraturen ger ingen entydig bild av att män och kvinnor har olika förväntningar på kvinnliga respektive manliga läkare vad gäller deras sätt att behandla och bemöta patienter (se exempelvis West, 1993; Fennema, Meyer & Owen, 1990; Delgado, Lopez-Fernandez & de Dios Luna, 1993). Vid en del av studierna får man otvivelaktigt känslan av att de speglar den kända devisen om att som man frågar får man svar. Nästa grupp av undersök-

ningar, som ägnat uppmärksamhet åt hur manliga respektive kvinnliga läkare praktiserar hälsovård, ger en mer ingående och upplysande bild av könsskillnadernas natur och bakgrund.

Kliniskt arbetssätt och kommunikativa mönster hos kvinnliga respektive manliga läkare

I studier som analyserar hur läkarens kön påverkar den kliniska praktiken har olika faktorer uppmärksammats. Vi skall i första hand redovisa forskningsrön som dokumenterar resultat som gäller bemötande och kommunikation.

I en studie av ett representativt urval av 900 allmänläkare i såväl öppenvård som privatpraktik i Quebec fann Maheux et al. (1990) vissa systematiska könsskillnader vad gäller både attityder och bemötande av patienter i den kliniska praktiken. Undersökningen genomfördes med frågeformulär (svarsfrekvens 82.5 procent) med fem attitydskalor och fem skalor i vilka respondenterna fick beskriva sin praktik. Kvinnliga läkare var attitydmässigt mer inställda på att utreda patientens psykosociala förhållanden, de var mer intresserade av att informera om hälsoproblem och av att ge patienterna råd i sådana frågor. Dessa attitydskillnader återspeglades också i hur de beskrev sin praktik, där kvinnorna var benägna att ägna mer tid åt denna typ av frågor. Författarna drar två principiellt intressanta slutsatser:

Our results reveal important differences in the attitudes of men and women toward psychosocial factors in patient care, patient education, and health counseling, and suggest that neither medical training nor the organization of medical practice succeed in eliminating attitudinal differences between men and women. Given the growing feminization of the medical profession, these findings are of special interest since they suggest that female physicians can help promote aspects of care that have been judged essential in insuring a high quality of medical care. (Maheux et al., ss. 91-92)

Författarna besvarar således den fråga som finns i rubriken på artikeln: "Female medical practitioners. More preventive and patient oriented?" med ett ja. De menar också att detta kan få konsekvenser för möjligheterna att höja kvaliteten i de förebyggande insatserna genom att kvinnor tycks ägna mer uppmärksamhet åt dessa frågor.

Den studie av Bensing et al. (1993) som vi redan kommenterat, och som rapporterade tydliga preferenser hos holländska kvinnor för kvinnliga läkare, innehåller även en analys av om läkarens kön spelar roll för samspelet med patienterna. Resultaten visar bland annat att kvinnliga läkare har längre konsultationer än sina manliga kollegor, liksom att kvinnliga patienter har längre konsultationer oavsett läkarens kön. Kvinnliga läkare är något mer omsorgsfulla i sin diagnosticering och indikatorer på detta var bland annat att man beordrade fler laboratorieprov och var mer benägen att träffa överenskommelser om återbesök. Samtidigt framkom att man förskrev medicin i mindre omfattning. Man lyssnade mer på patienter och gav mer råd. En klar skillnad uppkom dessutom mellan heltids- respektive deltidssamarbetande kvinnliga läkare. De senare fäste större vikt vid psykosociala aspekter av patienters problem och de ägnade mer tid åt rådgivning, ett resultat som för övrigt förefaller gälla tämligen generellt för kvinnliga läkare (se exempelvis Keane, Woodward, Ferrier, Cohen & Goldsmith, 1991; Hall, Roter & Katz, 1988 och ytterligare Weisman & Teitelbaum, 1985).

Ovannämnda studier om kliniskt arbetssätt hos läkare bygger på enkätdata som samlats in i efterhand. Även om instrumenten validerats och tillförlitlig samplingstrategi används vid datainsamlingen, finns naturligtvis svagheter i denna typ av data. Respondenten uttalar sig i efterhand och ofta i tämligen generella termer, exempelvis när man skattar hur mycket tid man ägnat åt olika frågeområden. Utfallet blir också beroende av att respondenterna lägger samma innebörd i termer som "counselling", "psychosocial problems" och de övriga deskriptorer som används i formulären. En alternativ forskningsstrategi, som på sätt och vis ger en mer livfull och ingående bild av vad som händer i konsultationer och hur parterna samspelar, bygger på att man dokumenterar konsultationer med hjälp av video- eller audioinspelningar. Detta material analyseras därefter med olika tekniker, ofta av såväl kvantitativ som kvalitativ natur. Antalet forskargrupper som på detta sätt dokumenterat och analyserat kommunikation i hälsovården är dock tämligen litet och denna typ av studier börjar publiceras först under 1980-talet i någon betydande omfattning. Det är med andra ord först vid denna tid som den del av vårdpraktiken som avser samspelet mellan patient och läkare på ett mer direkt sätt blir tillgänglig för granskning (se exempel på översikt Larsson, 1989; Street, 1990).

Roter, Lipkin och Korsgaard (1991) genomförde en studie som beaktade kommunikationsmönster hos såväl läkare (kvinnliga-/manliga) som patienter (kvinnliga/manliga) i primärvården. Utgångspunkten för arbetet var de iakttagelser som rapporterats i litteraturen

om att kvinnliga läkare har längre konsultationer och ett något annorlunda fokus i samtalen med sina patienter. Det material som samlades in var mycket omfattande. Sammanlagt dokumenterades samtal mellan 537 patienter i åldrar mellan 21 och 94 år och 127 läkare (varav 26 kvinnliga). Patienterna var kända för läkarna och ett urvalskriterium var att man hade besökt den aktuella läkaren minst två gånger tidigare. Hälso problemen omfattade kroniska tillstånd/sjukdomar som hypertoni (drygt 200 patienter), hjärtbesvär, diabetes m.m. Materialet analyserades med hjälp av ett differentierat kategorisystem (det så kallade RIAS, Roter Interaction Analysis System) som delade in parternas yttranden i följande kategorier (våra översättningar och förklaringar, jfr Table 1, Roter, Lipkin och Korsgaard, 1991, s. 1 086):

positivt tal	(skratt, uttryck av överenskommelse och bekräftelse)
socialt tal	(i huvudsak icke-medicinskt tal)
negativt tal	(kritik, konflikter)
emotionell responsivitet	(svarar upp på motpartens uttryckta oro, ängslan, optimism)
skapande av partnerskap	(efterhör motpartens åsikt, parafrasering, tolkning av utsagor)
orientering	(instruktioner om procedurer och liknande)
öppna frågor	
slutna frågor	
information	(givande och tagande av information)
information-psykosocial	(information om emotionella frågor, livsstil)
rådgivning-biomedicinsk	(råd och instruktioner vad gäller biomedicinsk terapi)
rådgivning-psykosocial	(råd och instruktioner vad avser emotionella förhållanden och livsstil)

Vissa av dessa kategorier (de två sistnämnda plus den som benämns skapande av partnerskap) rör endast bidrag till samtalet från läkaren, medan de övriga kategorierna använts för att klassificera bidrag från båda parter. Studien dokumenterar en noggrann dubbelbedömning av kategoriseringen och en adekvat och rimligt sofistikerad statistisk analys av materialet har genomförts. Resultaten bekräftar att kvinnliga läkare i genomsnitt genomför längre konsultationer (skillnaden är statistiskt signifikant även i en kovariansanalys med två variabler – klinik respektive patientens psykiska status – som kovariater, och den är drygt 2.5 minuter). Det finns också en antydning om att konsultationer med aktörer av samma kön blir längre (det vill säga manliga läkare tenderar att tala längre med manliga patienter än med kvinnliga och

detsamma gäller för kvinnliga läkare vars samtal med kvinnor var ca en minut längre i genomsnitt än vad fallet var med manliga patienter).

Vad som är mer intressant är dock att dessa skillnader mellan manliga och kvinnliga läkare blir ännu tydligare om man istället för längden av konsultationen fokuserar mängden kommunikation (mätt i antal ord). I samtalen hos kvinnliga läkare utväxlades betydligt fler yttranden än hos manliga läkare. Skillnaden är så stor som en tredjedel. Patientens kön hade en viss, men betydligt svagare, effekt, och går då i andra riktningen (manliga patienter innebar i genomsnitt ca tio procent fler yttranden). Om man analyserar fördelningen av samtalsutrymmet under konsultationens tre faser (anamnestisk fas, undersökning respektive avslutande fas, jfr Larsson, 1989) finner man, att det var särskilt under den anamnestiska fasen som skillnaderna uppkom. De kvinnliga läkarna talade betydligt mer under denna fas än deras manliga kollegor. Likaså framkom intressanta könsskillnader som innebär att läkarna tenderade att tala något mer när man har en manlig patient framför sig. Den allra tydligaste skillnaden i statistisk bemärkelse var dock att patienter (oavsett kön) hos kvinnliga läkare fick betydligt mer utrymme för att uttrycka sig. Den genomsnittliga skillnaden var här hela 58 procent, vilket måste betecknas som anmärkningsvärt och som ett indicium på att konsultationen har olika karaktär. Det finns också en motsvarande skillnad under undersökningsfasen, då patienter till kvinnliga läkare talade betydligt mer. Ingen sådan skillnad uppkom under den avslutande fasen.

Den intressanta följdfrågan i sammanhanget är då vilket innehåll i samtalen som prioriteras. Denna fråga studerades med hjälp av kategorisystemet ovan. När det gäller hela samtalet, fanns skillnader mellan manliga och kvinnliga läkare (för hela patientgruppen) i kategorier som positivt tal, skapande av partnerskap och givande av information (samtliga prioriterades av kvinnliga läkare), medan inga skillnader uppkom vad avser exempelvis rådgivning, socialt och negativt tal (vilka dock utgör en mycket liten del av samtalet). Om man emellertid betraktar den anamnestiska delen av samtalet, som alltså är betydligt mer omfattande under konsultationer med kvinnliga läkare, uppkommer ytterligare differenser av intresse. Skillnaderna i positivt tal var här mindre, men inslagen av psykosocial rådgivning, informationsgivande, frågor och skapande av partnerskap var betydligt mer omfattande hos kvinnliga läkare. Patientens kön hade betydligt mindre betydelse för hur samtalet gestaltar sig, vilket inte är förvånande med tanke på att läkaren är den dominerande parten (i kommunikationsteoretisk jargong är läkarkonsultationer typiska exempel på asymmetriska samtalssituationer, jfr Linell, 1990). De skillnader som finns och som

kan knytas till patientens kön innebar att det ställdes fler så kallade slutna frågor och det förekom mer rådgivning vad avser såväl biomedicinska som psykosociala områden med manliga patienter.

Medlemmar ur samma forskarlag har genomfört ytterligare några omfattande studier på temat relationen män och kvinnor i vården. Hall, Irish, Roter, Ehrlich och Miller (1994a) rapporterar en undersökning inom primärvården (ett så kallat Ambulatory Care Center vid ett stort sjukhus i Massachussetts) som omfattade 50 läkare (25 av vardera könet) och 100 patienter (50 av vardera könet, och varje läkare dokumenterades med en patient av vardera könet). Syftet med studien var att studera samspelet mellan kön och konsultationens förlopp vid vad som kallas "routine consultations". Metodiskt ligger studien nära den vi presenterat tidigare. Besöken spelades in på video och analyserades bland annat med hjälp av det interaktionsschema som vi summerat ovan. I tillägg intresserade man sig dock också för en del andra faktorer: förekomsten av så kallat "technical language", "back-channel responses" (dvs. återkopplande uttryck av typen hm, okay, jaha, som signalerar förståelse och ömsesidighet, och som gör det lättare för motparten att fortsätta) (jfr Fisher, 1984; Aronsson & Larsson, 1987; Larsson, 1989; Todd, 1989). Dessutom klassificerades aspekter av det icke-verbala beteendet: röstkvalitet, tonfall, leenden, nickar och liknande.

Resultaten bekräftar i de flesta avseenden de som framkom i den tidigare studien av Roter, Lipkin och Korsgaard (1991). Kvinnliga läkare hade längre konsultationer med såväl manliga som kvinnliga patienter och samtalen innehöll betydligt fler yttranden/ord i relation till patienter av båda könen. Kvinnliga läkare hade ett större inslag av positivt tal, av yttranden som klassificerades som skapande av partnerskap, mer av stöttande "återkoppling" och ett mer aktivt icke-verbalt beteende (fler nickar, leenden och liknande). Man ställde också fler medicinska frågor liksom fler frågor som rörde patientens psykosociala situation. Det fanns också en tydlig patienteffekt genom att patienter hos kvinnliga läkare delgav mer medicinsk information om sitt tillstånd. Däremot framkom inga skillnader mellan läkarna vad avsåg faktorer som emotionellt stöd, användande av medicintekniskt språk och empati. I sin slutdiskussion drar författarna slutsatsen att "patients visiting female and male physicians had very different experiences" (s. 389). Man argumenterar också för att kvinnliga läkare tycks vara mer inriktade på att fungera i enlighet med en "biopsychosocial model" (Engel, 1982; jfr Smith & Pettegrew, 1986) för att förstå och behandla sjukdomar där ett större spektrum av människors levnadsförhållanden betraktas som relevanta att känna till i jämförelse

med vad som varit fallet inom den traditionellt biomedicinska uppfattning som dominerat vården (jfr Larsson, 1989; Todd, 1989; Arborelius & Bremberg, 1992; Johanson, 1994; Johanson, Larsson, Säljö & Svärdsudd, 1995; i tryck).

Samma empiriska material utsattes för vidare analys som avrapporteras i en artikel om "Satisfaction, gender, and communication in medical visits" (Hall, Irish, Roter, Ehrlich, & Miller, 1994b). I tillägg insamlades ytterligare en datamängd omfattande 524 audioinspelade besök inom primärvård i Canada och USA. I fokus för studierna fanns patienters tillfredsställelse. På en allmän nivå fann man i det första materialet att patienter till manliga och äldre läkare rapporterade högst tillfredsställelse medan yngre kvinnliga läkare erhöll lägst värden. Trots de statistiska signifikanserna kan man resa vissa frågetecken kring resultaten, bland annat mot bakgrund av att rapporterad tillfredsställelse i de flesta kombinationer av kön och ålder hos läkare var mycket hög (på en skala 1-6 av rapporterad tillfredsställelse låg det lägsta genomsnittliga värdet på 5.27 [avser kombinationen yngre kvinnlig läkare och manlig patient]). Utfallet bekräftar också iakttagelsen att kommunikationen under den kliniska praktiken blir olika och att såväl patientens som läkarens kön har betydelse för vad man talar om.

Bertakis et al. (1995) har i en nyligen publicerad studie analyserat ytterligare material från primärvården. En stor mängd data som avsåg nybesök av 118 manliga och 132 kvinnliga patienter och deras 48 manliga respektive 33 kvinnliga behandlande läkare samlades in. Patienterna fördelades på respektive läkare (som verkade i två kliniker) helt enligt rutinemässigt behandlingsförfarande och ett kriterium för att patienterna skulle inkluderas i samplet var att de inte uppgav preferens för läkare av visst kön. Patienternas hälsostatus innan de besökte kliniken dokumenterades och konsultationerna spelades in på audio-band och analyserades. Dessutom mättes tillfredsställelsen med besöket/behandlingen med ett frågeformulär. Resultaten visar bland annat att konsultationstiderna inte skilde sig åt mellan manliga och kvinnliga läkare, och detta strider mot vad man i allmänhet funnit i litteraturen (se, förutom de studier vi nämnt, exempelvis Cypress 1980; Meeuwesen, Schaap & van der Staak, 1991). Dock är att notera att Bertakis et al. endast dokumenterat nybesök till skillnad från vad som varit fallet i flera andra studier. De kvinnliga läkarna inriktade sig betydligt mer på preventiva åtgärder och man ägnade sig också i större utsträckning åt att klarlägga familjesituation liksom patientens allmänna sociala villkor. Manliga läkare ägnade längre tid åt den anamnestiska fasen av samtalet, vilket korrelerade negativt med patienttillfredsställelse (också i fallet med kvinnliga läkare). Förfat-

tarna konkluderar genom att påpeka att: "male and female physicians do exhibit measurably different approaches to the practice of medicine that lead to differences in patient satisfaction." (Bertakis et al., 1995, s. 415; jfr Franks, Clancy & Naumburg, 1995).

I svensk miljö har Larsson, Säljö och Aronsson (1987) rapporterat en intensivstudie från en internmedicinsk klinik angående hur livsstilsfrågor bearbetas i ett material om 20 konsultationer. Resultaten visar bland annat att läkarna (som var män) frågade samtliga manliga patienter om deras rökvanor, medan endast hälften av kvinnorna fick frågor om detta ämne. Det påvisas också att frågor om tobaksbruk tjänar som ingång till att också behandla alkohol. Endast de personer som svarade att de rökte fick frågor om alkoholbruk. Författarna drar slutsatsen att frågestrategierna kan ses som avspiegande vitt spridda antaganden om sambandet mellan olika livsstilsvanor och att den lägre benägenheten att utreda kvinnors bruk av tobak (och därmed alkohol) återspeglar ett tidigare giltigt mönster om att kvinnor röker i mindre omfattning än män (vilket alltså inte längre är riktigt, jfr Brännström, Persson & Wall, 1994). I en uppföljande studie i en primärvårdsmiljö några år senare (Larsson, Johanson, Säljö & Svärdsudd, i tryck) framkommer något annorlunda resultat. Livstilsfrågor behandlas mer jämnt över könen, även om alkoholbruk fortfarande oftast tas upp med män. Skillnaderna kan förstås mot bakgrund både av den kliniska kontexten (internmedicinsk klinik respektive primärvårdscentral) och utvecklingen som lett till en ökad betoning av vikten att behandla livsstil i kliniska samtal.

Sammanfattningsvis kan man säga att resultaten från forskning vad avser manliga och kvinnliga läkares sätt att utöva sin kliniska verksamhet i förhållande till manliga respektive kvinnliga patienter inte är helt entydiga. De flesta studier är dessutom utförda i USA med ett annorlunda hälsovårdssystem och med andra värderingar hos såväl medborgare som vårdpersonal. Det övervägande antalet undersökningar synes dock redovisa resultat som pekar på att manliga och kvinnliga läkare har delvis olika strategier i det kliniska samtalet. Även en patienteffekt synes framträda i de flesta fall. I kvantitativt avseende talar kvinnliga läkare längre, mätt i tid och antal yttranden, med sina patienter. Man har ett mer stöttande sätt att kommunicera som leder till att patienten bidrar mer aktivt till samtalet. Majoriteten av undersökningarna tycks också peka på att kvinnliga läkare har en benägenhet att fästa mer uppmärksamhet på psykosociala faktorer och på patientens allmänna situation. Den något drastiska formulering som Hall et al. (1994a) väljer som slutsats av sin studie när de påstår att "we conclude that the strong selection bias and socializing effect of medical training did not

succeed in making men out of our female physicians" (s. 391) bekräftas i så motto att det finns relativt tydliga könsskillnader i sättet att bedriva klinisk praktik. Om dessa skillnader innebär att "medicine itself may be in the process of transformation to a less macho art and science" (ibid.) som en funktion av kvinnors ökande närvaro och ansvar kan inte besvaras med utgångspunkt i undersökningen. Däremot föregriper detta sätt att formulera frågan den tematik som bearbetats i den tredje grupp av studier som vi kort skall belysa.

Vårdkommunikation, makt och kvinnliga/manliga erfarenheter

Som vi redan påpekat kan frågan om relationen mellan kön och interaktion formuleras på olika sätt. Om man uppfattar kommunikation (exempelvis läkarkonsultationen) som en arena för handling genom vilken människor skapar möjligheter för samtalspartners att agera och delta, uppkommer en rad intressanta frågor om hur dominerande mönster för kommunikation i institutionella miljöer fungerar vad gäller villkoren för olika gruppers möjligheter att göra sina erfarenheter och perspektiv hörda. Kommunikationen i den institutionella miljön (skolan, arbetsplatsen, banken osv.) innebär en dominans för den ena parten, som vanligen representerar någon form av expertis, som den andra parten – medborgaren – är beroende av (Säljö, 1992). Som Linell (1990) har påpekat är denna dominans märkbar *kvantitativt* (experter har en tendens att dominera talutrymmet), men den är också *interaktivt* (genom att man styr den andres möjligheter att yttra sig) liksom *inhållslig* (dvs. den starkare parten styr vad man talar om). I tillägg kan man också påstå att dominansen yttrar sig i hur man talar om det man talar om och vems erfarenheter och perspektiv som ses som relevanta. Detta innebär att samtalssituationer i de miljöer vi här berör är asymmetriska (Linell, 1990) och kan ses som en del av den offentliga maktutövningen. En intressant följdfråga blir då hur olika gruppers erfarenheter speglas i samtalen och vilka möjligheter man har att göra sina intressen gällande.

Med ett sådant maktperspektiv på kommunikation blir jämförelser mellan mäns och kvinnors åsikter bara en liten del av vad som är intressant i sammanhanget. Istället blir en central tematik den som rör vilka möjligheter män och kvinnor ges att möta sätt att beskriva och förstå den egna situationen som svarar mot deras erfarenheter och intressen. Det slags ojämlikhet som genussystemet ger upphov till är avhängigt av hur föreställningar om manligt och kvinnligt skapas och

upprätthålls i samspelet mellan vårdgivare och vårdtagare. Och som vi redan påpekat återskapas genusbestående olikheter i avgörande utsträckning genom språket. De som reproducerar ett dominanssystem behöver självfallet inte vara medvetna om att de bidrar till att upprätthålla en sådan ojämlikhet genom sitt sätt att bemöta andra människor (i själva verket är man sällan det) (jfr Waitzkin, 1991, speciellt kap. 5 och 6).

Denna bakgrund är ett försök att tydliggöra premisserna för en del av den växande forskning som tagit fasta på och inspirerats av en könsteoretisk utgångspunkt och som således har ett mer kritiskt perspektiv. Om man således menar sig kunna utgå ifrån att många sociala processer innebär en underordning av kvinnor, och därmed kvinnliga perspektiv och intressen, blir den intressanta forskningsfrågan hur detta går till i ett konkret sammanhang. De studier som vi skall ange som exempel på denna forskningsstrategi har således ställt frågor kring hur man kan synliggöra kvinnliga och manliga sätt att agera och hur man kan förstå dem i ljuset av en könsteoretisk betraktelse av manligt/kvinnligt.

West (1993) anlägger ett könsteoretiskt perspektiv på en av de mest utforskade frågorna inom hälsokommunikation, den som rör patienters följsamhet (complicance). Vad hon studerar är hur manliga och kvinnliga läkare ger direktiv eller instruktioner till sina patienter och kommer överens om hur man skall agera i framtiden. Analysen bygger på 21 videoinspelade samtal från besök hos allmänläkare av båda könen och patienterna varierade i ålder från 16 till 82. Resultaten visar en signifikant och behandlingsmässigt intressant skillnad mellan de sätt som manliga och kvinnliga läkare ger direktiv till sina patienter. I sammanfattning innebär denna skillnad att manliga läkare gav direkta instruktioner, formulerade närmast som order ('ta en av varje [tablett] fyra gånger om dagen'; 'sätt dig här'). I motsats till detta använde kvinnliga läkare ofta en strategi för att förmedla direktiv som innebär att man arbetade med ett inklusivt 'vi', dvs på engelska 'Let's'. Man använde uttryck som "Let's talk about your pressure...", "Oh, well let's make that our plan ..." (1993, s. 61ff), vilka innebär att uttrycken framställs som *förslag* snarare än som order. Genom denna strategi att använda förslag istället för order förändras balansen mellan parterna i samtalet och blir mer jämlik. Förslag kan man reagera på och ta ställning till och man förväntas till och med göra så. En order kan vara mycket svår för en underordnad part att diskutera, eftersom detta fordrar att man ifrågasätter ett beslut fattat av en part vars kunskap och hjälp man är beroende av. West menar att dessa skillnader avspeglar mer generella antaganden och ideal i amerikansk kultur om hur män och

kvinnor skall agera. Att ge direktiv i form av order är förknippat med ett manligt förhållningssätt (och detta är en naturlig ordning också för patienter). Att skapa samförstånd och gemensamma åtaganden uppfattas som ett kvinnligt närmande till beslut. Wests studie illustrerar också tydligt hur jämlikhet eller ojämlikhet i kommunikation skapas genom sätt att förhålla sig. Den som tar sig rätten att ge order, tar sig också rätten att underordna den andre.

I en artikel från 1990 som bygger på samma material går West ännu djupare in i samma fråga om vilka villkor som läkaren skapar för patienten genom sitt sätt att kommunicera. West visar hur skillnaderna i sätten att ge direktiv och instruktioner till patienter också innebar att de kvinnliga läkarna tämligen systematiskt strävade efter att skapa en kommunikationssituation som gav en bild av ett gemensamt ansvar för vårdbeslut. Man använde tekniker som explicit gav patienterna auktoritet och som framställde det som önskvärt att patienterna gav direktiv till hur man skulle fortsätta samtalet. Utsagor som "Säg nu om jag har fattat detta rätt?" och "Vill du att jag skall ge dig lite råd här?" (s. 102, vår översättning) implicerar att läkaren på ett konkret sätt underordnar sig patienten och skapar ett utrymme för kontroll av vart samtalet tar vägen. West kommer också i detta arbete in på den flitigt beforskade frågan om patienters följsamhet eller compliance mot de råd/anvisningar man får (Larsson, 1989; Kjellgren, Ahlner & Säljö, 1995). Även om West inom ramen för den studie som genomförts inte kan uttala sig om compliance i ett senare skede (eftersom studien inte innehöll någon uppföljning av patientens senare agerande), menar hon att man inom ramen för konsultationen kan urskilja vissa mönster vad gäller vilket sätt att ge direktiv/skapa överenskommelser som förefaller framgångsrika (s. 106ff). Man kan nämligen se hur patienter reagerar på de olika sätten att ge direktiv. Det fanns en klar skillnad i den mening att på det sätt som framför allt (men inte uteslutande) de kvinnliga läkarna agerade – med förslag som gav en jämlik utgångspunkt i samtalet och som innehöll utgångspunkter som formulerats så att båda parter skulle se sig som ansvariga – så gav patienterna betydligt fler explicita responser som bekräftade deras avsikt att följa överenskommelsen. Denna strategi ledde till att patienterna i 67 procent av fallen gav svar som indikerade en sådan avsikt. Rena imperativer (som framförallt gavs av manliga läkare) fick sådana bekräftande svar från patienterna i endast 47 procent av fallen. Principen i detta avseende förefaller vara att ju mer av imperativ form direktivet hade, desto lägre frekvens av bekräftelse från patienter som signalerade att man hade för avsikt att följa rådet. Detta gällde även för kvinnliga läkare, men den stora skillnaden var, som påpekats, att de hade en låg frekvens av denna typ av utsaga.

I litteraturen finns en mer generell diskussion av den ojämlikhet som uppkommer i institutionella samtal och en anseelig del av denna forskning har ägt rum inom ramen för hälso- och sjukvården. Problemet är principiellt intressant eftersom det finns ett mönster som innebär ett ökande inslag av professionell expertis inom många olika fält som tenderar att beröva människor inflytande över deras egen situation (se bl.a. Melander, 1995). En kritiskt hållen diskussion – med könsmässiga implikationer – exemplifieras av Mishlers (1984) arbete om det biomedicinska språket och dess roll i vården. Mishlers tes är, kort uttryckt, att man måste göra en skarp åtskillnad mellan vård och medicinsk vetenskap. Vård innebär aktiva ingrepp i människors livsvärld och är en, i jämförelse med den medicinska vetenskapen, praktisk och i stor utsträckning också moralisk verksamhet. Det biomedicinska språk som dominerar vården är utvecklat för att fungera som ett effektivt och precist kommunikationsmedel som i första hand fungerar inåt i organisationen och det har vetenskapliga ideal som utgångspunkt. Det lämpar sig däremot av flera skäl illa för kommunikation med patienter. I vanliga fall tolkas kommunikationsproblemet i sammanhang av detta slag i huvudsak som en fråga som rör terminologi, men detta förefaller enligt samstämmiga studier knappast vara något större problem. I våra egna studier inom bland annat primärvård har vi inte funnit några tecken på att läkare numera särskilt ofta introducerar teknisk terminologi som patienter inte förstår (Johanson, et al., 1995, in press). Istället förefaller det ibland som patienter kommer med övervägande delen bidrag av detta slag (jfr vår studie på medicinpoliklinik, Aronsson, Larsson & Säljö, 1995).

En mer intressant kritik går istället ut på att det biomedicinskt förankrade språket beskriver sjukdomar och hälsoproblem på ett sätt som fjärrar dessa från människors upplevelser av sin kropp, sin situation och de problem man upplever i sitt dagliga liv. Mishler (1984) talar om denna konflikt som en spänning mellan "the voice of medicine" å ena sidan och "the voice of the life world" å den andra. Flera forskare har framfört liknande analyser av dessa problem i ett könsperspektiv.

En serie intressanta arbeten om hur kvinnors liv och behov kontextualiseras i medicinskt språk rapporteras av Fisher (1993), Fisher och Todd (1986) samt Todd (1984). Den situation det handlar om i dessa studier är gynekologisk rådgivning och preventivmedels-förskrivning. På en allmän nivå kan man säga att analyserna av konsultationerna visar hur frågan om hur kvinnornas behov av att ha ett tillfredsställande skydd mot oönskad graviditet teknifieras och fjärras från deras livsvärld. Fisher och Todd (1986) illustrerar hur den kunskapsproduktion som är

knuten till preventivmedel, liksom hela den informationsflod som kommer via läkemedelsindustrin, leder till en argumentation i konsultationen som ensidigt kopplar preventivmedelsanvändandet till frågan om kvinnokroppens reproduktiva funktion och inte till kvinnan som en social varelse. Vad man visar mer specifikt är hur läkare använder sig av argument beträffande p-pillers förmenta ofarlighet på ett sätt som indirekt – eller till och med direkt – innebär ett övertalande av kvinnor att använda denna form av skydd. Kvinnors frågor och oro i relation till p-piller avfärdas med hänvisning till argument hämtade från mer eller mindre auktoritativa källor som vetenskapliga tidskrifter och/eller läkemedelsreklam. Dessa aktörer beskriver utvecklingen i termer som innebär att nya medel är ofarliga och inte innebär någon risk av den typ som funnits tidigare. Genom läkarnas beroende av argumentation hämtad från sådana källor finns det likaså en risk för att själva patient-läkarrelationen påverkas. P-piller framstår som det rationella sättet att skydda sig (det är säkert, det fungerar alltid, man behöver inte planera som vid användande av mekaniska skydd osv.) oavsett vilket behov kvinnan upplever sig ha av skydd. Att inte välja denna form av skydd kommer därmed att framstå som att man inte har förtroende för läkarens bedömning.

Fisher (1993) utgår i en studie från frågan varför hysterectomier (borttagande av livmodern) har blivit så vanliga. Den fråga Fisher ställer sig är hur besluten om att göra ett sådant ingrepp går till och vilken argumentation som betraktas som relevant när beslutet fattas. Data insamlades genom deltagande observation och genom en longitudinell procedur där kvinnor vid två olika kliniker följdes genom olika steg: från provtagning via besked om cellförändringar till beslut om ingrepp och sedermera operation. Situationen här är givetvis mångfacetterad och har en djup personlig innebörd för kvinnan och hennes närmaste. Ingreppet innebär en oåterkallelig förlust av den reproduktiva förmågan och kan inte reduceras till ett medicintekniskt problem. Vad Fisher illustrerar är hur frågan behandlas som ett förment biomedicinskt problem, men hur det ändå är lätt att se att andra överväganden kommer in. Exempelvis genomfördes ingreppet på hälften av de kvinnor som kom till kliniken i den öppna hälsovården (ofta med stöd från sociala myndigheter), medan ingen av de patienter man följde vid en universitetskliniken, dit patienterna rekryterades via den privata sjukvården, genomgick en sådan operation. Istället behandlades de på alternativa sätt. Detta utfall förefaller inte slumpmässigt och i analysen av samtalen visar Fisher bland annat hur beslutet om ingreppet kommer att färgas av patientens sociala situation. Fattiga kvinnor med många barn tenderade att bli opererade (och därmed steriliserade), medan detta inte var fallet för andra patientgrupper. Det

är omöjligt att förstå detta utfall på annat sätt än att bedömningarna från klinikernas sida innehöll andra element än rent biomedicinska.

Fisher illustrerar också hur blivande gynekologer, varav i USA vid denna tid över 90 procent var män, kan få en bild av livmodern och dess funktion som har en ensidig utgångspunkt i ett biomedicinskt perspektiv där reproduktionen framhävs som det enda intressanta i sammanhanget. I en mycket spridd lärobok i gynekologi heter det exempelvis: No drastic results are found following the removal of the uterus ... Indeed, it should be not construed as callous if many gynecologists feel that, in woman who has completed her family, the uterus is a rather worthless organ (Novak et al., 1970, citerad i Fisher, 1993, s. 178).

I en artikel i ett specialnummer av *Obstetrics and Gynecology* uttrycker sig utgivaren på följande sätt: "The uterus has but one function: reproduction. After the last planned pregnancy the uterus becomes a useless, bleeding, symptomproducing, potentially cancer-bearing organ and therefore should be removed." (Larned, 1977, s. 199, citerad i Fisher, 1993, s. 178). Fishers poäng är att med studerandes exponering för ett biomedicinskt språk med sådana antaganden, och med en så manlig dominans i kåren av gynekologer, kommer samtalen att hamna långt ifrån kvinnors erfarenheter och besluten därför i realiteten att styras av andra än kvinnorna själva.

Dessa exempel från litteraturen illustrerar en, enligt vår mening, kritisk och därmed mer fruktbar forskning om relationen mellan kön och bemötande i vården. Genom att bearbeta autentiska data från konsultationer, och genom att välja ett medvetet könsperspektiv, kan man göra synliga de mekanismer i vårdsamtal som innebär makt och dominans och som i ogynsamma fall leder till att människor möter ett sätt att diskutera sin hälsa och sitt liv som de inte känner igen eller kan hävda sig mot. Förändringsarbete i dessa frågor måste enligt vår mening bedrivas genom en öppen debatt och den forskning vi använt som exempel utgör illustrationer av hur en sådan debatt kan stimuleras av forskningsresultat.

Sammanfattning

Litteraturfloran om vårdkommunikation befinner sig under stark utveckling och den litteratur vi använt utgör endast en bråkdel. Den har också en del inbyggda skevheter i relation till svenska (skandinaviska) förhållanden och villkor. Forskningen om vårdkommunikation domineras kraftigt av amerikanska aktörer och av amerikanska perspektiv. Den svenska forskning som dokumenterar hur vårdsamtal bedrivs och hur vårdbeslut faktiskt går till är mycket ringa. Den totalt dominerande delen av forskningen avser dessutom kommunikation mellan patienter och läkare och redan detta kan ses som uttryck för en ordning som innehåller en klar hierarki som inte är neutral i könsmässig bemärkelse. Ur vår utgångspunkt är det dessutom intressant att notera att den tämligen omfattande vårdforskning som vuxit upp i landet likaså har ägnat relativt litet intresse åt vårdkommunikation och än mindre åt könsdimensionen.

En ytterligare spännande aspekt av de resultat vi presenterat är att det finns ringa intresse för att dokumentera könsperspektivet ur patientens synvinkel på vård och bemötande. De undersökningar man genomför tenderar att komma fram till att de flesta människor rapporterar att de är nöjda med vårdens sätt att bemöta dem. Trots detta fortsätter kommunikativa problem att framstå som en vanlig anledning till klagomål. Det ligger nära till hands att anta att undersökningsresultaten avspeglar vad man finner inom andra områden; människor tenderar att svara med allmänt positiva och instämmande svar när man blir tillfrågad om vad man varit med om. En mer kritiskt anlagd forskningsstrategi som analyserar faktiska förlopp synes ha betydligt större möjligheter att ge insikt i hur vårdpraktik bedrivs och vilket bemötande olika grupper får.

Kommunikation är ett avgörande inslag i de flesta vårdsituationer och framgångsrik behandling förutsätter att interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare i kliniska miljöer fungerar tillfredsställande. Brister i kommunikation och information är också en av de vanligast förekommande anledningarna till klagomål på vården. Här ges en översikt över den internationella forskning som behandlar det kommunikativa samspelet mellan vårdgivare (i första hand läkare, eftersom det är läkarsamtalet som framför allt uppmärksammas i vetenskapliga studier) och medborgare. I genomgången läggs tonvikt på frågor om samspelet mellan kön (hos vårdgivare såväl som medborgare) och det kliniska samtalets utformning och förlopp.

Genomgången visar att det finns tydliga tecken på att kommunikation i klinisk praktik i vården påverkas av parternas kön, även om resultatbilden inte är entydig. Ett axblock bland resultaten ger vid handen att kvinnliga läkare i de flesta studier visar sig ha en annorlunda kommunikativ strategi än manliga kollegor. Denna strategi innebär att man är mer inriktad på att försäkra sig om patientens aktiva medverkan i samtalet och man strävar likaså efter en bredare förståelse av patientens problem genom att exempelvis knyta an till patientens psykosociala situation. Man lämnar också större utrymme åt patienten. På vårdtagarsidan framgår bland annat att kvinnor, särskilt yngre, föredrar att möta kvinnliga läkare vid vårdbesök och denna preferens blir än tydligare vid vad man uppfattar som könsspecifika hälsoproblem. Samtidigt kan konstateras att huvuddelen av forskningen om patientbemötande i vården utförts i USA med ett annorlunda hälsovårdssystem och med andra attityder till frågor som rör hälsa och hälsovård. Forskningen i Europa är föga omfattande och i Skandinavien/Sverige finns mycket få systematiska studier av hur patientbemötandet faktiskt ser ut.

1) **Note.** Vi vill rikta ett varmt tack till temabiblioteket vid Linköpings universitet för deras insatser i samband med framställningen av denna litteraturoversikt. Christina Brage och Rosmari Malmgård arbetade snabbt och effektivt, som vanligt.

Referenser

- Hälso- och sjukvårdslagen. (SFS 1982:763) (SFS 1985:560)
- Hälsa ohälsa och språk**
- Alderman, M., Charlson, M. & Melcher, L. - Labelling and absenteeism : the Massachusetts mutual experience. *Clinical Investigative Medicine* 1981;4:165-171.
- Carlsson, B. & Isacson, Å. - *Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning : en studie av patientens ställning och av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*. Lund : Bokbox, 1989.
- Frankel, R.M. - The laying on of hands : aspects of the organization of gaze, touch, and talk in a medical encounter. I: Todd, A.D. & Fisher, S. (Eds.) - *The social organization of doctor-patient communication*. Norwood, Nj. : Ablex Publ. Co., 1993. S.:71-105.
- Frankel, R.M. & Beckma, H.B. - Conversation and compliance : an application of microanalysis in medicine. I: Dervin, B. (eds.) et al - *Rethinking communication*. Vol 2: *Paradigm exemplars*. Newbury Park, Calif. : Sage in cooperation with the International Communication Ass., 1989. S.:60-74.
- Hetzler, A. - Kvinnor i arbetslivet : skaderisker och ersättningschanser. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1989(1):24-33.
- Johannisson, K. - *Den mörka kontinenten : kvinnan, medicinen och fin-de-siecle*. Stockholm : Norstedts Förlag AB, 1994.

- Johannisson, K. - Sjukdom som kulturell konstruktion. *Tvårsnitt* 1990(1):26-33.
- Kullman, S. & Svärdsudd, K. - Differences in perceived symptoms/quality of life in untreated hypertensive and normotensive men. *Scandinavian Journal of Primary Health Care. Supplement* 1990;Suppl(1):46-54.
- Maheux, B. et al. - Female medical practitioners : more preventive and patient oriented? *Medical Care* 1990;28:87-92.
- Mishler, E.G. - *The discourse of medicine : dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ. : Ablex Publ. Co., 1984.
- Petersson, G. - *Arbetskadeförsäkring : politik, byråkrati och expertis*. Linköping : Tema, Univ., 1994. (Linköping Studies in Arts and Science 124). Diss.
- Sund, B. & Åmark, K. - *Makt och arbetsskador under 1900-talet*. Stockholm : Carlsson, 1990.
- Säljö, R. - Språk som bild och språk som handling : metaforer i kampen om verkligheten : promotionsföreläsning, 1992. I: *Promotions- och hedersdoktors-föreläsningar 1991-1993 : anteckningar inför föreläsningar*. Linköping : Filosofiska fakulteten, Univ., 1994. S.:25-31.
- West, C. - Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Social Science & Medicine* 1993;36(1):57-66.
- Vård, kommunikation och kön**
- Bertakis, K.D. et al. - The influence of gender on physician practice style. *Medical Care* 1995;33:407-416.
- Hirdman, Y. - Genussystemet : reflektioner kring kvinnors sociala underordning. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1988(3):49-63.
- Kletke, P., Marder, W. & Silberger, A.B. - The growing proportion of female physicians : implications for US physician supply. *American Journal of Public Health* 1990;80:300-304.
- Kullberg, C. - *Socialt arbete som kommunikativ praktik : samtal med och om klienter*. Linköping : Tema, Univ., 1994. (Linköping Studies in Arts and Science 115) Diss.
- Larsson, U.S. et al. - Patient involvement in decision-making in surgical and orthopaedic practice : effects of outcome of operation and care process in patients' perception of their involvement in decision-making process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1992;6(2):87-96.
- Sherman, S. E. et al. - *Annotated bibliography of doctor-patient communication of the task force on doctor and patient*. West Haven, Conn. : Bayer Institute for Health Care Communication, 1995.
- Street, R.L. Jr. - Communication in medical consultations : a review essay. *Quarterly Journal of Speech* 1990;76(3):315-332.
- Svarstad, B.L. et al. - Gender differences in the acquisition of prescribed drugs : an epidemiological study. *Medical Care* 1987;25(11):1089-1098.
- Waitzkin, H. - Doctor-patient communication : clinical implications of social scientific research. *The Journal of the American Medical Association* 1984;252:2441-2446.
- Waitzkin, H. - On studying the discourse of medical encounters : a critique of quantitative and qualitative methods and a proposal for reasonable compromise. *Medical Care* 1990;28(6):473-488.
- Patientperspektiv på vårdkommunikation och vård med utgångspunkt i läkarens kön**
- Ackerman-Ross, F.S. & Sochat, N. - Close encounters of medicalkind : attitudes towards male and female physicians. *Social Science & Medicine* 1980;14:61-64.

- Bensing, J.M., van den Brink-Muinen, A. & de Bakker, D. - Gender differences in practice style : a Dutch study of general practitioners. *Medical Care* 1993;31:219-229.
- Delgado, A., Lopez-Fernandez, L.A. & Dios Luna, J. de. - Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Medical Care* 1980;31:795-800.
- Elstad, J.I. - Women's priorities regarding physicians behavior and their preference for a female physician. *Women & Health* 1994;2:1-19.
- Fennema, K., Meyer, D.L. & Owen, N. - Sex of physician : patients' preferences and stereotypes. *The Journal of Family Practice* 1990;30:441-446.
- Graffy, J. - Patient choice in a practice with men and women general practitioners. *British Journal of General Practice* 1990;40:13-15.
- Kelly, J.M. - Sex preference in patient selection of a family physician. *Journal of Family Practice* 1980;11:427-430.
- Nichols, S. - Women's preferences for sex of doctor : a postal survey. *Journal of the Royal College of General practitioners* 1987;37:540-543.
- Wallen, J., Waitzkin, H. & Stoeckle, J.D. - Physician stereotypes about females health and illness : a study of patient's sex and the informative process during medical interviews. *Women and Health* 1979;4:135-146.
- Van Den Brink-Muinen, A., De Bakker, D.H. & Bensing, J. - Consultations for women's health problems : factors influencing women's choice of sex of general practitioner. *British Journal of General Practice* 1994;44:205-210.
- West, C. - Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Social Science & Medicine* 1993;36(1):57-66.
- Kliniskt arbetssätt och kommunikativa mönster hos kvinnliga respektive manliga läkare**
- Arborelius, E. & Bremberg, S. - What does a human relationship with the doctor mean? *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1992;10:164-169.
- Aronsson, K. & Larsson, U.S. - Politeness strategies and doctor-patient communication : on social choreography of collaborative thinking. *Journal of Language and Social Psychology* 1987;6:1-27.
- Bensing, J.M., van den Brink-Muinen, A. & de Bakker, D. - Gender differences in practice style : a Dutch study of general practitioners. *Medical Care* 1993;31:219-229.
- Bertakis, K.D. et al. - The influence of gender on physician practice style. *Medical Care* 1995;33:407-416.
- Brännström, I., Persson, L.Å. & Wall, S. - Gender and social patterning of health : the Norsjö cardiovascular preventive programme in Northern Sweden 1985-1990. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1994;12:155-161.
- Cypress, B.K. - *Characteristics of visits to female and male physicians*. Hyattsville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. 1980. (Vital and Health Statistics, Series 13, no.49)
- Engel, G.L. - The biopsychosocial model and medical education : who are to be the teachers? *New England Journal of Medicine* 1982;306:802-805.
- Fisher, S. - Institutional authority and the structure of discourse. *Discourse Processes* 1984;7:201-224.

- Franks, P., Clancy, C.M. & Naumburg, E.H. - Sex, access, and excess. *Annals of Internal Medicine* 1995;123.
- Hall, J.A. et al. - Gender in medical encounters : an analysis of physician and patient communication in primary care setting. *Health Psychology* 1994;13:384-392.
- Hall, J.A. et al. - Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Medical Care* 1994;32:1216-1231.
- Hall, J.A., Roter, D. & Katz, N.R. - Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care* 1988;26:657-675.
- Johanson, M. - *Communicating about health in health care : perspectives on life style and post-operative complications*. Linköping : Tema, Univ., 1994. (Linköping studies in Arts and Science 116). Diss.
- Johanson, M. et al. - Addressing life style in primary health care. *Social Science & Medicine*. (in press).
- Johanson, M. et al. - Lifestyle in primary health care discourse. *Social Science and Medicine* 1995;40:339-348.
- Keane, D. et al. - Female and male physicians : different practice profiles. *Canadian Family Physician* 1991;37:72-81.
- Larsson, U.S. - *Being involved : patient participation in health care*. Linköping : Tema, Univ., 1989. (Linköping Studies in Arts and Science 36) Diss.
- Larsson, U.S., Säljö, R. & Aronsson, K. - Patient-doctor communication on smoking and drinking : lifestyle habits in medical consultations. *Social Science & Medicine* 1987;25:1129-1137.
- Larsson, U.S. et al. - Lifestyle discourse in primary health care : talking about smoking and drinking. In: Benzing, J, Larsson, U.S. & Szecsenyi, J (eds.) - The quality of doctor-patient communication in general practice (i tryck). *Scandinavian Journal of Primary Health Care. Supplement*. (i tryck)
- Linell, P. - The power of dialogue dynamics. I: Markova, I. & Foppa, K. (Eds.) - *The dynamics of dialogue*. New York : Harvester Wheatsheaf, 1990. S.:147-77.
- Maheux, B. et al. - Female medical practitioners : more preventive and patient oriented? *Medical Care* 1990;28:87-92.
- Meeuwesen, L., Schaap, C. & van der Staak, C. - Verbal analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine* 1991;32:1143-1150.
- Roter, D., Lipkin, M. & Korsgaard, A. - Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care* 1991;29(11):1083-1093.
- Smith, D. G. & Pettegrew, L. - Mutual persuasion as a model for doctor-patient communication. *Theoretical Medicine* 1986;7:127-146.
- Street, R.L. Jr. - Communication in medical consultations : a review essay. *Quarterly Journal of Speech* 1990;76(3):315-332.
- Todd, A. D. - *Intimate adversaries : cultural conflict between doctors and women patients*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1989.
- Weisman, C.S. & Teitelbaum, M.A. - Physician gender and physician-patient relationship : recent evidence and relevant questions. *Social Science & Medicine* 1985;20(11):1119-1127.
- Vårdkommunikation, makt och kvinnliga/manliga erfarenheter**
- Aronsson, K. & Larsson, U.S. - Politeness strategies and doctor-patient communication : on social choreography of collaborative thinking. *Journal of Language and Social Psychology* 1987;6:1-27.

- Aronsson, K., Larsson, U.S. & Säljö, R. - Clinical diagnosis and the joint construction of a medical voice. I: Markova, I. & Farr, R. (eds.) - *Representation of health, illness and handicap*. Chur : Harwood Academic Publishers, 1995. S.:131-144.
- Fisher, S. - Doctor talk/patient talk : how treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication. I: Fisher, S. & Todd, A.D. (Eds.) - *The social organization of doctor-patient communication*. Norwood, NJ : Ablex Publ. Corp, 1993. S.:161-209.
- Fisher, S & Todd, A.D. - Friendly persuasion : negotiating decisions to use oral contraceptives. I: Fisher, S. & Todd, A.D. (Eds.) - *Discourse and institutional authority : medicine, education and law*. Norwood, NJ. : Ablex Publ Corporation, 1986. S.:3-25.
- Kjellgren, K., Ahlner, J. & Säljö, R. - Taking antihypertensive medication : controlling or co-operating with patients. *International Journal of Cardiology* 1995;47:257-268.
- Larned, D. - The epidemic in unnecessary hysterectomy. I: Dreifus, C. (ed.) - *Seizing our bodies : the politics of women's health*. New York : Vintage Books, 1977.
- Larsson, U.S. - *Being involved : patient participation in health care*. Linköping : Tema, Univ., 1989. (Linköping Studies in Arts and Science 36). Diss.
- Linell, P. - The power of dialogue dynamics. I: Markova, I. & Foppa, K. (Eds.) - *The dynamics of dialogue*. New York : Harvester Wheatsheaf, 1990. S.:147-77.
- Melander Marttala, U. - *Innehåll och perspektiv i samtal mellan läkare och patient : en språk och samtalsanalytisk undersökning*. Uppsala : Institutionen för nordiska språk, Univ., 1995 (Skrifter utg. av Institutionen för nordiska språk, Uppsala universitet, 39). Diss.
- Mishler, E.G. - *The discourse of medicine : dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ. : Ablex Publ. Co., 1984.
- Novak, E.R. et al. - *Novak's textbook of gynecology*. Baltimore : Williams and Wilkens, 1970.
- Säljö, R. - Att ringa till myndigheten : om samtal och samspel i offentlig service. I: *Forskning om den offentliga sektorn : forskningsantologi / utgiven av Arbetsgruppen för forskningsfrågor, Civildepartementet*. Stockholm : Allmänna förl., 1992. S.:139-155
- Todd, A.D. - The prescription of contraception : negotiations between doctors and patients. *Discourse Processes* 1984;7:171-200.
- Waitzkin, H. - *The politics of medical encounters : how patients and doctors deal with social problems*. New Haven : Yale University Press, 1991.
- West, C. - Not just 'doctors' orders' : directive-response sequences in patients' visits to women and men physicians. *Discourse & Society* 1990;1(1):85-112.
- West, C. - Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Social Science & Medicine* 1993;36(1):57-66.

3 Genuskonstruktion i hierarkiska organisationer

Författare: Gerd Lindgren, Arbetslivsinstitutet

Det här kapitlet är en teoretisk och helt igenom kvalitativ beskrivning av hur könsordningen verkar på organisationsnivån. Den teoretiska ansats som här presenteras är en bearbetning och precisering av den teori om "genusordningen" som mer övergripande presenterades i Maktutredningens huvudbetänkande (SOU 1990:44). De empiriska exemplen är i huvudsak hämtade från mitt bidrag till denna utredning, men jag har också gjort andra och fördjupade tolkningar av det material som då insamlades (Lindgren 1992). Nytt kvalitativt material från aktuell pågående forskning har även tillfogats vilket gjort att den teoretiska tolkningen utvecklats och i vissa aspekter radikalt förändrats (Lindgren 1996).

Jag har valt att göra den teoretiska framställningen i idealtypisk form. Komplicerade processer genom vilka genus "spelar spratt" i den vardagliga sjukvårdspraktiken – utan att någon av kontrahenterna medvetet eller avsiktligt vill eller önskar detta – beskrivs som renodlade och därmed kraftigt förenklade typhändelser. Inom sociologin är sådana idealtypiska framställningar klassiska sätt att illustrera de verksamma mekanismerna i komplexa fenomen (Lindskoug 1979). Idealtyperna är alltså inte beskrivningar av faktiska verkliga skeenden, utan teoretiska illustrationer som antas ha motsvarigheter i denna verklighet. Jag vill redan inledningsvis säga att en framställning i denna form lätt blir generalistisk och i viss mån provocerande. Men, mitt syfte är att synliggöra centrala drag i ett på ytan ytterst motsägelsefullt och kontroversiellt fenomen och med det målet i sikte går jag oförskräckt till verket och drar ut de teoretiska resonemangen till sin yttersta konsekvens.

De idealtypiska illustrationerna lyfter fram de okända men systematiskt återkommande tolkningsregler som tycks ligga till grund för de inblandade aktörernas handlingar. Som enskilda aktörer blir vi alla lätt "offer" för influenser från genusordningen och andra relevanta maktförhållanden. Men som forskare menar jag att vi har, när sammanhangen och aktörerna är kända, vissa teoretiska och faktiska kunskaper, som gör att vi åtminstone kan skissera vad som sannolikt kan komma att ske (Strauss 1987, Starrin m fl 1991). (I kvalitativa studier baserade på öppna intervjuer och observationer så är syftet just att generera

hypoteser som kan provas med för detta ändamål lämpliga metoder.) Följden av hur aktörerna kommunicerar och tolkar varandras handlingar får sammantaget konsekvenser för hur arbetsorganisationerna reproduceras, utvecklas och förändras. Ett avtryck från dessa sammanhang utgör bland annat det könssegregeringsmönster och den makthierarki som utmärker hälso- och sjukvården och de flesta andra arbetsorganisationer.

Att lokalisera ramarna och reglerna bakom kommunikation, möten och samspel mellan kvinnor och män är därför med tanke på arbetslivets seglivade könssegregeringsmönster ett verkligt spännande detektivuppdrag. Forskningen inom området är inne i en nydanande expansionsfas (Silius 1989, Kvande & Rasmussen 1990, Wahl 1992, Roman 1994, Blomquist 1994, Cockburn 1991 m fl). Den ständigt närvarande tendensen till könssegregering har alltmer accepterats som något man i utgångsläget har att räkna med. Varje litet spår som kan leda till att denna "intrigs" djupare drivkrafter avslöjas är därför värt att följas, synas och diskuteras.

Begränsningar blir nödvändiga och här skall enbart arbetsplatsen fokuseras. Alla andra platser och sammanhang där genus formas och formar faller utanför strålkastarkägglan i den här framställningen. Inte för att dessa sammanhang är oviktigare utan för att uppgiften är stor nog ändå!

Maktförhållanden och samspel

Samhället präglas av historiskt utmejslade maktförhållanden och dessa bildar tillsammans en väsentlig del av den fundamentala ramen för i stort sett alla typer av mänskliga samspel. Två centrala maktbaser framträder tydligt och det är de som kulturellt kommit att förknippas med köns- och klasstillhörighet. (Jag utelämnar etnicitet, trots att denna dimension också är ytterst central i maktsammanhanget. Den har vidare blivit alltmer påtaglig i organisationernas segregeringsmönster, framför allt i den privata sektorn.) Genusordningen är den mest fundamentala av dessa. Rent generellt kan vi beskriva den som en grundläggande bestämning av vad som betraktas som manligt respektive kvinnligt i ett bestämt kulturellt/historiskt sammanhang. Det råder en ganska bred enighet bland forskare om genusordningens två logiska principer: 1) tendensen att könen hålls isär eller har olika platser (genom segregering, arbetsdelning etc.) och 2) tendensen att det manliga är primärt och utgör normen (vad män gör har högre värde än vad kvinnor gör, även +

då de gör samma saker) (Hirdman 1988 och 1990, Lindgren 1992, Holmberg 1993). Dessa två principer blir synliga som en gemensam bas i de "ramar" inom vilka kvinnors och mäns handlingar tolkas och värderas. Handlingar av män respektive kvinnor uppfattas av omgivningen och av aktörerna själva på olika sätt, de könsmärks helt enkelt, och detta blir bara begripligt mot bakgrund av att könen har olika platser och att ett assymetriskt maktförhållande råder (i enlighet med principerna ovan). Genusordningen kan studeras som en övergripande struktur, eller ett mönster inom vilket mäns och kvinnors platser och relativa positioner i olika hierarkier beskrivs eller den kan som här undersökas mer närgånget som den verkar i samspelet bland män och kvinnor. Då kan vi istället tala i termer av ett standardkontrakt mellan könen (Haavind 1982 och 1987, Holmberg 1993). Det betecknar inte något medvetet överenskommet mellan likvärdiga parter utan är snarare ett begrepp för den uppsättning handlingsdispositioner som ösökt brukas i samspelet mellan könen därför att det faller sig naturligt eller upplevs som självklart. Standardkontraktets oskrivna regler blir därför synliga först när någon bryter mot dem genom de sanktioner som då brukar komma till uttryck.

Man kan också tala om genusordningen på olika analytiska nivåer; på samhälls/historisk, på institutionell och på individuell nivå. Det är i första hand på den andra av dessa nivåer som jag kommer att röra mig framledes. Jag använder alltså standardkontrakt för att konkretisera genusordningen på arbetsplatsnivå, eller som ett sätt att se det betydligt vidare historiska begreppet genusordning i samspeletsrelationer här och nu.

För att se hur standardkontraktet inramar samspelet mellan könen är det lämpligt att ta utgångspunkt i parrelationen. Om vi undersöker vad som bestämmer parternas tillfredsställelse i ett förhållande, och hur de relaterar till varandra för att upprätthålla tvåsamheten så finner vi som regel att de flesta äktenskap upplevs som ganska bra – både mannen och kvinnan tycker att de får ut ungefär lika mycket som de ger i relationen (Haavind 1982). Forskning visar dock att bakom denna föreställning finns en assymetrisk utgångspunkt som just är standardkontraktet per definition. Det innebär i korthet följande: "För den kvinnliga parten gäller att hennes handlingar i relationen till honom värderas i förhållande till om de är överordnade hennes handlingar i övriga relationer som hon ingår i. För honom gäller det omvända. Hans handlingar i relationen till henne värderas utifrån att alla hans övriga relationer är överordnade parrelationen" (Haavind 1982 s158). Detta är inte en beskrivning av hur det är utan snarare en utgångspunkt som paret arbetar sig bort ifrån. Om han tex i någon situation låter förhål-

landet till henne vara överordnat, så upplevs det helt enligt standardkontraktet som om han "ger" henne något. Om hon å andra sidan arbetar för att han skall ta större hänsyn till hennes övriga åtaganden så verkar det som om hon "får" någonting om han går med på det, alternativt utövar makt mot honom om han motsätter sig det. Standardkontraktet är med andra ord mansvänligt och när han erbjuder henne mer än kontraktet utlovar så tolkas det som en personlig eftergift till henne. Parternas upplevelse av kärleken följer det outtalade standardkontraktets regler. Därmed blir de båda fångade i en ram. Om hon prioriterar övriga relationer så tolkas det som ett tecken på att hon inte älskar honom medan den motsatta tolkningen gäller för honom. Han satsar på jobbet för hennes skull, för att han älskar henne. I förlängningen av standardkontraktet blir det också begripligt att hans relationer till arbetskamrater (andra män) får överordnad betydelse relativt vad som sker inom parrelationen.

Omgivningens tolkning är också den kontraktssenlig: "För utanförstående blir paret som "delar lika" lätt förstådda som att: Han är väldigt lite karriärupptagen, öm och hänsynsfull, intresserad av barnen, duktig i hushållsarbetet osv., medan hon är tämligen äregirig, relativt kylig och sval i förhållande till barnen, opraktisk, ointresserad av hushållssysslor osv. osv" (Haavind 1982 s 159) När parterna upplever att de får igen i stort sett vad de ger så betyder det oftast att de normerat sina förväntningar i relation till just standardkontraktet, dvs det normala.

Standardkontraktet finns m a o som en normativ struktur kring i stort sett alla samhandlingssituationer. Det exemplifieras nog lättast i parrelationerna men är troligen mest verkningsfullt i arbetsplatsernas vardagsliv genom inflytandet på de tolkningar som där tillskrivs mäns och kvinnors handlingar. Jag återkommer till detta men först några ord om det andra centrala maktförhållandet som inramar mänskligt samspel – klasstillhörigheten.

Uppväxtmiljön och dess sociala villkor gör ett livslångt avtryck i oss. Den präglar vår självbild på djupet och följer oss genom livet som en sorts beredskap och disposition till handlande i olika situationer. Denna internaliserade handlingsbenägenhet kallar jag fortsättningsvis "habitus" (Bourdieu, 1986). De som har liknande habitus attraheras och dras till varandra. De förstår, gillar och identifierar sig med varandra, medan de misskänner "de andra" som på olika sätt är annorlunda, främmande och ibland kanske skrämmande. Det sätt på vilket människor kommunicerar med varandra är därför omedvetet reglerat också efter denna princip. Resultatet av samhandlandet ser ofta ut som om det föregåtts av målmedvetna val. Samhällsordningen där olika habitus-

grupperingar finns ansamlade i olika statusdimensioner och yrkeskategorier är så systematisk att slumpen omöjligt kan förklara den. Trots detta så tänker människor inte i dessa banor när de förstår sin egen levnadsbana. De tycker att det var tillfälliga händelser och personliga egenskaper som gav den dess utformning. Men bakgrund och uppväxtmiljö och den habitus den gett har haft inflytande på deras liv, som när en magnet ordnar järnfilspånen i ett bestämt mönster.

När människor kommunicerar med varandra så reproducerar, repeterar och bekräftar de varandras habitus om och om igen. Livet tillsammans med dem som har samma habitus är därför om inte trivsamt, så åtminstone bekant och enkelt och det gör att de flesta människor utan djupare reflektion söker sig till sina gelikar (Goffman 1988, Bourdieu 1989, Asplund 1987, Bernstein 1975). Detta gäller vid såväl val av yrkes- som statusposition, äktenskapspartner och fritidssysselsättning.

Men förutom att vi på något sätt själva bär med oss och upprätthåller köns- och habitusordningarna så befästs de också i de samhälleliga institutionerna. De som tillhör vissa habitusgrupper dominerar organisationerna och de är dessutom oftast män. Det betyder att det utvecklas t.ex. ledarbestämningar som är skraddade för just män med viss habitus (Wahl 1992). Kvinnor och män från lägre sociala skikt får svårigheter att nå den övre delen av samhällspyramiden. De saknar kontakterna, språket, och symbolerna och anses inte rätt disponerade. Av tradition kvinnodominerade yrkeskategorier är å andra sidan oftast könsmärkta som underordnade och därmed inte attraktiva för män. Ofta behövs det tekniska, statusmässiga (uppåt eller neråt) eller andra påtagliga förändringar i en köns- och habitusmärkt verksamhet för att den skall attrahera eller öppnas för andra kategorier (Florin 1987).

Personalgrupperna i sjukhusvården är också de ordnade efter klass- och kön i enlighet med dessa principer. Längst upp i hierarkin finns företrädesvis män på de medicinska högstatuspositionerna, och dessa är vanligen rekryterade från det övre samhällsskiktet. I mitten finns mellanskiktet representerat, till övervägande delen kvinnor – sjuksköterskorna, och på den lägsta nivån finns också övervägande kvinnor – undersköterskor rekryterade från lägre mellanskikt, arbetar- eller småbrukarmiljöer. De tre huvudgrupperna inom sjukhusvården är alltså olika både ifråga om habitus- och könsdominans (Lindgren 1992, 1996).

Positionsmakt och gränskonflikter

Positionsmakt är knutet till själva hierarkin och den ställning en roll intar i denna. I gränslandet mellan olika positioner/roller tangerar och nöts dock innehavarna ständigt mot varandra. Men de nöts inte bara mot varandra som positionsinnehavare utan också som bärare av olika habitus och genus (Bourdieu 1989, Brante 1994).

På en hypotetisk sjukhusklinik/avdelning kan vi anta att alla anställda är införstådda med sin maktposition relativt andra grupper. Positionerna medför förutom olika lön också olika arbetsuppgifter, befogenheter, inflytande och status i verksamheten kring patienterna. Att positionsmakten på detta sätt är olika och rangordnad är vanligen inte något som öppet ifrågasätts.

Vid en närmare granskning kan jag ändå säga att det försiggår en sorts maktkamp i nötingen mellan positionerna. Denna "gränskonflikt" kommer till uttryck i samtalen/småpratet inom grupperna. De som är underordnade tycks undersöka och testa gränserna kring sin position i syfte att uppvärdera sig själva i förhållande till de som står närmast i status och inflytande. Jag har intryck av att dessa gränskonflikter är frekventare mellan kvinnodominerade positioner. Det kan finnas många förklaringar till detta, men den troligaste är att kvinnor av tradition inte erkänner rangordning så självklart som män tycks göra. Jag vill inte kalla det en "jentelag" direkt, men det har något att göra med kvinnors krav på högre grad av likhet och egalitet (se avsnittet om underordningstablån nedan).

"Gränskonflikter" av det slag jag har stött på i min forskning via intervjuer och observationer kan vara påtagliga och erkänt förekommande på arbetsplatsen men mitt intryck är att de oftare verkar i det dolda. Jag skall ge några exempel som visar hur de kommer till uttryck i vardagsnötingen mellan positionerna.

Hela problematiken kring gränskonflikter och den energi den kräver av de inblandade bottnar i den vertikala hierarkin som struktur. När de inblandade har rangordnade och olika värderade områden finns alltid oenighet om, och risk för kränkning av gränser. Team- eller projektorganiserad verksamhet syftar till att eliminera sådana konflikter, men inom hierarkiska strukturer blir dessa "öar" lätt offer för "smitta" och fungerar då i praktiken som minihierarkier. Framför allt av det skälet att de som ingår i teamet så fort tillfälle bjuds ändå i huvudsak föredrar sin egen grupp.

Exempel 1 Undersköterskorna menar att de vistas i det direkta kroppsnära omvårdnadsarbetet, de tar hand om patienterna så att de har det bra, torrt och rent. De tycker att deras kompetenser ofta är underskattade av de andra personalgrupperna. De menar också att en sjuksköterska nog inte kan ersätta dem, eftersom hon saknar "handgreppet". De anser att hon utbildat sig bort från det konkreta, kommit på för långt avstånd från patienterna eller blivit för teoretisk. Samtidigt har också undersköterskorna en uppfattning om att det anses finare att vara sjuksköterska. En sjuksköterska har ju längre utbildning mer ansvar och har satsat mer på sitt jobb.

Undersköterskorna ger också uttryck för att sjuksköterskorna är annorlunda i andra avseenden. Därför känner de ibland ett visst främlingskap inför sjuksköterskorna som jag menar kan härledas till habitusskillnader. Undersköterskorna är till följd av denna känsla ofta lite obekväma tillsammans med sjuksköterskorna. I det gemensamma fikarummet håller de sig då i bakgrunden och blir en sorts publik till sjuksköterskornas samtal och de letar efter platser där de kan småprata enbart med sin egen grupp.

Undersköterskorna uttrycker också förståelse för sjuksköterskornas behov av att i viss mån markera sitt större ansvar. De förstår att de inte vill gå ut på avdelningen och bära ett bäcken. Det skulle vara liktydigt med att degraderas. Alla skulle ju då tro att det "bara" var en undersköterska eller ett biträde. Liknande scener har undersköterskorna själva agerat i. Även om de ofta viftar bort sådana situationer, så berättas de ändå med en stor portion harm. Ett tydligt exempel på statusförlust utgör städarbetet. Undersköterskorna tycker att det var bättre på den tiden då städarbetet inte ingick i deras omedelbara ansvar, då städerskan arbetade helt utanför vårdarbetslaget.

"Jag var inne och skurade golv på en sal...och då var det en patient som hade en sond som vi skulle dra ut och jag sa till patienten att; jag skall göra det där så fort jag är klar (med golvet) för det var ju jag som hade det ansvaret. Då sa patienten; men, får vem som helst göra det här? Då fick jag ju förklara att jag var undersköterska" (Lindgren 1992 s. 26).

Det är viktigt för undersköterskorna att inte tappa ansiktet inför patienterna. De vet givetvis att de står lägst i rang i vårdhierarkin, men de anser att de står över städerskan och detta förtjänar markeras inför patienterna. Undersköterskorna är för patienterna viktiga personer men det omvända gäller i minst lika hög grad. Patienternas uppskattning och tacksamhet kompenserar på sätt och vis undersköterskorna för deras ställning i hierarkin.

Exempel 2 Sjuksköterskorna å andra sidan, befinner sig i hierarkins mittfält. De bevakar sin position nedåt mot undersköterskorna och uppåt mot läkarna. En önskan om att uppvärdera den egna gruppen är också här påtaglig. De vill ha klara gränser gentemot undersköterskor och biträden och mer expansiva, töjbara gränser mot de ovanför.

"Undersköterskeutbildningen är kanske lite för låg kunskapsmässigt anser jag...Dom kan bädda och städa men att förstå att man kan lyfta en patient på ett vettigt sätt och förstå varför jag hämtar information från ett ställe och inte ett annat det kan dom inte. Dom saknar helhets-syn som man skulle önska sig för att arbetet skulle flyta lite bättre. Jag tycker att man blir missförstådd väldigt ofta och det är svårt att tillrättavisa dom. Det är inte så stort ansvar som man har som undersköterska...så att många går ju hit, men lägger inte ned så stor energi på jobbet..." (Lindgren 1992 s 30).

Sjuksköterskorna uppskattar undersköterskorna för det jobb de gör, men upplever samtidigt att det är svårt att få dem att förstå vissa samband och att lära dem förhålla sig till sitt jobb på ett effektivt sätt. Sjuksköterskorna har en bred teoretisk omvårdnadskompetens och detta ger dem deras professionella legitimitet och den kunskap med vars hjälp de utför sitt arbete och upprätthåller sin status. Inför undersköterskorna måste de ändå ofta markera sitt kompetensområde.

Exempel 3 Mot yngre läkare behöver sjuksköterskorna också ibland markera gränser och kompetens. Det händer att de säger till den unga läkaren att göra saker som de vet att han/hon inte klarar. Det djupare motivet kan vara att visa att "du skall inte tro att du kan mer än mig", ännu. Sådana handlingar kommer sig av att de yngre läkarna ibland agerar för "kaxigt" eller respektlöst. En rutinerad läkare är i mångt och mycket beroende av sjuksköterskornas kunskaper, och en stor del av sin utbildning får de via sjuksköterskornas praktiska handledning och överinseende. Maktförhållandet mellan dem kommer dock så småningom att växla helt och detta är inte oproblemiskt.

I gränslandet mellan sjuksköterskans och läkarens kompetensområden finns en gråzon, som doktorn kan behärska om han/hon vill och som han/hon kan överlåta till sköterskan om det passar honom/henne. Valet är dock inte aktuellt förrän doktorn fullt ut behärskar sitt ansvarsområde. Då är det läkaren som ytterst bestämmer vem som skall utföra arbetet. Sjuksköterskan kan emellertid undvika att göra vissa saker framförallt om det är arbetsuppgifter som innebär "personlig" service till doktorn. Ett exempel kan vara påklädning av skyddskläder inför en operation. Här kan sköterskan t ex av bara farten hjälpa den manlige

doktorn att knyta banden på ryggen, medan hon tar för givet att en kvinnlig läkare klarar detta själv. Detta sker då ofta osökt, men noteras av kvinnliga läkare därför att det ligger i linje med stereotypa könstolkningar (standardkontraktet).

Olika mönster vad gäller fördelningen av gråzonens uppgifter utvecklas på de hierarkiska arbetsplatserna. Storlek, könssammansättning, patienternas omvårdnadsbehov och medicinsk specialitet etc. är avgörande för vilka rutiner som kan utvecklas. Men det är ofta energikrävande nötningar som äger rum till följd av de kompetensöverlappningar som föreligger.

Två idealtypiska könskonstruktioner

På båda sidor om gränskonflikterna i den hierarkiska organisationen förekommer samtidigt centreringar mot den egna gruppen, tex att undersköterskorna utvecklar en kultur och sjuksköterskorna en annan i vilka de söker bekräftelse för sina kompetenser. Båda processerna pågår samtidigt och tycks förstärka varandra men ju mer bekräftelse som måste hämtas i den egna gruppen desto starkare blir gränskonflikterna och tvärt om. Centrerings mot den egna gruppen blev dock för mig som forskare synbar på grund av de mer uppenbara gränskonflikterna. Jag ska övergå till att redogöra för två idealtyper som illustrerar vad centrerings mot den egna gruppen innebär för organisationen som social konstruktion.

På sin arbetsplats utvecklar också yrkeskategorierna relativt stabila kulturer för definition av det gemensamma och för upprätthållande av gruppens yrkesmässiga område, status och självbild. Inom ramen för dessa kulturer konstrueras också arbetsplatsens olika genuskontrakt. De kvinnliga undersköterskornas och de manliga läkarnas kulturer illustrerar ganska extrema poler på ett sorts "könskontinuum".

Underordningstablå

Bland undersköterskor utvecklas ofta tendenser till kollektivistiska värderingar: "vi är alla lika", och samspelssituationer som syftar till att bekräfta och reproducera denna likhet (Lindgren 1992).

Det kollektivistiska draget i kulturen kan härledas till undersköterskornas relativt likartade levnadsomständigheter och livsstilar, m a o deras habitus och klassbakgrund. Men kulturen reproducerar också deras kontrakt i parrelationen genom att det i "likheten" också ingår förstärk-

ning och bekräftelse av "kvinnlighet" och medlemmarnas uppfattningar om vad som är "en riktig kvinna". Dessa samspelesprocesser är komplexa fenomen i mer än ett avseende. Vi skall börja med att läsa och lyssna till ett samtal bland undersköterskorna i sköljrummet (Exemplet är en utvidgad analys av materialet i Lindgren 1992).

Igår slutade jag ju tidigt så då tog jag och bakade färskt bröd för jag får kaffegäster ikväll. Jag bakade två plåtar kanelbullar och sedan tog jag en promenad med hunden. Det var så fint väder så jag tog den långa rundan. När jag kom hem så hade karln och ungarna redan kommit. (Här utbryter skratt i sköljrummet, varvat med igenkännande nickar). En hel plåt hade dom satt i sig. Det var ju bara tur att jag hade mer jäst hemma. (Lindgren i Starrin m fl 1994 s 103 f)

I den första meningen finns ett ord som kan härledas till habitus hos den som talar. Det är ordet "färskt". Varför säger hon att hon skall baka *färskt* bröd? Markeringen *färskt* (som troligen är osökt) verkar ju vid första påseendet vara fullständigt onödig och trivial. Men ordet finns där, och kanske är det inte en felsägning utan ett ord med mening. Låt oss leka med tanken att ordet är laddat med en bestämd information. Hur skall det då tolkas i sitt sammanhang dvs kontext? Bland undersköterskorna är det ett ideal att det alltid skall finnas hembakt bröd, åtminstone i frysen. En kvinna med deras livsstil vill inte vara utan hembakt bröd om det skulle dyka upp oväntat besök. Hon försöker ha ett lager med diverse kaffebröd i beredskap. I detta fall är det därför troligt att ordet *färskt* finns med i utsagan för att markera att det inte är bristen på brödlager som gör att hon bakar utan hon bakar av andra skäl. Dessa skäl finns också angivna i hennes berättelse. Hon "vet" att gäster skall anlända och då vill hon bjuda på nybakt bröd när de kommer. Också detta är ett ideal bland undersköterskorna och de livssammanhang som de representerar. Hon försöker göra något som särskilt dessa gäster kan tänkas uppskatta, hon tänker alltså på dem i förväg. Förekomsten av det "nybakade" är ett tecken till gästerna att känna sig välkomna och uppskattade. Öväntade gäster är en annan sak, till dem kan man bjuda från det djupfrysta lagret och kanske säga att; "Oh, om jag bara vetat detta då skulle jag ha.....". Det bör framgå av denna tolkning att den "kvinnlighet" som berätterskan signalerar är intervenerad med de livssammanhang som undersköterskorna delar. Klass- och könstillhörighet är på den konkreta nivån just så här intimt sammankopplade.

I en annan grupp tex bland de kvinnliga läkarna på samma arbetsplats, skulle ordet *färskt* troligen inte förekomma annat än som en meningslös felsägning. I den gruppen behövs ingen särskild markering för under-

sköterskornas "kvinnlighet". Bland läkarna är det andra ideal som gäller, även då de bakar bullar, de söker bekräftelse för en kvinnlighet som är mer orienterad mot yrkesrollen. Därmed inte sagt att undersköterskornas ideal inte också skymtar fram bland läkarna, bl.a. som ett dåligt samvete.

Men om vi återvänder till undersköterskornas samspel så sker sedan följande. De inblandade undersköterskorna "samhör" den ram som ligger "inbakad" i berättelsen och under det att denna fortgår tänker de ut egna liknande bidrag (Goffman 1986). Någon av dem berättar om köttfärslimpan som försvann i mannens mage, en annan om efterrättsglassen som var minimerad när den skulle serveras. De hade alla med en avslutning som den i exemplet ovan och markerade att de givetvis kunde fixa det hela och att allt avlöpte väl. De presenterar sig själva som relationsorienterade kvinnor som har omsorg om de sina och som är uppskattade för vad de gör. Jag tolkar bullhistorien som en kärlekshistoria där deltagarna får framställa en ideal kvinnlighet och blir bekräftade för denna av de andras parallellhistorier. De går stärkta ut ur sköljrummet i såväl sin kvinnlighet som i sin habitus.

Man kan se händelsen som en form av rituellt samspel där förmågan att uppfatta den inledande berättelsens ram är en förutsättning för bekräftelse och deltagande i samhörigheten. Förekomsten av denna ram blir därför endast tydlig när någon av de inblandade missuppfattar den, dvs berättar "fel" historia. Någon eller något faller då utanför ramen och de andra deltagarna försöker korrigera misstaget eller tar till kraftigare sanktioner tex utstötning. Vid dessa tillfällen blir felsägaren inte bekräftad av gruppen, och kunskapen om detta lever sedan kvar i deltagarnas kollektiva minne. Men det är mer som konstrueras i medlemmarnas kollektiva minne. I dessa ritualsamspel framgår också tydligt att deltagarna "inom ramen" synkroniserar sig mot en sorts konstruerad "kvinnlighet" som alla kan sluta upp omkring. Men det är samtidigt en stereotyp som ingen av de inblandade i praktiken lever upp till eller ens kan eller vill leva upp till. Stereotypen för kvinnlighet är i ramberättelsen mer i samklang med en traditionell kvinnlighet som är underordnad i äktenskapskontraktet, hon är den givande och ständigt reproducerande som motiveras mer av andras än av sina egna behov. Det förefaller som om undersköterskorna som grupp konstruerar en "kvinnlighet", som får bekräftelse genom och är förnöjsam i en assymetrisk parrelation. Här känner vi igen standardkontraktet och dess kärleksgrund.

Om vi nu betraktar de enskilda gruppmedlemmarna och deras parrelationer så finner vi att de alla i realiteten har distanserat sig från detta

standardkontrakt. Deras män deltar ofta i hushållsarbetet och kvinnorna verkar individuellt för större utrymme åt sig själva och sina intressen. De vet att deras arbete är viktigt för familjens försörjning och de påverkar sina döttrar i riktning mot större självständighet. De förhandlar sig succesivt till en starkare ställning i familjen. (I sina historier så framställer de också sin partner/make i en stereotyp form. Först i de individuella intervjuerna framkommer den mer nyanserade bilden av denne livskamrat.) Även om de inte lyckats rubba standardkontraktet nämnvärt så är det ingen tvekan om att förhandlingar pågår och att de vill något annat.

Det finns alltså en bristande samstämmighet mellan det lilla livets verklighet och det kollektiva talet om denna verklighet, där familjepraktiken förefaller vara mer varierad än dess presentation på arbetsplatsen. Hur kan detta komma sig? En trolig tolkning är att kollektivet och likhetsorienteringen eliminerar variation. Medlemmarna sluter upp kring något som de tror alla de andra representerar. Inom sociologin kallas fenomenet "pluralistisk ignorans". Så vitt jag kan bedöma är det den belönande och positiva sidan av den underordnade kvinnligheten som utgör ram i undersköterskornas samspel. De mer negativa och vanmäktiga konsekvenserna av samma "kvinnlighet" förtigs eller undviks.

I samspelet på arbetsplatsen värderas och initieras således deltagarna via "underordningstablåer" som svarar mot standardkontraktet trots att alla har andra erfarenheter. Detta betyder för organisationens hierarki att undersköterskorna håller sig själva på plats inom ramen för den "kvinnlighet" som idealiseras. De får också uppskattning för denna kvinnlighet från patienterna. Och när sjuksköterskor och läkare talar om de "fina flickor de har på avdelningen" så är det nog denna "kvinnlighet" de har i tankarna.

Och nu kommer vi till frågan om generaliserbarhet. De undersköterskor som här beskrivits har visat sig i den forskning jag gjort i hierarkiska organisationer. Är de representativa för gruppen som helhet? Detta är givetvis en empirisk fråga som måste undersökas. Jag vill dock hävda att det föreligger en teoretisk generaliserbarhet också till andra hierarkiska arbetsplatser. Den teori om könsordning som jag tillämpat kan bidra till förståelse av liknande undersökningsgruppers samhandlingar. Dvs. liknande fenomen som de jag beskrivit kan antas finnas bland undersköterskor också i Stockholm och Vetlanda. Men det kommer också att finnas kontextuella skillnader (arbetsorganisation, klassbakgrund, etnicitet etc.) mellan de olika platserna som medför att det konstrueras andra varianter på kvinnlighet i förhållande till

standardkontraktet. Det sistnämnda, menar jag, kommer dock alltså att vara närvarande som en utgångspunkt och ett riktmärke för de "ramar" som gruppen kan tänkas synkronisera sig i förhållande till.

Överordningstablå

Som kontrast till undersköterskornas könskonstruktioner skall jag så beskriva de motsvarigheter som jag funnit bland läkarna i motsvarande arbetsorganisationer. De avdelningar/kliniker som jag gjort studier vid har haft en mansdominerad läkarstab. Likaledes har läkarna genomgående rekryterats från övre medelklass eller däröver. Det betyder att de motsvarar den vanligaste ordningen inom vårdorganisationen. Som regel finns också en könssegregering bland läkarna på arbetsplatsen. De manliga doktorerna samlas kring varandra och minoriteten kvinnor bildar en egen grupp eller relaterar till kollegor på andra arbetsplatser. Tendensen att män attraherar varandra i homosociala grupper är stark. Kvinnorna å andra sidan tycks välja varandra först i andra hand. Detta fenomen har diskuterats av flera andra forskare och kan förstås i förhållande till standardkontraktet. Dvs. män är överordnade och makt attraherar, alltså attraherar de varandra, men också kvinnor föredrar män om de vill komma i kontakt med makt och inflytande. Det är en gemen men icke desto mindre verksam dynamik i detta och kvinnor kan inte utan särskilda strategier ta sig in i de manliga rummen (Lindgren 1985, Ferguson 1984, Cockburn 1985, Witz 1990, Kanter 1977 m.fl.). Som representanter för det underordnade könet hotar de männens maktbas när de närmar sig positionsmässig likhet. Det här kan låta som om det fanns en manlig konspiration men jag vill mena att det är ett viktigt antagande för förståelsen av vad som sker i organisationen. Det finns ingen manlig konspiration i detta, utan det är förväntningarna kring genusordningen som aktiverar de manliga läkarna. De är lika mycket offer för detta som undersköterskorna men deras "utgångsvärde" är annorlunda såväl som deras möjligheter att ta "plats" inom den rådande genus- och klassordningen (Connell 1995).

Huvudtendensen är att män söker sig till varandras sällskap. De samlas kring teman och samtal som berör deras liv på olika sätt (Holter 1994). Även när kvinnliga kollegor finns med i rummet tenderar de tala på sina egna villkor. Det betyder att kvinnor oftast reduceras och reducerar sig själva till publik eller lyssnerskor i dessa sammanhang. Till skillnad från undersköterskornas tablåer uppför männen överordningstablåer som framställer dem som mer överordnade än vad de i sin individuella praktik kan och vill vara. När det finns en kvinnlig publik, vilket inte alls är nödvändigt, får den indirekt bekräftelse på att kvinnor har lägre värde (Lindgren 1985). Om de manliga läkarna t.ex. talar om familjen, så synkroniserar de sig kring en uppskrivning av manligheten.

Argument, biologiska såväl som sociala blandas och världsordningen tillskrivs "naturliga" orsaker. Att män är den dominerande parten, den sort som styr och den som därför bör ha ett förmånligt kontrakt i relation till hustrun, är normalt, och därför ingenting de kan göra något åt eller måste ta ansvar för. Att kvinnor helt enkelt är annorlunda tycks vara den vanligaste uppfattningen bland de manliga läkarna i mina studier, man kan säga att de föredrar särart framför likhet. Likhet mellan könen är en uppfattning som många av läkarna antar principiellt men den kvinnliga särarten framhålls ändå ofta i homosociala enkönade sammanhang. De manliga läkare som i dessa sammanhang tänker annorlunda uttrycker i vart fall inte detta. Och därmed kan denna uppskrivning av manlighet oemotsagt bli effekten av samtalet.

Glappet mellan denna världsbild och männens privata kontrakt tycks heller inte vara särskilt stort bland många av läkarna. De lite äldre av dem har som regel en hustru som inrättat sitt liv efter mannens krav och som "trivs" med det. Den deltidsarbetande sjuksköterskan är enligt statistiken den vanligaste hustrun till en läkare. Bland de yngre läkarna finns dock ett flertal som är gifta med en kvinnlig läkare eller kvinna med jämförbara yrkesambitioner som dem själva. Här är givetvis det privata kontraktet mer jämställt. Men detta hindrar dem inte att delta i "överordningstablåerna" på jobbet. Dels ger det dem en känsla av gemenskap och delaktighet i makten och dels är de inte i den positionen att de gärna motsäger de äldre kollegorna. Yngre läkare står i beroendeställning till de äldre och mer erfarna.

Överordningstablåer bland männen förekommer vid sitttronder, möten, fika- och lunchpauser och i fritidsumgänget. Kvinnliga kollegor är ofta inte med i dessa sammanhang, och när de är det förblir de som regel tysta åhörare som i huvudet letar efter gångbara individuella strategier för överlevnad och respekt. De lär sig att deras chanser att förändra gruppsammanhanget är små, men också att de enskilda männen kan vara trevliga och stödjande på tu man hand. De flesta män är då generösa med att ta avstånd från jargongen, och betona att den ingenting betyder. Men den könskonstruktion som männen skapar i tablåerna får betydelse i organisationens verklighet. Talet leder dels till att kvinnliga läkare undviker konkurrens och förlorar självförtroende, och dels till att män faktiskt anser sig vara bättre och väljer varandra i första hand. Samtalen stärker dem som dominerande kategori och ger dem självförtroende att söka de ledande positionerna. Talet ger upphov till självuppfyllande profetior! Sjuksköterskorna har också betydelse för styrkan i dessa överordningstablåer genom att de på olika sätt förstärker den kvinnlighet som tablåerna konstruerar. De kvinnliga läkarna kan berätta om åtskilliga situationer där de känner sig direkt

motarbetade av sjuksköterskornas bekräftelse av den manliga jargongen. Sjuksköterskorna kan ibland till skillnad från de kvinnliga läkarna ha en viss fördel av särarthållningar. Ofta sker detta i en glättig lätt flörtig ton som ger avbrott i vardgen. För sjuksköterskorna finns ingen särskild avsikt bakom det hela, det är en sorts ritualer bara. För den kvinnliga läkaren finns det dock en viss tvekan inför att ge sig in i liknande spel. Det kan kosta henne anseende och respekt på sikt.

Bland läkarna förekommer ofta en karriärkultur som är relaterad till den synkroniserade överordningen. I en hierarkisk struktur eller organisation är det alltid önskvärt för medlemmarna att få kontroll över sin position och möjligheter att förbättra den gentemot de andra. I det vardagliga samhandlandet på arbetsplatsen försöker alla mer eller mindre medvetet investera för framtiden. När jag studerat samhandlandet bland män på arbetsplatsen i detta syfte har jag skymtat ett investeringsmönster som baseras på parvisa kontakter mellan över- och underordnade positioner (Whyte 1955). Dessa kontakter äger rum på olika platser i och utanför organisationen. Sammanträffandena tycks karaktäriseras av att den underordnade "ger" något till den överordnade. I praktiken betyder detta att det pågår en ström av förtroenden, kompetens, lojalitet, smicker och idéer nerifrån och uppåt i hierarkin (Lindgren 1992, 1994). De underordnade gör sig genom "gåvorna" attraktiva för de överordnade. De sistnämnda kan i sin tur transformera vad de får vidare uppåt i hierarkin om de finner gåvan investerbar och värdefull även för eget vidkommande. De kan lansera "gåvan" som sin egen eller välja att dela äran med upphovsmannen. Han som från begynnelsen var givare har dock inget inflytande över valet. Utan bör istället räkna med att ge en "serie" gåvor i väntan på utdelningen. Ytterst centralt här är att gåvogivandet äger rum på *tu man hand*. Endast under dessa villkor får händelsen lojalitetsstatus för den överordnade som därmed blir förpliktigad gentemot den underordnade. Lojaliteten innebär bland annat att mottagaren kan bruka gåvan fritt i eget syfte utan risk för "upptäckt". Närvaron av andra vid överlåtelsen av gåvan förtar helt värdet av den i detta avseende. Gåvan förvandlas inför publiken till ett allmängods, och ingen särskild lojalitet från eller förpliktelse mot gåvogivaren behöver då etableras. Den som givit gåvan på *tu man hand* kan dock räkna med att på sikt få belöning för detta. Men gåvor har olika värde och ibland vill inte den tilltänkte mottagaren ta emot. Här kommer bl.a. betydelsen av den "synkroniserade manligheten" in i bilden (Lindgren 1996). Män har lärt sig att konkurrensmässiga gåvor är sådana som tillerkänner mottagaren hans maktposition och gärna förstärker den. Temat i en framgångsrik gåvoprocess är att givaren får mottagaren att framstå i allt bättre dager.

Kvinnliga läkare har problem att ta sig in i dessa parvisa transaktioner. Dels är de kvinnor, dvs. som givare lägre värderade än män. Dels innebär gåvor från underordnade kvinnor till överordnade män särskilda problem. Här finns negativa sanktioner i luften. Omgivningen betraktar "paret" med misstänksamhet, vilket kan misskreditera dem båda. "Försöker hon ge en gåva som inte kan ges av en man?" Det visar sig att vi har ord och uttryck för regelbrotten i detta system av gåvor, men ingen teori om systemet i sig (Kanter 1977). Men de negativa uttrycken för regelbrotten är ledtrådar till den investeringsmodell jag ovan beskrivit i sin idealtypiska form. Kvinnliga läkare undviker stämpningsrisk genom att just välja "allmångods"-spridning i stället, dvs. de försöker bidra med sin kompetens och duglighet i gruppsammanhanget, och då i första hand på officiella platser som vid personalmöten och sammanträden. Det senare för att de där tror sig undslippa den synkroniserade manligheten, vilket inte alls är säkert då också dessa sammanhang är influerade av manliga ritualer (Lindgren 1994).

De två exemplen på under- respektive överordningstablåer och olika personalgruppers tendens att synkronisera sig kring vissa köns- och habitusstilar har, hoppas jag, illustrerat hur försåtligt "makt" intervernerar i organisationer.

Sammanfattning

Jag har teoretiserat kring hur själva organisationen av arbetet i hierarkiska och könssegregerade former bidrar till att bygga murar mellan arbetskamrater på olika positioner och av olika kön. Det är en delförklaring till att möten ibland blir diskriminerande eller olyckliga för endera parten. Naturligtvis ligger andra förklaringar hos aktörerna själva, i deras professionalism, sociala kompetens, erfarenhet och kunskap. I skuggan av de mest extrema överordningstablåer finns trots allt många läkare som får energi över och klarar av att möta såväl kvinnliga kamrater som patienter under helt likvärdiga premisser. Det är aldrig omöjligt, trots att organisationsformerna ger dålig grund för personlig utveckling i dessa avseenden.

Jag har inte illustrerat någon tablå för mellangruppen sjuksköterskor. Det kommer sig av att den gruppen är mest rörlig och mångfasetterad. Huvudorsaken till detta ligger i det empiriska förhållandet att sjuksköterskorna inte är så klasshomogena som de andra grupperna. Mellanskiktet är heterogent och innehåller många olika och föränderliga livsstilar (Lindgren 1992). Bland sjuksköterskorna bildas

därför olika smågrupper som utvecklar motstridiga konstruktioner av kvinnlighet. Gruppen som helhet är med andra ord dynamisk och spännande i segregeringsperspektivet. Om detta förhållande kan det ställas en del hypoteser och det skall jag drista mig till nedan.

Jag har argumenterat för att "manligheter" och "kvinligheter" i första hand utmejslas och förstärks när män respektive kvinnor interagerar i enkönade, habitushomogena sammanhang. När de båda könen då möts kan vi anta att de är könsmässigt "formaterade" med dessa ideala normativa könsuppfattningar. Men varje sådant faktiskt möte öppnar alltid för nya förhandlingsmöjligheter just därför att könsformateringen på arbetsplatsen är en gruppbaserad "konstruktion" och sällan en individuell "praktik".

Möten mellan könen som sker på tu man hand på arbetsplatsen kan antas erbjuda ett relativt öppet utgångsläge därför att dessa sker utan publik. Dvs de är inte kontrollerade av de enkönade gruppernas synkroniserade "idealkonstruktioner". På helgerna förekommer därför ofta gränsöverskridande möten vid fikaborden och i arbetsuppgifterna. Man agerar och samtalar i såväl könsmässigt som positionsmässigt blandade grupper.

Vad kännetecknar då sammanfattningsvis arbetsplatser där personalen av olika skäl inte medvetet uppmärksammar sociala maktförhållanden och där kunskaper om kön saknas, är felaktiga eller av tradition inte synliggjorts. När är risken för att kön spelar spratt med kontrahenterna som störst?

Mitt svar bli helt följdriktigt att sådana arbetsplatser av tradition är hierarkier med enkönade positionsnivåer som dessutom i huvudsak härbergerar innehavare med likartad uppväxtmiljö och klasstillhörighet. Av detta följer ett antal hypoteser:

1. På en i huvudsak enkönad positionsnivå tenderar i enlighet med standardkontraktet synkroniserade idealkonstruktioner om manlighet respektive kvinnlighet att utvecklas och förstärkas. Dessa tas för givna (implicitgörs) av personalen, vilket kan leda till negativa reaktioner mot avvikelser såväl inom personalgruppen som i relationen till patienterna.
2. När positionsnivån är manligt dominerad så tenderar detta leda till en överbetoning av den manliga normens primat.

3. När arbetsplatsen är dominerad av kvinnor på lägre positioner är hypotesen den att detta leder till en överbetoning av den traditionellt underordnade kvinnligheten.
4. När positionsnivån är köns- och/eller klassheterogen utvecklas inte likriktade konstruktioner av kön utan varierande sådana vilka blir föremål för omförhandling, konflikt och förändring.
5. Avsegregering och avhierarkisering öppnar förutsättningar för omförhandlingar av standardkontraktet bland personalen.

Jag har försökt förmedla en teori om hur vissa könssammansättningar får konsekvenser för organisationer och hur den vanligast förekommande makthierarkien vid sjukhusen drar social energi från den egentliga verksamheten. Min teori pekar mot att mindre hierarkiska och avsegregerade organisationsformer kan kanalisera den energi som nu rinner ut i strategier och gränskonflikter till ökad kapacitet och beredskap hos personalen att bemöta varandra och patienterna (Kvande & Rasmussen 1990, Blomquist 1994).

Referenser

- Blomquist, M. - *Könshierarkier i gungning : kvinnor i kunskapsföretag*. Uppsala : Univ., 1994. (Studia Sociologica Upsaliensia 39)
- Cockburn, C. - *In the way of women*. London : Macmillan, 1991.
- Genussystemet I: Maktutredningen - *Demokrati och makt i Sverige : Maktutredningens huvudrapport*. (SOU 1990:44). S.:73-116.
- Kvande, E. & Rasmussen, B. - *Nye kvinneliv, kvinner i menns organisasjoner*. Oslo : Ad Notam, 1990.
- Lindgren, G. - *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm : Carlssons förlag, 1992.
- Lindgren, G. - Broderskapets logik. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1996(1).
- Lindskoug, K. - *Hänförelse och förnuft : om karisma och rationalitet i Max Webers sociologi*. Lund : Dialog, 1979.
- Roman, C. - *Lika på olika villkor : könssegregering i kunskapsföretag*. Stockholm : Symposium graduale, 1994.
- Silius, H. (red) - *Kvinnor i mansdominerade yrken : läkare, ingenjörer, jurister*. Åbo : Inst. för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, 1989. (Publikation från Inst. för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, 5)
- Starrin, B., Larsson, G. & Dahlgren, L. - *Från upptäckt till presentation : om kvalitativ metod och teorigenerering på empirisk grund*. Lund : Studentlitteratur, 1991.
- Starrin, B. & Svensson, P-G. - *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund : Studentlitteratur, 1994.
- Strauss, A. - *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge : Cambridge Univ. Press, 1987.
- Wahl, A. - *Könsstrukturer i organisationer : kvinnliga civilekonomers och civilingenjörers karriärutveckling*. Stockholm : Ekonomiska forskningsinst. vid Handelshögskolan, 1992.

Maktförhållanden och samspel

- Asplund, J. - *Det sociala livets elementära former*. Göteborg : Korpen, 1987.
- Bernstein, B. - *Class, codes and control*. London : Routledge, 1975.
- Bourdieu, P. - *Distinction*. London : Routledge, 1989.
- Bourdieu, P. - *Kultursociologiska texter*. Stockholm : Salamander, 1986.
- Florin, C. - *Kampen om katedern : feminiserings- och professionaliseringsprocessen inom den svenska folkskolans lärarkår 1860-1906*. Umeå : Univ., 1987. (Umeå studies in the humanities 82)
- Genussystemet. I: *Maktutredningen - Demokrati och makt i Sverige : Maktutredningens huvudrapport*. (SOU 1990:44). S.:73-116.
- Goffman, E. - *Jaget och maskerna*. Stockholm : Rabén & Sjögren, 1988.
- Haavind, H. - "Makt og kjærlighet i ekteskapet". I: Haukka, R. & Hoel, M. (red) - *Kvinneforskning : bidrag til samfunnsteori : festskrift till Harriet Holter*. Oslo : Univ.-forl., 1982.
- Haavind, H. - *Liten og stor : mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Oslo : Univ.-forl., 1987.
- Hirdman, Y. - "Genussystemet - reflektioner kring kvinnors sociala underordning". *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1988:3.
- Holmberg, C. - *Det kallas kärlek*. Göteborg : Anamma förlag, 1993.
- Lindgren, G. - *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm : Carlssons förlag, 1992.
- Lindgren, G. - Broderskapets logik. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1996(1).
- Wahl, A. - *Könsstrukturer i organisationer : kvinnliga civilekonomers och civilingenjörers karriärutveckling*. Stockholm : Ekonomiska forskningsinst. vid Handelshögskolan, 1992.

Positionsmakt och gränskonflikter

- Bourdieu, P. - *Distinction*. London : Routledge, 1989.
- Brante, T. - "Teori och typologi : om förhållandet mellan makrosociologi, institutionella sfärer och social handling". *Sociologisk forskning* 1994(2).
- Lindgren, G. - *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm : Carlssons förlag, 1992.
- Två idealtypiska könskonstruktioner**
- Cockburn, C. - *Machinery of dominance : women, men and technical know-how*. London : Pluto, 1985.
- Connell, R.W. - *Masculinities*. Oxford : Polity, 1995.
- Ferguson, K. - *The feminist case against bureaucracy*. Philadelphia : Temple University Press, 1984.
- Goffman, E. - *Frame analysis : an essay on the organization of experience*. Boston : Northeastern Univ. Press, 1986.
- Holter, Ö.G. - *Mäns livssammanhang*. Stockholm : Bonnier, 1994.
- Kanter, R.M. - *Men and women of the corporation*. 2. pr. New York : Basic Books, 1977.
- Lindgren, G. - *Kamrater, kollegor och kvinnor : en studie i könssegregeringsprocessen i två mansdominerande organisationer*. Umeå : Sociologiska inst., Umeå Universitet, 1985. (Research reports from the Department of Sociology, University of Umeå 86)
- Lindgren, G. - *Doktorer, systrar och flickor*. Stockholm : Carlssons förlag, 1992.
- Lindgren, G. - "Fenomenologi i praktiken." I: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red) - *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund : Studentlitteratur, 1994.
- Lindgren, G. - Broderskapets logik. *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 1996(1).
- Whyte, W.F. - *Street corner society : the social structure of an Italian slum*. Chicago, 1955.
- Witz, A. - Patriarchy and professions : the gendered politics of occupational closure. *Sociology* 1990;24:4.

4 Bekräftande bemötande och god vård

Författare: Barbro Gustafsson, Ersta Högskola, Karolinska Institutet

"Redan när vi ser på varandra och blickar in i varandras ögon händer det ofrånkomligen något. Blicken kan fungera som utlösare av glädje och vitalitet hos den som tar emot blicken – han och hon blir uppmärksammas som viktig och värd att se på, känner sig bekräftad och bejakad, stärks i sin upplevelse av att själv vara ett subjekt inför omgivningen", (Armgarð 1988, s. 65).

All vårdverksamhet kan karaktäriseras som möten. Möten mellan patient och personal, anhöriga och personal, studerande och personal, ledare och medarbetare, mellan medarbetare av samma eller olika yrkesgrupper. Vården utgör ett komplicerat nätverk av relationer som både bygger på ett jämlikt förhållande och ett ojämlikt. I vårt möte med andra utelämnar vi en del av oss själva, som den andre kan ta emot eller avvisa, vår jagupplevelse påverkas. Ledarnas bemötande påverkar personalens jagupplevelse och hur personalen bemöter sina patienter och deras anhöriga, personalens bemötande påverkar i sin tur patienternas jagupplevelse och hur patienterna i sin tur bemöter personalen. Parallellprocessen är uppenbar. I detta arbete är fokus på patient-vårdare-relationen. Med vårdare förstås personal som sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster etc.

Utredningens rikstäckande studie av bemötande och vård visar att det viktigaste för kvinnor och män är att de blir bemötta med respekt och blir tagna på allvar, får ärliga och uppriktiga svar och får bästa möjliga medicinska vård inklusive diagnostik (S 1994:08). Samtidigt visas att en tredjedel av män och en femtedel av kvinnor, som bedömer sig ha ett dåligt hälsotillstånd, klagar mest på vården. Drygt en sjättedel anger att de upplever ilska och besvikelse vid konsultationen relaterad huvudsakligen till negativt bemötande som nonchalans, att de inte blir trodda och att personalen inte lyssnar. Detta är alarmerande och bör uppmärksammas både inom vård och utbildningar.

Mot bakgrund av ovanstående känns det självklart att personalen, för att kunna utöva god vård, besitter bemötandekompetens. Denna kompetens är speciellt betydelsefull eftersom möten inom vården

karaktäriseras av att den ena parten som är vårdsökande är i en beroenderelation till den andre, vårdgivaren. Vårdarens bekräftelsekompetens är intimt förknippad med hennes/hans möjligheter att bedriva god vård. Bekräftelsekompetensen kan förstärkas genom att vårdaren själv, utifrån en interaktionsmodell, uppmärksammar sin människosyn, sina värderingar och attityder som ligger till grund för hennes/hans förhållningssätt och handlingar. I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen tydliggörs bl.a. att personalen är beroende av sina patienters och deras anhörigas medverkan för vårdens resultat (SOU 1979:78). Denna insikt kan bidra till att personalen vill skaffa sig kunskaper och öka kompetensen att skapa en god relation med patienten på ett jämlikt sätt. Utbildningsplaner för vårdutbildningar bör därför ta upp kunskaper om människosyn och bemötande (Ersta högskola 1996).

Vad är bekräftande kommunikation?

Buber, professor i socialfilosofi, introducerade år 1957 begreppet bekräftelse, "confirmation" och beskriver bekräftelse som basen för allt mänskligt liv och mänsklig mognad. Bekräftelse är intimt relaterad till människans existens och självvärdering och har därmed en central roll i all mänsklig interaktion och kommunikation. I samspelet med andra människor påverkas vår egen jagupplevelse, i den genuina dialogen stärks denna. Att vidmakthålla en levande dialog ställer krav på vår vilja att vara bekräftande och vår förmåga att medverka till en genuin och ömsesidig dialog. Enligt Buber sker bekräftelse i den levande dialogen som han karaktäriserar som "Jag-Du-mötet". Laing (1961) betonar att bekräftelse alltid inrymmer ett accepterande och erkännande av den andre och påvisar att icke-bekräftelse är mycket destruktiv för en persons självuppfattning. Watzlawick, Beavin och Jackson (1972, sid. 84) anser att bekräftelse är intimt förknippad med människans möjligheter till mognad och tillvaratagande av potentiella förmågor. Deras tre typer av bekräftelse är följande: bekräftelse, "Du har rätt"; icke-bekräftelse, "Du existerar inte"; och uteslutning, "Du har fel".

Sieburg (1975) som initierade bekräftelseforskning inspirerad av ovanstående forskare fann fyra karaktäristiska utgångspunkter för bekräftande kommunikation: att den uttrycker uppfattningen av den andres existens som handlande subjekt; att den erkänner den andres kommunikation genom att relevanta svara på den; att den är kongruent med och accepterar den andres upplevda erfarenheter; att den tyder på vilja hos den som talar att involveras med den andra personen. Laing

(1961) betonar att den avgörande faktorn för bekräftelse är att den andre är uppfattad som ett handlande subjekt. En annan betydelsefull faktor är att båda parter har önskan att vara kvar i relationen. Friedman (1983) poängterar att bekräftelse är att i mötet uppmärksamma den andres unikheter. Detta ger personen ett värde och den ömsesidiga dialogen stärker människan att bli, inte bara den hon är, utan den hon är kallad för att bli. Bekräftelse anses intimt förknippat med olika terapeutiska effekter, emotionell tillfredsställelse, hälsa och mognad (Drew 1986; Hull 1982).

Genusperspektivet är inte speciellt uppmärksammat inom bekräftelseforskningen. Skälet till detta kan vara att kvinnor och män skiljer sig åt på andra sätt som är intressantare med avseende på bekräftelse, t.ex. att kvinnor och män tolkar symptom med olika referensram och har olika socialt stöd att söka hjälp. Skillnader kunde också bero på sättet att söka och begära hjälp, på "viljan att vara till lags" och på skillnader i självkänsla och i språk. Kennedy (1980) visar att det inte finns skillnader mellan högt utbildade kvinnor och män avseende kvantiteten av bekräftande och icke-bekräftande yttranden. Ej heller finns skillnader avseende grad och omfattning av bekräftande interaktion mellan sjuksköterskor och läkare (Garwin och Kennedy 1986). Studenter upplever bekräftande och icke-bekräftande kommunikation oberoende av deras eget kön, men kvinnliga instruktörer upplevs mera bekräftande (Leth 1977). Keating (1977) visar att icke-överenskommelse (disagreement) är negativt relaterad till makars upplevelser av att vara bekräftad. Studier visar att kvinnor oftare söker vård för sjukdomstillstånd som inte kan diagnosticeras med biomedicinsk kunskap (S 1994:08). Det vore då rimligt att anta att kvinnor är mera utsatta och sårbara och löper större risk för ett icke-bekräftande bemötande vid vårdkonsultationen.

En modell för bekräftande interaktion

Människan som handlande subjekt

Vid karaktäriseringen av bekräftelse kommer SAUK-Bekräftelse-Modellen utvecklad av Gustafsson och Pörn (1994; Gustafsson 1996a) att användas. Modellen har i sig inte speciellt beaktat genderfrågan, men kunde inrymma ett sådant perspektiv (se text i de olika faserna). Modellen för bekräftande interaktion baseras på synen på människan som ett handlande subjekt. Hälso- och sjukvårdslagens människosyn utgår från att människan är en fri, självständig och handlande varelse med resurser att fatta egna beslut och förmåga till eget självbestäm-

mande (SOU 1979:78). Pörn (1981; 1988; Pörn och Gustafsson 1996) beskriver människan som ett handlande subjekt utifrån modellen för målstyrd handling.

De tre determinanter som avgör människans handlande är de viljor, mål och centrala projekt som hon har i sin livsplan; de aktuella och potentiella förmågor hon har i sin repertoar; de olika omständigheter som t.ex. försanthållanden, värderingar, emotioner, självbedömning och självbestämmande i hennes inre miljö; samt olika omständigheter som t.ex. socialt stöd, arbete och fritidsintressen i hennes yttre miljö. Människan har i sina mål krav och förväntningar i relationen till sig själv och i relationen till andra människor.

Vad är motivation?

Med motivation förstås, utifrån modellen för målstyrd handling, människans strävan att minska diskrepansen mellan sin idealitet "den människa hon önskar vara" och aktualitet "den människa hon är". Självförverkligande kan ses som ett fundamentalt motiv hos människan att handla på ett visst sätt. Detta fundamentala motiv förstås som de centrala projekt människan har i sin livsplan. För att förverkliga dessa projekt krävs olika förmågor i hennes repertoar. Viljan att utöva dessa förmågor är intimt förknippad med olika gynnsamma alternativt ogynnsamma omständigheter i hennes miljö. Miljön är gynnsam t.ex. om hon har en positiv självbedömning (inre miljö) eller har tillitsfulla relationer (yttre miljö). Livsplan, repertoar och miljö blir tre determinanter som bestämmer människans handlande då människan karaktäriseras som ett handlande subjekt.

Vad är bekräftelse?

Teorin om bekräftelse besvarar frågan: "Vad är bekräftelse?" Med bekräftelse förstås att vi i vår interaktion med andra människor (interaktiv bekräftelse) får evidens, dvs. responser och feedback i form av deras utsagor, förhållningssätt och handlingar som besvarar och förstärker vår positiva självbedömning – "jag är så bra som jag tror". Med bekräftelse förstås också då vi får evidens som försvagar vår negativa självbedömning – "jag är bättre än jag tror". På detta sätt kan bekräftelse, utifrån teorin om motivation, ses som en komponent i mänsklig motivation genom att den gör vår inre miljö, dvs. relationen jag har till mig själv, gynnsammare. Genom bekräftande interaktion får människan mera mod att handla, vågar ta utmaningar hon annars skulle ha avstått ifrån, vågar utöva förmågor hon faktiskt besitter. Den upplevelsemässiga innebörden av bekräftelse alternativt icke-bekräftelse är baserad på om vi anser att vi lyckats alternativt misslyckats i våra strävanden i relation till de utmaningar vi åtagit oss, dvs. om vi har

förmågor alternativt saknar förmågor att förverkliga det vi vill i den aktuella miljön (Gustafsson 1992).

Speciellt fruktar vi icke-bekräftelse från "betydelsefulla andra", vänner och släktingar, som vi är speciellt beroende av för vår självvärdering. "Människor tenderar att utföra handlingar i sin handlingsrepertoar, så att deras närstående kan bevara sin rådande värdering av dem" (Zetterberg 1977, sid. 37). Vårdpersonal kan förstås som betydelsefulla andra för patienten och hennes anhöriga. Bekräftelse kan också ske i relation till mig själv (intraktiva bekräftelse). I den får vi i relationen till oss själva olika evidens som bevarar och förstärker vår positiva självbedömning alternativt evidens som reducerar vår negativa självbedömning. "Människor tenderar att utföra handlingar i sin handlingsrepertoar som innebär framgångsrikt mötta utmaningar" (Zetterberg 1977, sid. 35). Med icke-bekräftelse förstås att vi får evidens som försvagar vår positiva självbedömning eller förstärker den negativa självbedömningen. Därmed försvagas vår motivation att handla – "jag kommer att misslyckas".

Både den positiva och negativa självbedömningen åtföljs av en rad jagvärderande emotioner. Med jagvärderande emotion förstås en emotion som innefattar värdering av det egna jaget (Pörn 1995). Exempel på sådana är självrespekt, stolthet, skam och skuld. Värderingskriterierna skiljer sig åt mellan människor men också mellan kön och kulturell tillhörighet. Emotioner kan i sin tur ses som motiv för att handla alternativt icke-handla. Gustafsson (1992) har utvecklat en modell för att förstå varför patienter med dysfagi (sväljningsbesvär) döljer sina faktiska besvär vid konsultationen med vården. Patienter som har fruktan för icke-bekräftelse i mötet med personalen väljer att dölja. Döljande eller förnekande kan förstås som olika strategier för att bevara självrespekten inför andra.

Hur sker en bekräftande interaktion?

I SAUK-Bekräftelse-Modellen, beskrivs en bekräftande interaktion som en dynamisk process av fyra på varandra följande faser: sympati, accepterande dialog, upplevelsemässig innebörd, kompetens, S->A->U->K (Gustafsson och Pörn 1994; Gustafsson 1996a):

S-fasen: Sympati-uttryckande interaktion

I den bekräftande interaktionens första fas är målet att uttrycka sympati (S) i relation till den andre. Med sympati förstås att vårdaren visar omsorg, medkänsla och delar patientens oro för den livssituation patienten befinner sig i. Med sympati avses vårdarens emotionella engagemang. Omsorgen, att bry sig om en annan människa, kan ses

som huvudmotiv för vårdhandlingar. Exempel på handlingar kan vara att vårdaren delar patientens ångest och oro genom att vara nära och finnas till hands eller visa medglädje för en situation som markant förbättrats. Då S-fasens genusperspektiv beaktas känns det rimligt att anta att kvinnor och män uttrycker emotionellt engagemang på olika sätt och därmed förknippade behov.

A-fasen; Accepterande-skapande interaktion

I den andra fasen försöker vårdaren skapa och medverka till en accepterande dialog (A). Vårdaren skapar ett tillåtande diskussionsklimat som stödjer patienten att vilja och våga uttrycka det hon önskar och som hon själv anser vara relevant. Detta accepterande kan förstås som "en icke-fördömande attityd" och av en interaktion baserad på att låta den andra vara utan att kritisera, berömma, analysera, justera, modifiera eller förneka. Exempel på handlingar kan vara att vårdaren ger tid för och tillåter patienten att berätta om sig och sitt liv utan att döma eller kritisera, att vårdaren tar patientens utsagor på allvar, visar tilltro och respekterar de av patienten uppsatta gränserna för närmande och integritet. Genusperspektiv på A-fasen kan vara att kvinnor oftare söker vård för besvär som inte kan diagnosticeras med biomedicinsk kunskap och därmed löper större risk att inte tas på allvar.

U-fasen; Upplevelsemässig innebörds-förvärvande interaktion

I den bekräftande interaktionens tredje fas försöker vårdaren förvärva kunskaper om patientens upplevelsemässiga innebörd av sin situation (U). I denna fas består vårdarens handlingar av att med utgångspunkt från patientens utsagor, berättelser och reflektioner och med egna kunskaper och erfarenheter förvärva förståelse för patientens upplevelser av och innebörder i aktuell livssituation. Exempel på handlingar kan vara att vårdaren försöker sätta sig in i de konsekvenser som t.ex. en sjukdomsdebut eller en långvarig behandling får för patientens möjligheter att förverkliga de centrala mål och projekt hon har i sitt liv. I ett genusperspektiv på U-fasen är det rimligt att anta att kvinnor lättare förstår kvinnors livssituation och könsspecifika hälsoproblem och att män lättare förstår mäns upplevelsemässiga innebörd av sin situation. Studier (S 1994:08) som visar att kvinnliga patienter hellre söker kvinnliga läkare kunde tolkas så att de upplever mera hopp om att bli förstådda i relation till kvinnliga läkare.

K-fasen; Kompetens-manifesterande interaktion

I den fjärde fasen manifesterar vårdaren sin yrkesspecifika kompetens (K) baserad på patientens upplevelsemässiga innebörd av sin situation. Vårdaren utövar bekräftelsekompetens genom att uppmärksamma och tillvarata den unika patientens resurser i hennes livsplan som t.ex. viljor

och centrala projekt; repertoar som t.ex. förmågor att bedöma sin situation, att fatta beslut och att forma försantförhållanden om sin situation; inre miljö som t.ex. självbedömning, jagvärderande emotioner och insikter; och yttre miljö som t.ex. socialt stöd och nätverk. Då människan förstås som ett handlande subjekt är det människan som aktör som stöds. Detta påverkar i sin tur patientens egen självbedömning, självbestämmande och möjligheter till självförverkligande som kan uttryckas i termer som hälsa och välbefinnande. Ur ett genusperspektiv kan det vara rimligt att anta att kvinnliga vårdare inriktar samtalet med fokus på patientens inre och yttre miljö, medan manliga vårdare mera inriktar sig på repertoardelen.

Tolkning av patientkommentarer enligt SAUK-modellen

I en studie av Gustafsson och Pörn (1994 sid. 427-430) har sammanlagt 57 utsagor av 39 patienter som lever med kronisk dysfagi analyserats enligt SAUK-modellen. Av dessa upplever sig 14 bekräftade (9 kvinnor och 5 män) och 25 icke-bekräftade (15 kvinnor och 10 män) i mötet med läkaren. 21 spontana kommentarer ges avseende bekräftelse och 36 avseende icke-bekräftelse. Direkta könsskillnader av utsagorna är svåra att utläsa, både kvinnor och män känner hopp i mötet alternativt skam och förödmjukelse. Att inte könsskillnader kan påvisas kan bero på att både kvinnor och män är lika utsatta i relationen vid dysfagi på grund av svårtolkade besvär, men också relaterat till att de själva har en oförmåga att förstå sina besvär och därmed att verbalisera dessa. Huvudproblematiken i de utsagor som rör icke-bekräftelse börjar i att de inte blir tagna på allvar (A).

Exempel på några patientkommentarer och tolkning av dessa enligt SAUK-Bekräftelse-Modellen: Bekräftade patienters kommentarer:

"Jag har en första-klassens läkare (A), dvs. en som frågar mig hur jag har det och som har ordning och reda (K). (Man).

"Jag kan ringa min läkare när som helst (A), han bryr sig alltid om mig (S) och känner till mina besvär (U&K)". (Kvinna).

"En lycka att möta en läkare som visste vad det var, som trodde mig (A) och som började undersöka mig (K)". (Kvinna).

"Läkaren berättade att det var bräck (K). Jag var glad att de trodde på mig (A). Gastroskopin hjälpte mig mot min cancerskräck" (K). (Man).

Icke-bekräftande patienters kommentarer:

"Sväljningsbesvären ansågs som gnällighet (-A)". (Kvinna).

"Läkaren nonchalerar mig ibland (-S). Jag tror att han är stressad av att inte finna ut vad som är fel med mig (-K)". (Kvinna).

"Jag vågade inte bli arg på läkaren då han sa att jag simulerade (-A). Senare då jag behövde hjälp var jag ledsen för att jag inte vågat bli arg". (Man).

"Läkaren sa att det inte var något fel på mig (-K) och efter det är det lönlöst att fortsätta konsultera läkare (-A)". (Man).

De tre patienter som känt sig mycket förödmjukade vågade inte längre söka vård och blev utan professionell hjälp trots att besvären tilltog. En del patienter kan dock utveckla olika strategier (coping) för att klara av ett icke-bekräftande bemötande (Drew 1986).

SAUK-modellen som kvalitetsindikator

SAUK-modellen för bekräftande bemötande utgör en kvalitetsindikator på bemötande i den av SSF och Spri utgivna rapporten "Omvårdnad I, 1996" (Gustafsson 1996b). Kvalitetsindikatorerna har utvecklats enligt DySSSy-metoden i struktur-, process- och resultatkriterier. Till indikatorerna har ett mätinstrument för bekräftande bemötande utvecklats (se vidare Gustafsson 1996b, sid. 104-106).

SAUK-modellen för bekräftande omvårdnad har fokus på omvårdnads-kompetens. Med bekräftande omvårdnad förstås omvårdnad på personnivå utvärderad från perspektivet bekräftelse. Gustafsson (1996a) tydliggör i den bekräftande omvårdnadsmodellen bl.a. de fem grundläggande principerna som den baseras på dvs. principerna om patientindividualisering, patientinvolvering, patientinflytande, patienttilltro och subjekt-subjekt-relation. Bekräftande omvårdnad baserad på dessa principer syftar till att respektera patientens autonomi, subjektivitet och individualitet och kan därmed förstås som etisk kompetens i omvårdnadsutövandet. Omvårdnadsmålet är att bevara och befrämja patientens livskompetens, dvs. människans kvalificerade förmågor att förverkliga sin livsplan i aktuell livsmiljö. Till SAUK-modellen för bekräftande omvårdnad finns mätmetoder utvecklade avseende individuell och gemensam värdegrund, omvårdnadsmål och -ideal samt etisk kompetens (se vidare Gustafsson 1996a, sid. 182-211). Modellen kan på likartat sätt utvecklas för bekräftande organisation, undervisning och handledning, dvs. organisation, undervisning och handledning utvärderad från perspektivet bekräftelse.

Bekräftelsens innebörd och betydelse inom vården

Betydelsen av bekräftelse i olika vårdssammanhang har uppmärksamats av en rad forskare. En studie med dysfagipatienter visar att patienter som upplevt sig bekräftade fick oftare rätt diagnostik, fick råd och information, hade ökad anpassningsförmåga, hade förbättrad sväljningsförmåga och upplevde konsultationen som en hjälp i sig (Gustafsson, Tibbling och Theorell 1992). Icke-bekräftade patienter fick oftare psykisk diagnos och flera preliminära diagnoser. Bekräftande har också belysts som intimt förknippad med personaliseringen inom vården (Andersson 1981). Bekräftande interaktion upplevs av patienten att bli sedd som person och bekräftelse upplevs då som helande och läkande (Drew 1986). Bekräftande personal upplevs som varma, engagerade och kärleksfulla vilket medverkar till patientens upplevelser av trygghet, tillit och hopp. En icke-bekräftad interaktion medför att patienten upplever sig som "ett fall" (Heineken 1983). I ett handlingsteoretiskt perspektiv kan en bekräftande interaktion i sig själv förstås som hjälp, eftersom den förstärker människans inre miljö, dvs. hennes relation till sig själv (Gustafsson 1996c).

Forskning visar att om en av parterna är bekräftande så ökar den andres villighet att vara bekräftande (Lifshitz och Schulman 1983; Sundell 1972). Människor med hög självkänsla är villigare att vara bekräftande än de med låg självkänsla (Hull 1982). Och personer med hög självkänsla upplever oftare emotionell tillfredsställelse. Cissna och Keating (1977) uppmärksammar betydelsen av att personal inom vården skaffar kunskaper om vad det är som konstituerar bekräftelsekompetens, eftersom bekräftande och icke bekräftande kommunikation mellan människor kan bygga upp och bryta ner den mest sköra struktur i våra liv. Denna kompetens omfattar både vårdarens verbala och icke-verbala förmågor att skapa bekräftande interaktion. Garwin och Kennedy (1986) visar att sjuksköterskor och läkare är bekräftande i relation till varandra i 87 procent av interaktionen. Sundell (1972) visar i en studie att ju mer läraren bekräftar sin student, desto mer bekräftar studenten sin lärare. På likartat sätt är förhållandet avseende icke-bekräftelse. Det är rimligt att anta att detta gäller på motsvarande sätt i patient-vårdare-relationen. En hög bekräftelsekompetens hos personalen kan också medverka till att patienten blir följsam, vill vara bekräftande i relation till vårdaren samt ökar villighet att berätta om sin faktiska situation. Denna kunskapsbas är av avgörande vikt för att bedriva framgångsrik vård.

Patientens och personalens sårbarhet

Patientens sårbarhet i mötet är bl.a. relaterat till att hon upplever sig sakna kompetens att bedöma och bemästra sin livssituation. Både patienter och deras anhöriga har en ökad sårbarhet i mötet bl.a. genom att sjukdomar som inte kan diagnosticeras influerar jagupplevelsen på ett negativt sätt eller av att vara bärare av en kronisk sjukdom i en kultur där sjukdom betraktas som en defekt. Tegern (1994) beskriver att få en somatisk diagnos kan upplevas positivt av patienten, men att bli betraktad som simulatant har en förödande effekt, ett svårt hot mot jagbilden.

Det är inte bara patient och anhöriga som har en sårbarhet inom vården, också personalen är sårbar. Hur kan personalens sårbarhet förstås? Enligt Lazare (1987) utsätts också personalen för känslor av skam och förödmjukelse. Skamkänslorna är relaterade till oss själva, att vi inte anser oss goda tillräckligt, att vi inte lever upp till de ideal vi har. Känslor av förödmjukelse kan uppstå i vårdsituationer t.ex. att vårdaren känner att patienten inte tror på vederbörandes utsagor eller attackerar dem. Vårdaren kan också känna skam för att inte förstå varför patienten söker vård eller för att inte vara framgångsrik avseende diagnostik, ett faktum hon inte vill tillstå för sig själv eller andra. Likaså kan skam uppstå i relation till kollegerna, för att inte kunna diagnosticera.

Sammanfattning

Möten och bemötande är centralt i all vårdverksamhet. Bekräftelse är relaterat till det mest sårbara hos människor, vår värdering av oss själva. I alla våra möten med andra finns möjligheter till bekräftelse eller risker för icke-bekräftelse. Ett möte som präglas av ömsesidigt bekräftande bemötande förstärker patientens och vårdarens självbedömning på ett positivt sätt. I ett icke-bekräftande möte visas nonchalans för den andres existens, vilket medför försvagad jagupplevelse. Icke-bekräftelse är mycket smärtsam eftersom vi då inte blir emottagna som personer av den andre. Detta blir speciellt smärtsamt då människor av olika anledningar känner sig sårbara, utsatta och i behov av hjälp av andra. Inom bekräftelseforskningen är dock genusperspektivet uppmärksammat i låg utsträckning.

God vård kan ses relaterat till en bekräftande interaktion i vilken patienten upplever sig sedd, uppmärksammat, tagen på allvar och förstådd som en unik person. Det är därför betydelsefullt att personal

inom vården skaffar kunskap om vad som konstituerar bekräftelsekompetens, samt vilken deras egen vilja och förmåga är att vara bekräftande. SAUK-Bekräftelse-Modellen kan ses som en modell för att medvetandegöra personalens bekräftelsekompetens och att visa ett sätt att utveckla egen bekräftelsekompetens, det vill säga hur handlar jag i ett bekräftande bemötande. Bekräftelse – en utmaning i framtidens vård – som är värd att satsa på både med avseende på patientens hälsa och välbefinnande och personalens möjligheter att bedriva framgångsrik vård.

Referenser

Vad är bekräftande kommunikation?

- Armgaard, L.-O. - Etikens naturliga grunder. I: Ronnby, A. (red.) - *Etik och idéhistoria i socialt arbete*. 1. uppl. Stockholm : Socionomen, 1988. S.: 57-84.
- Buber, M. - Distance and relation. *Psychiatry* 1957;20:97-104.
- Cissna, K.M. & Keating, S. - Speech communication antecedents of perceived confirmation. *The western journal of speech communication* 1979;43:48-60.
- Friedman, M. - *The confirmation of otherness in family, community, and society*. New York : The Pilgrim Press, 1983.
- Hull, J.W. - *Self-esteem, confirmation, and emotional satisfaction in small groups*. Denver, Colo. : University of Denver, 1982. Diss.
- Keating, S. - *The effects of agreement, disagreement, facilitative communication, and self-disclosure on the perceived confirmation of males and females : Master's final research project*. St. Louis, Mo. : St. Louis University, 1977.
- Kennedy, C.W. - *Patterns of verbal interruption among women and men in groups*. Columbus, Ohio : Ohio State University, 1980. Diss.
- Laing, R.D. - Confirmation and disconfirmation. I: Laing, R.D. - *The self and others : further studies in sanity and madness*. London : Tavistock, 1961. (Studies in existential analysis and phenomenology). S.: 88-97.
- Leth, P. - *Self-concept and interpersonal response in a classroom : an exploratory study*. West Lafayette, Ind. : Purdue University, 1977.
- Lifshitz, P. & Schulman, G. - The effect of perceived similarity/dissimilarity on confirmation/disconfirmation behaviours : reciprocity or compensation. *Communication quarterly* 1983;31(1):85-94.
- Sieburg, E. - *Interpersonal confirmation : a paradigm for conceptualization and measurement*. Denver, Colo. : Denver University, 1975.
- Sundell, W. - *The operation of confirming and disconfirming verbal behaviour in selected teacher-student interactions*. Denver, Colo. : University of Denver, 1972. Diss.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. - *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. London : Faber & Faber, 1968. S.: 83-90.

En modell för bekräftande interaktion

- Gustafsson, B. - *Bekräftande omvårdnad : SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund : Studentlitteratur, 1996 (1996a).

- Gustafsson, B. - Interaktiv bekräftelse och upplevelser av hjälp. I: Fulford, K.W.M., Klockars, K. & Österman, B. (red.) - *Begrepp om hälsa : filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Stockholm : Liber utbildning, 1995. S. : 263-288.
- Gustafsson, B. - Kvalitetsindikatorer för bekräftande bemötande av patienter. I: Idvall, E. (red.) - *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. Stockholm : Svensk sjuksköterskefören. (SSF) : Spri, 1996. (Omvårdnad 1). S. : 89-106.
- Gustafsson, B. - *Living with dysphagia : some aspects of the experiential meaning of handicap, adaptedness and confirmation*. Stockholm, 1992. Stockholm : Karolinska institutet. Diss.
- Gustafsson, B. & Pörn, I. - A motivational approach to confirmation : an interpretation of some dysphagic patients' experiences. *Theoretical medicine* 1994;15(4):409-430.
- Pörn, I. - Jagvärderande emotioner. I: Niiniluoto, I & Reikkä, J. (red.) - *Tunteet*. Helsinki : University Press, 1996. S. : 251-257.
- Pörn, I. - Social dynamics. I: Pörn, I. - *Action theory and social science : some formal models*. Dordrecht : Reidel, 1981. S.: 83-104.
- Pörn, I. - Vård med helhetssyn. *Finska läkaresällskapets handlingar* 1988;148:137-140.
- Pörn, I. & Gustafsson, B. - *Conceptual foundations in care and caring*. 1996. Opublicerat bokmanuskript.
- Zetterberg, H.L. - *Arbete, livsstil och motivation*. Stockholm : Sv. arbetsgivarför. (SAF), 1977. (Företagsamheten inför 80-talet)
- Bekräftelsens innebörd och betydelse inom vården**
- Anderson, N. - Exclusion : a study of depersonalization in health care. *Journal of human psychology* 1981;21:67-68.
- Drew, N. - Exclusion and confirmation : a phenomenology of patient's experiences with caregivers. *Image : journal of nursing scholarship* 1986;18:39-43.
- Ersta högskola - *Utbildningsplan för sjuksköterskeprogrammet*. Stockholm : Ersta högskola, 1996.
- Garvin, B.J. & Kennedy, C.W. - Confirmation and disconfirmation in nurse/physician communication. *Journal of applied communication research* 1986;14(1):1-19.
- Gustafsson, B., Tibbling, L. & Theorell, T. - Do physicians care about patients with dysphagia? : a study on confirming communication. *Family Practice* 1992;9(2):203-209.
- Heineken, J. - Does anyone out there know I'm here? *Nursing management* 1983;14(6):16-17.
- Lazare, A. - Shame and humiliation in the medical encounter. *Archives of internal medicine* 1987;147:1653-1658.
- Mål och medel för hälso- och sjukvården : förslag till hälso- och sjukvårdslag : betänkande av Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU*. Stockholm : Liber Förlag, 1979. (SOU 1979:78)
- Tegern, G. - *Frisk och sjuk : vardagliga föreställningar om hälsan och dess motsatser*. Linköping : Tema, Univ., 1994. (Linköping studies in art and science 119). Linköping : Univ. Diss.

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

1. Den nya gymnasieskolan – hur går det? U.
 2. Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. U.
 3. Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. C.
 4. Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. UD.
 5. Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. UD.
 6. Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. UD.
 7. Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. UD.
 8. Batterierna – en laddad fråga. M.
 9. Om järnvägens trafikledning m.m. K.
 10. Forskning för vår vardag. C.
 11. EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. K.
 12. Kommuner och landsting med betalnings-svårigheter. Fi.
 13. Offentlig djurskyddstillsyn. Jo.
 14. Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. Fi.
 15. Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. UD.
 16. Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. UD.
 17. Bättre trafik med väginformatik. K.
 18. Totalförsvarspåbud m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. Fö.
 19. Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. UD.
 20. Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. U.
 21. Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. U.
 22. Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. U.
 23. Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. N.
 24. Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. UD.
 25. Från massmedia till multimedier – att digitalisera svensk television. Ku.
 26. Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. K.
 27. En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. U.
 28. Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. U.
 29. Forskning och Pengar. U.
 30. Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. Fi.
 31. Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. C.
 32. Möss och människor. Exempel på bra IT-användning bland barn och ungdomar. SB.
 33. Banverkets myndighetsroll m.m. K.
 34. Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. A.
 35. Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. Ju.
 36. Högskola i Malmö. U.
 37. Sveriges medverkan i FN:s familjeår. S.
 38. Nationalstadsparker. M.
 39. Rapport från klimatdelegationen 1995.
Klimatrelaterad forskning. M.
 40. Elektronisk dokumenthantering. Ju.
 41. Statens maritima verksamhet. Fö.
 42. Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. UD.
 43. Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. UD.
 44. Översyn av skatteflyktslagen.
Reformerat förhandsbesked. Fi.
 45. Presumptionsregeln i expropriationslagen. Ju.
 46. Enskilda vägar. K.
 47. Cirkelsamhället. Studiecirkelns betydelser för individ och lokalsamhälle. U.
 48. Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. N.
 49. Regler för handel med el. N.
 50. Förbud mot vapen på allmän plats m.m. Ju.
 51. Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag. A.
 52. Precisering av handelsändamålet i detaljplan. M.
 53. Kalkning av sjöar och vattendrag. M.
 54. Kooperativa möjligheter i storstadsområden. S.
 55. Sverige, framtiden och mångfalden. A.
 55. På väg mot egenföretagande. A.
 55. Vägar i Sverige. A.
 56. Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. A.
 57. Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. Fi.
 58. Finansieringen av det civila försvaret. Fö.
-

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

59. Europapolitikens kunskapsgrund.
En principdiskussion utifrån
EU 96-kommitténs erfarenheter. UD.
 60. Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och
utvidgningens effekter på den gemensamma
jordbrukspolitiken. UD.
 61. Olika länder – olika takt. Om flexibel integration
och förhållandet mellan stora och små stater i EU.
UD.
 62. EU, konsumenterna och maten
– Förväntningar och verklighet. Jo.
 63. Medicinska undersökningar i arbetslivet. A.
 64. Försäkringskassan Sverige – Översyn av
socialförsäkringens administration. S.
 65. Administrationen av EU:s jordbrukspolitik
i Sverige. Jo.
 66. Utvärderat personval. Ju.
 67. Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader.
Fi.
 68. Några folkbokföringsfrågor. Fi.
 69. Kompetens och kapital + bilaga. N.
 70. Samverkan mellan högskolan och näringslivet. N.
 71. Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer
och landsbygd. In.
 72. Rättspsykiatriskt forskningsregister. S.
 73. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 1 – En granskning. M.
 73. Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 1 – An Assessment. M.
 74. Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 2 – Faktaredogörelser. M.
 74. Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 2 – Descriptions. M.
 75. Värden i folkhögskolevärlden. U.
 76. EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer,
formalia. Sammanfattning av ett seminarium i
april 1996. UD.
 77. Utländska försäkringsgivare med verksamhet i
Sverige. Fi.
 78. Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning
och finansiering. N.
 79. Översyn av revisionsreglerna. Fi.
 80. Viktigt meddelande.
Radio och TV i Kris och Krig. Ku.
 81. Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. Fi.
 82. En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens
tillsynsmyndigheter. K.
 83. Allmänt pensionssparande. S.
 84. Ekobrottsforskning. Ju.
 85. Egon Jönsson – en kartläggning av lokala sam-
verkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. S.
 86. Utvecklad samordning inom det civila försvaret
och freds räddningstjänsten. Kartläggning,
överbägganden och förslag. Fö.
 87. Tredimensionell fastighetsindelning. Ju.
 88. Kameraövervakning. Ju.
 89. Samverkan mellan högskolan och de små och
medelstora företagen. N.
 90. Sammanhålllet studiestöd. U.
 91. Den privata vårdens omfattning och framtida
ersättningsformer – En översyn av de nationella
taxorna för läkare och sjukgymnaster. S.
 92. IT i miljöarbetet. M.
 93. Ny yrkestrafiklagstiftning. K.
 94. Nationell teledresskatalog. K.
 95. Botnabanan. K.
 96. Strukturförändring och besparing.
En uppföljning av genomförda förändringar
inom försvarsmaktens ledningsorganisation. Fö.
 97. Effektivare försvarsfastigheter!
Utvärdering av en reform. Fö.
 98. Vem styr försvaret? Utvärdering av
effekterna av LEMO-reformen. Fö.
 99. Avveckling med inläring. Erfarenheter från
LEMO-reformens avveckling av personal. Fö.
 100. Ett nytt system för skattebetalningar. Del A.
Ett nytt system för skattebetalningar. Del B.
Författningsförslag, författningskommentarer
och bilagor. Fi.
 101. Kärnavfall – teknik och platsval. KASAMs
yttrande över SKBs FUD-Program 95. M.
 102. TUFF – Teckenspråksutbildning för föräldrar. U.
 103. Miljöbalken. En skärpt och samordnad
miljölagstiftning för en hållbar utveckling.
Del 1 och 2. M.
 104. Konsumentskydd på elmarknaden. C.
 105. Att främja donationer till universitet
och högskolor. U.
 106. EU och Sverige – från Kiruna till Malmö.
Sammanfattning av fyra regionala möten
1995-96. UD.
 107. Union utan gränser – konsekvenser, möjligheter,
problem. Sammanfattning av ett seminarium i
november 1995. UD.
 108. Konsumenterna och miljön. C.
 109. Från åkerlotter till Paradis – ett delbetänkande
från Utredningen om universitetsfastigheter m.m.
angående överlåtelse och tomträttsupplåtelse av
vissa högskolefastigheter. Fi.
 110. Inför ett Svenskt kulturnät – IT och framtiden
inom kulturområdet. Ku.
-

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

- 111. Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. C
 - 112. Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. M.
 - 113. En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. S.
 - 114. En körkortsreform. K.
 - 115. Barnkonventionen och utlänningslagen. S.
 - 116. Artikel 6 i Europakonventionen och skatteutredningen. Fi.
 - 117. Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. Fi.
 - 118. Station Stockholm Nord. K.
 - 119. Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. Fi.
 - 120. Högskolan i Malmö – Slutbetänkande. U.
 - 121. Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. K.
 - 122. Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. U.
 - 123. Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av försvarets ledning och stöd. Fö.
 - 124. Miljö för en hållbar hälsoutveckling. Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. S. Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. S. Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. S.
 - 125. Droger i trafiken. Ju.
 - 126. Doping i folkhälsoperspektiv. Del A och Del B. S.
 - 127. Folkbildningens institutioner. U.
 - 128. Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturminneslagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. Ku.
 - 129. Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. In.
 - 130. De två kulturerna. Rapporter av Klaus Richard Böhme, Bo Hultdt, Carl-Einar Stålvant samt Kent Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
 - 131. Extern värdering av hot och förmåga. Mättnings- och organisationsaspekter på statsmakternas styrning av försvaret. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
 - 132. Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. Fö.
 - 133. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. S.
 - 134. Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. S.
 - 135. Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi. Kunskapsläge och behov av framtida FoU. S.
-

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Möss och människor. Exempel på bra
IT-användning bland barn och ungdomar. [32]

Justitiedepartementet

Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. [35]
Elektronisk dokumenthantering. [40]
Presumptionsregeln i expropriationslagen. [45]
Förbud mot vapen på allmän plats m.m. [50]
Utvärderat personval. [66]
Ekobrottsforskning. [84]
Tredimensionell fastighetsindelning. [87]
Kameraövervakning. [88]
Droger i trafiken. [125]

Utrikesdepartementet

Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför
regeringskonferensen 1996. [4]
Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första
pelare inför konferensen 1996. [5]
Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns
erfarenheter av arbetet i EU. [6]
Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och
säkerhetspolitik inför konferensen. [7]
Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga
och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte
utvidgning. [15]
Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar,
utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga
rättigheter i EU. [16]
Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs
bedömningar inför konferensen 1996. [19]
Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga
EU-länders förslag och debatt inför
konferensen 1996. [24]
Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament
och offentlighet i EU. [42]
Jämställdheten i EU. Spelregler och
verklighetsbilder. [43]
Europapolitikens kunskapsgrund.
En principdiskussion utifrån
EU 96-kommitténs erfarenheter. [59]
Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och
utvidgningens effekter på den gemensamma
jordbrukspolitiken. [60]
Olika länder – olika takt. Om flexibel integration
och förhållandet mellan stora och små stater i EU.
[61]

EU:s konferens – procedurer, aktörer,
formalia. Sammanfattning av ett seminarium i
april 1996. [76]
EU och Sverige – från Kiruna till Malmö.
Sammanfattning av fyra regionala möten
1995-96. [106]
Union utan gränser – konsekvenser, möjligheter,
problem. Sammanfattning av ett seminarium i
november 1995. [107]

Försvarsdepartementet

Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier
efter muck, bostadsbidrag, dagpenning,
försäkringar. [18]
Statens maritima verksamhet. [41]
Finansieringen av det civila försvaret. [58]
Utvecklad samordning inom det civila försvaret
och freds räddningstjänsten. Kartläggning,
överbägganden och förslag. [86]
Strukturförändring och besparing.
En uppföljning av genomförda förändringar
inom försvarsmaktens ledningsorganisation. [96]
Effektiva försvarsfastigheter!
Utvärdering av en reform. [97]
Vem styr försvaret? Utvärdering av
effekterna av LEMO-reformen. [98]
Avveckling med inläring. Erfarenheter från
LEMO-reformens avveckling av personal. [99]
Iakttagelser och förslag efter omstruktureringen av
försvarets ledning och stöd. [123]
De två kulturerna. Rapporter av Klaus Richard
Böhme, Bo Hult, Carl-Einar Stålvant samt Kent
Zetterberg. Bilagor med underlagsmaterial till
UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [130]
Extern värdering av hot och förmåga. Mättnings- och
organisationsaspekter på statsmakternas styrning av
försvaret. Bilagor med underlagsmaterial till
UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [131]
Det stora och snabba greppet. Om LEMO-reformens
metoder och resultat. Bilagor med underlagsmaterial
till UTFÖR:s slutbetänkande SOU 1996:123. [132]

Socialdepartementet

Sveriges medverkan i FN:s familjeår. [37]
Kooperativa möjligheter i storstadsområden. [54]
Försäkringskassan Sverige – Översyn av
socialförsäkringens administration. [64]
Rättspsykiatriskt forskningsregister. [72]
Allmänt pensionssparande. [83]
Egon Jönsson – en kartläggning av lokala
samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. [85]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. [91]
En allmän och aktiv försäkring vid sjukdom och rehabilitering. Del 1 och 2. [113]
Barnkonventionen och utlänningslagen. [115]
Miljö för en hållbar hälsoutveckling.
Betänkande. Förslag till nationellt handlingsprogram. [124]
Bilaga 1. Miljörelaterade hälsorisker. [124]
Bilaga 2. Aktörer och verktyg i miljöhälsoarbetet. [124]
Doping i folkhälsoperspektiv. Del A och Del B. [126]
Jämförande vård. Olika vård på lika villkor. [133]
Jämförande vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv. [134]
Fibromyalgi och Duchennes muskeldystrofi.
Kunskapsläge och behov av framtida FoU. [135]

Kommunikationsdepartementet

Om järnvägens trafikledning m.m. [9]
EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. [11]
Bättre trafik med väginformatik. [17]
Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. [26]
Banverkets myndighetsroll m.m. [33]
Enskilda vägar. [46]
En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. [82]
Ny yrkestrafiklagstiftning. [93]
Nationell teledresskatalog. [94]
Botniabanan. [95]
En körkortsreform [114]
Station Stockholm Nord. [118]
Spår, miljö och stadsbild i centrala Stockholm. [121]

Finansdepartementet

Kommuner och landsting med betalnings-svårigheter. [12]
Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. [14]
Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. [30]
Översyn av skatteflyktslagen.
Reformerat förhandsbesked. [44]
Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. [57]
Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. [67]
Några folkbokföringsfrågor. [68]
Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. [77]
Översyn av revisionsreglerna. [79]

Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. [81]
Ett nytt system för skattebetalningar. Del A.
Ett nytt system för skattebetalningar. Del B.
Författningsförslag, författningskommentarer och bilagor. [100]
Från åkerlotter till Paradis – ett delbetänkande från Utredningen om universitetsfastigheter m.m. angående överlåtelse och tomträttsupplåtelse av vissa högskolefastigheter. [109]
Artikel 6 i Europakonventionen och skatte-utredningen. [116]
Expertrapporter från Skatteväxlingskommittén. [117]
Lättnad i dubbelbeskattningen av mindre företags inkomster. [119]

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan – hur går det? [1]
Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. [2]
Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. [20]
Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. [21]
Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. [22]
En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. [27]
Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. [28]
Forskning och Pengar. [29]
Högskola i Malmö. [36]
Cirkelsamhället. Studiecirkelns betydelser för individ och lokalsamhälle. [47]
Vården i folkhögskolevärlden. [75]
Sammanhållet studiestöd. [90]
TUFF – Teckenspråksutbildning för föräldrar. [102]
Att främja donationer till universitet och högskolor. [105]
Högskolan i Malmö – Slutbetänkande. [120]
Kunskapssyn och samhällsnytta i hantverkscirklar och hantverksutövande. [122]
Folkbildningens institutioner. [127]

Jordbruksdepartementet

Offentlig djurskyddstillsyn. [13]
EU, konsumenterna och maten
– Förväntningar och verklighet. [62]
Administrationn av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. [65]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Aktiv arbetsmarknadspolitik + expertbilaga. [34]
Grundläggande drag i en ny arbetslöshetsförsäkring – alternativ och förslag. [51]
Sverige, framtiden och mångfalden. [55]
På väg mot egenföretagande. [55]
Vägar in i Sverige. [55]
Hälften vore nog – om kvinnor och män på 90-talets arbetsmarknad. [56]
Medicinska undersökningar i arbetslivet. [63]

Kulturdepartementet

Från massmedia till multimedia – att digitalisera svensk television. [25]
Viktigt meddelande.
Radio och TV i Kris och Krig. [80]
Inför ett Svenskt kulturnät – IT och framtiden inom kulturområdet. [110]
Skyddet av kulturmiljön. En översyn av kulturminneslagens bestämmelser om byggnader och kulturmiljöer, prästgårdar, kyrkstäder och ortnamn. [128]

Näringsdepartementet

Kartläggning och analys av den offentliga sektorns upphandling av varor och tjänster med miljöpåverkan. [23]
Shaping Sustainable Homes in an Urbanizing World. Swedish National Report for Habitat II. [48]
Regler för handel med el. [49]
Kompetens och kapital + bilaga. [69]
Samverkan mellan högskolan och näringslivet. [70]
Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning och finansiering. [78]
Samverkan mellan högskolan och de små och medelstora företagen. [89]

Civildepartementet

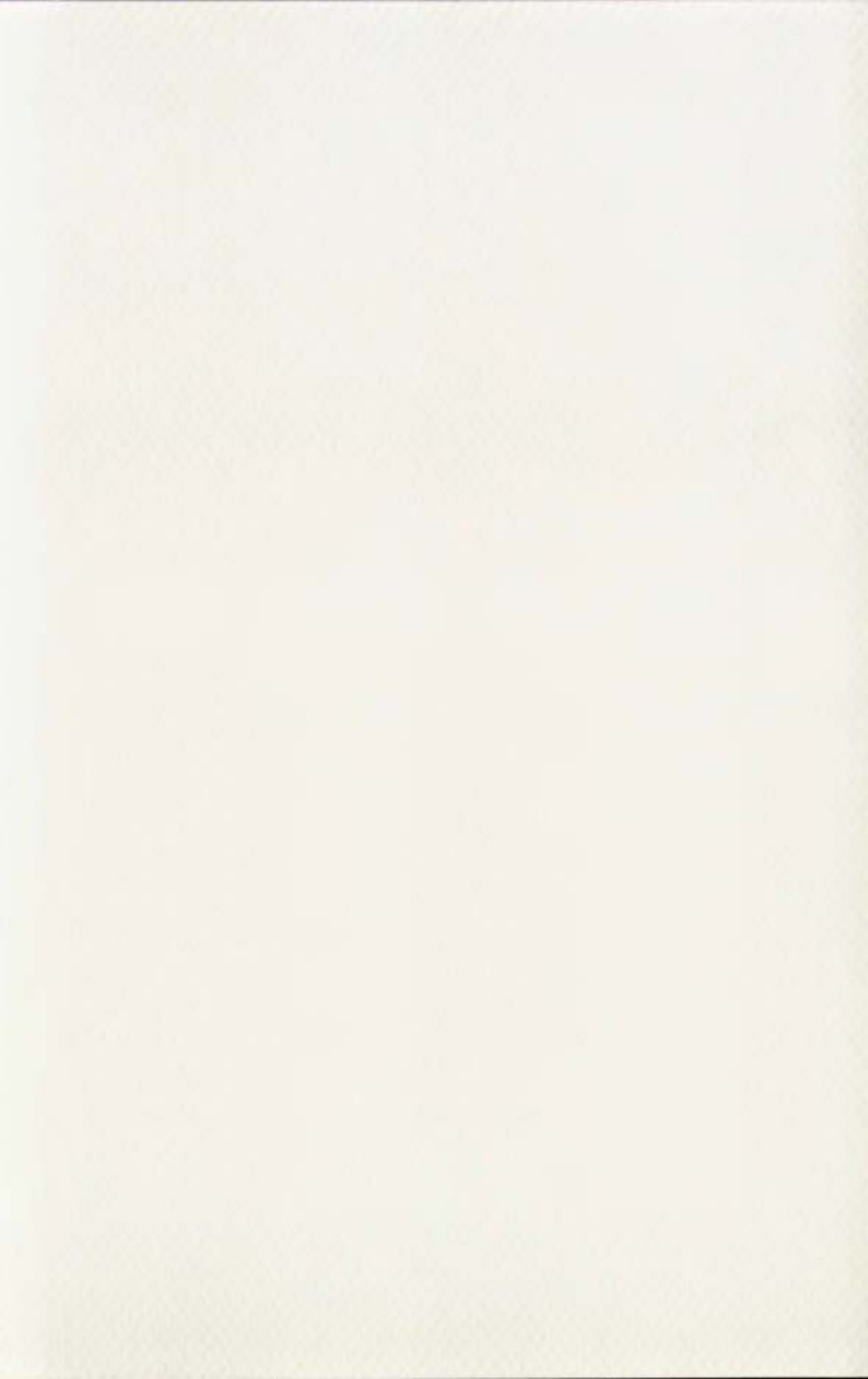
Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. [3]
Forskning för vår vardag. [10]
Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. [31]
Konsumentskydd på elmarknaden. [104]
Konsumenterna och miljön. [108]
Bevakad övergång. Åldersgränser för unga upp till 30 år. [111]

Inrikesdepartementet

Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. [71]
Den kommunala självstyrelsen och grundlagen. [129]

Miljödepartementet

Batterierna – en laddad fråga. [8]
Nationalstadsparker. [38]
Rapport från klimatdelegationen 1995.
Klimatrelaterad forskning. [39]
Precisering av handelsändamålet i detaljplan. [52]
Kalkning av sjöar och vattendrag [53]
Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 1 – En granskning. [73]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 1 – An Assessment. [73]
Svensk kärnteknisk tillsynsverksamhet.
Volym 2 – Faktaredogörelser. [74]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 2 – Descriptions. [74]
IT i miljöarbetet. [92]
Kärnavfall – teknik och platsval. KASAMs yttrande över SKBs FUD-Program 95. [101]
Miljöbalken. En skärpt och samordnad miljölagstiftning för en hållbar utveckling.
Del 1 och 2. [103]
Integrering av miljöhänsyn inom den statliga förvaltningen. [112]



FRITZES

POSTADRESS: 106 47 STOCKHOLM
FAX 08-20 50 21, TELEFON 08-690 91 90

ISBN 91-38-20376-6
ISSN 0375-250X