

Exploatering eller passion - sjuksköterskor i forskarutbildning

Birgitta Jordansson

Inledning

Varför ta klivet in i forskarutbildning efter många års yrkesverksamhet? Det var en fråga jag bar med mig då jag intervjuade ett antal doktorander vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet 2007/2008.²³ De svar jag fick handlade i hög grad om egna personliga önskningar om utveckling inom yrket men också om att få möjligheter att ”lyfta” de praktiska erfarenheterna till en teoretisk nivå och på så vis utveckla kunskaperna inom yrket.

Oavsett vilket kan det även ses i ljuset av den professionaliseringsprocess som forskarutbildning inom området avspeglar. Det är en process som innebär att få kontroll över den specifika kunskapsutvecklingen och att utveckla en yrkesspecifik expertkunskap. Det handlar om att flytta fram yrkets positioner, vilket innebär att den traditionella maktordningen mellan de båda yrkesgrupperna läkare och sjuksköterska kan brytas. Det är en utveckling som främst har beskrivits utifrån själva omvårdnadsfältets framväxt men det har knappast diskuterats utifrån de erfarenheter som de sjuksköterskor som själva deltagit i processen kan berätta om. Syftet är här att via berättelser från några av dessa aktörer fånga drivkrafter och villkor för enskilda aktörer i denna process. Berättelserna ger en belysning åt den diskussion kring passion och exploatering som lyfts fram ovan (Karlsson).

Trots att villkoren framstår som synnerligen kravfyllda skapar de motivation och en vilja att fortsätta. Det som skulle kunna definieras som exploatering innebär

²³ Undersökningen har genomförts inom ramen för forskningsprojektet *Doktorshattar i omvandling. Forskarutbildning för universitet och samhälle – betydelsen av kunskapsutveckling och genusordning*, finansierat av Vetenskapsrådet, se Jordansson, Birgitta & Anna Peixoto (2011). En studie av doktorander inom olika fakulteter genomförs av Anna Peixoto. Se även Haraldsson (2010).

här snarare en ”en autonom internalisering av aktiviteten i fråga”. Med Karlsson (ovan) blir de uttryck för en harmonisk passion. Sjuksköterskorna i föreliggande text är specifika men resonemanget skulle kunna vidgas till en betydligt större grupp – inte minst inom den akademiska organisationen och kanske främst till doktorander i deras arbete med att etablera en självständig position som akademiska lärare/forskare.

En tolkning i termer av professionaliseringsprocess låter sig göras utifrån en bakgrund i sjuksköterskans historia. Under åtskilliga decennier har hon underordnats läkaren och den medicinska vetenskapen men under de senaste årtiondena har det nu utvecklats en autonom omvårdnadsdisciplin byggd på sjuksköterskans egna kompetensområden. En kort beskrivning av den historiska relationen mellan de två yrkesgrupperna sätter in utvecklingen i ett sammanhang.

Den ojämlika relationen mellan läkaren och sjuksköterskan – professionen och semiprofessionen

Både läkaren och sjuksköterskan befinner sig inom vården men har traditionellt gjort så på olika villkor. Läkare har framstått som ett närmast idealtypiskt exempel på en profession (Parsons 1951/91; Freidson 1988). Yrket faller tillbaka på en professionell status som erövrades redan under sent 1800-tal och som därefter har upprätthållits via de klassiska kännetecknen på en profession, det vill säga den medicinska expertkunskapen, den statligt sanktionerade utbildningen, de etiska koder som styr verksamheten samt de specifika yrkesorganisationer som bevakar auktoriteten (Molander och Terum 2008; Abbott 1988; Torstendahl and Burrage 1990; Freidson 2001; Larsson 1990). Yrket bygger på en autonomi som baseras på expertkunskapen och professionens status och auktoritet inbegriper legitimitetskriterier som syftar till att sätta gränser och utestänga icke-behöriga. Att maximera sina tillgångar och att ”stänga” för åtkomlighet blir strategier för att framhäva och bevara gruppens särintressen och det är strategier som kommer till användning i professionaliseringsprocessen. Kontroll av utbildningar, kunskapsinnehåll, yrkeslegitimation, diplom och examina är exempel på tillgångar som får betydelse i dessa processer (Larsson 1990).

I motsats till denna yrkesgrupp har sjuksköterskan framstått som läkarens assisterande ”medhjälpare” och yrkets kunskapsinnehåll har varit underordnat den medicinska expertkunskapen. Men genom själva medhjälparens definierade sjuksköterskorna också en slags mellanposition mellan läkarna och biträden/undersköterskor. De bistod i det medicinska arbetet och gavs rätt att utföra vissa medicinska behandlingar. Under första hälften av 1900-talet omtalades sjuksköterskan som läkarens ”förlängda arm” eller det ”extra ögat” (Rehn 2008: 50). Hennes status har – utifrån detta - definierats som semiprofessionell, en slags halvvägs genomförd process utan utsikter att nå en fullvärdig professionsstatus. Gränsdragningarna uppåt, gentemot läkarkårens egendefinierade exklusivitet har varit tydliga (Etzioni 1969). Enligt Katz (1969) kunde förhållandet mellan läkaren och sjuksköterskan liknas vid ett kastförhållande som inte hade några utsikter att förändras eftersom läkarna ville bevara beroendeförhållandet. Själva begreppet semiprofession har sin grund i den möjlighet till viss kortare medicinsk utbildning som ingick i sjuksköterskeutbildningen. En bidragande förkla-

ring till den semiprofessionella statusen ligger även i sjuksköterskeyrkets koppling till kvinnor och till föreställningar om kvinnlighet. Till saken hör att sjuksköterska var ett yrke som utvecklades som specifikt lämpligt för /borgerliga/ kvinnor under senare delen av 1800-talet. Detta har därefter präglat både yrket som sådant och de strategier som kommit till användning. Både klass och kön har följaktligen varit verksamma kategorier då det gällt sjuksköterskans relation till övriga yrkeskategorier inom vården (Lindgren 1992; Emanuelsson 1990; Erlöf och Pettersson 1992; Holmdahl 1994; Davies 1995; Rehn 2008). Eriksson (2002) har visat att de män som sökte sig till sjuksköterskeutbildningarna vid 1900-talets mitt tillskrevs egenskaper som ansågs feminina.

Relationen har inneburit att sjuksköterskan har definierats utifrån vad hon *inte* varit, det vill säga hon var inte medicinsk expert. Men definitionen gav henne samtidigt ett visst tolkningsföreträde gentemot biträdet/ undersköterskan. Den gav utrymme för att definiera vad hon *var* i förhållande till dessa underordnade kategorier. Visserligen ägnade sig både sjuksköterskan och biträdet åt omvårdnad men de gjorde så på helt olika grunder. Sjuksköterskan hade tillgång till delar av de medicinska expertkunskaperna och hon gavs rätten att bistå läkaren med visst medicinskt arbete och efter anvisningar även rätten att utföra vissa medicinska behandlingar (Rehn 2008:45-110). Själva ”medhjälpanDET” blev ett sätt att profilera sjuksköterskeyrket mot den omvårdnad som de själva var en del av. Även sjuksköterskan satte gränser och det gjordes gentemot biträdet/undersköterskan med hjälp av rituella symboler, såsom brosch, uniform, ”kåranda och kall”.

Kategoriell ojämlikhet

Sjuksköterskan hade alltså möjligheter att profilera en slags mellanposition. Hon var underordnad läkaren men förmer än biträdet och undersköterskan. En teoretisk förståelse av dessa förhållanden bidrar Tilly (2000) med. Hans sätt att diskutera kategoriell ojämlikhet flyttar positionerna från att handla om över- respektive underordning på ett individuellt plan, det vill säga läkarens överordnade position i förhållande till sjuksköterskan, till en överordning baserad på kategorier, det vill säga på yrkenas relation till varandra.

Utgångspunkten för Tilly är de mekanismer som reproducerar ojämlikhet och där begreppen *exploatering* och *möjlighetsansamling* av värdeskapande resurser lägger grunden för obalansen medan begreppen *anpassning* och *efterlikning* generaliserar inflytandet av densamma. Konkret, och i förhållande till de båda yrkesgrupperna, handlar det om att läkarna utnyttjar eller exploaterar sitt kunskapsmonopol för att sätta gränser, kontrollera och utestänga sjuksköterskorna från det fulla värdet av dessa kunskaper. Läkarkåren utgör en kategoriellt avgränsad grupp som har exklusivt tillträde till en värdefull resurs (kunskapen), vilken är möjlig att monopolisera. Samtidigt erbjöd förhållandena en viss, begränsad möjlighetsansamling även för sjuksköterskorna då de fick tillgång till en begränsad medicinsk kompetens. Mot bakgrund av detta kunde de upprätthålla sin överordnade position gentemot biträden/undersköterskor:

/.../ människor som saknar makt kan använda möjlighetsansamling om de uppmuntras, tolereras eller ignoreras av de mäktiga. Ofta vinner de båda parterna kompletterande om än olika fördelar genom att tillsammans utestänga andra. (Tilly 2000: 21)

Men här är det främst relationen till läkarkåren som ska belysas och utifrån denna har den begränsade möjlighetsansamlingen - och inte minst accepterandet av förhållandena genom anpassning och efterlikning – kommit att generalisera relationen mellan yrkesgrupperna.

Relationen mellan de två yrkesgrupperna präglades således av en strukturell underordning. I sjukvårdsorganisationen har förhållandet mellan grupperna länge varit given och för sjuksköterskorna har det handlat om att i görligaste mån skaffa sig tillträde till de resurser som varit möjliga för dem att tillskansa sig. Yrkets historia har under lång tid präglats av denna begränsade möjlighetsansamling på läkarprofessionens och den medicinska kunskapsbasens villkor. Visserligen var sjuksköterskans arbetsuppgifter förknippade med vård och omsorg men med en utveckling under senare delen av 1900-talet som innebar alltmer av ”teknifiering” kunde distinktionen gentemot biträdet upprätthållas och maktordningen mellan dessa grupper bevaras och förstärkas, samtidigt som underordningen i förhållande till läkarna var fortsatt given. Teknisk rationalitet smög sig in i språkbruket och mätning, diagnos och data blev begrepp som låg som bas även i det omvårdnadsspecifika komplexet.

Förändrade förutsättningar

Under 1900-talets sista decennier inleddes en process som kan diskuteras som ett sätt att bryta den strukturella maktordningen mellan läkare och sjuksköterska. Istället för att höja sjuksköterskeyrkets status via den medicinska kunskapsbasen och forskningstraditionen och med en anpassning till den medicinska diskursen handlade det nu om att upprätta en egen autonomi inom omvårdnad, det vill säga om en professionaliseringsprocess på egna villkor.

Forskarutbildning inom området startades under 1980-talet då de första professurerna i ämnet inrättades (Derbring & Stölten 1992; Sandin 1988; Bentling 1992, 1995; Heyman 1995; Björkström 2005). Det medicinska kunskapsmonopolet utmanades och relationen mellan yrkesgrupperna började förändras. Sjuksköterskeyrket har numera etablerat sig som en självständig yrkesgrupp byggd på professionens klassiska kriterier: egen utvecklad expertkunskap inom omvårdnadsfältet, kvalificerad teoretisk och statligt sanktionerad utbildning samt fackliga organisationer som driver både traditionellt fackliga frågor och försvarar de professionella landvinningarna. Svensk sjuksköterskeförening (SFF) bildades redan 1910 men har numera programmatiska formuleringar kring forskningsanknytningen (www.Swenurse.se). Vetenskapsteoretiskt och epistemologiskt kan det diskuteras huruvida det har utvecklats ett omvårdnadsfält eller om det fortfarande är det ”fält i vardande” som Heyman (1998) definierade vid mitten av 1990-talet. Det kommer emellertid inte att diskuteras här. Huruvida den pågående professionaliseringsprocessen också inneburit att den strukturella makt-

ordningen i förhållande till läkarkåren brutits återkommer jag till i avslutningen. Fortsättningsvis kommer jag att koncentrera på drivkrafter och villkor för enskilda sjuksköterskor i den professionaliseringsprocess som genomförs via utvecklandet av ett eget vetenskapligt omvårdnadsfält.

De berättande rösterna – omvårdnadsdoktoranderna

De nio sjuksköterskor som kommer till tals i denna text befann sig i forskarutbildning vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet år 2007/2008. Utbildningen var relativt ny i Göteborg och hade startat år 2000 och vid denna tid fanns cirka 60 doktorander antagna. Merparten av dessa var kvinnor.

Doktorander är en grupp som på flera sätt befinner sig i en utsatt position. De står i en beroenderelation till handledare och befinner sig i en akademisk kultur som traditionellt betraktat forskarstudier som ett kall snarare än som ett reglerat arbete. Arbetsmiljön är ofta problematisk och inte minst handlar det om konflikter mellan studier och socialt ansvar för hem och familj. Att fortsätta trots att ”det brände ut mig/min familj” är ett uttalande som hämtats från en av de återkommande doktorandenkäter som genomförts (Haglund 1998:16).

Den specifika grupp som doktorerar inom omvårdnad befinner sig dessutom inom en professionsutbildning. Till skillnad från mer traditionella akademiska discipliner är det en utbildning som befinner sig i ett spänningsfält mellan teori och praktik där det handlar om att inte släppa taget om de krav på erfarenhetsbaserad kunskap som finns ute i ”verkligheten”. Inte minst påtagligt eftersom gruppen ofta har en lång yrkesverksam period bakom sig. De villkor de möter kommer dessutom att vara relaterade till legitimiteten inom det vetenskapliga fältet och om etablerandet av ett delfält med autonomi och med egna kriterier för vad vetenskap är (Bourdieu 1996; Heyman 1996). Men det handlar även om legitimitet inom den kliniska yrkesverksamheten. Praktiken är ämnets historiska förutsättning, likaväl som dess nutida avnämning. Elzinga (1989) sammanfattar problematiken på följande sätt:

Förvetenskapligandet av vårdkunskaper får olika innebörd för olika aktörer, och de som själva är indragna i forskning eller forskarutbildning har en dubbellojalitet. Dels måste de relatera i sin gärning till den ursprungliga semiprofessionens praktik, dels ingår de i kraft av den nya akademiska disciplinen i en annan typ av profession, den akademiska. Ett resultat blir spänningar som yttrar sig på olika nivåer. Det gäller kunskaps- eller vetenskapsideal och det gäller identiteter inbördes och gemenskap med den egna ursprungliga semiprofessionen gentemot andra professioner och yrkesgrupper inom vården, t ex läkare och sjukvårdsbiträden, dvs sådana som står över och under sjuksköterskorna (s 136).

Spänningen mellan teoretisk och praktisk kunskap

Relationen mellan de två kunskapsbaserna har präglats av en spänning. Under stora delar av 1900-talet hade kunskaps- och vetenskapsidealet även för sjuksköterskorna varit dominerat av medicinen och den fanns med i sjuksköterskornas egen utbildning. Men teoretisk kunskap sågs samtidigt med viss skepsis bland sjuksköterskorna. Som motvikt lyftes den erfarenhetsbaserade praktikerkunskapen fram. Det var en kunskap som till en början även kunde motiveras med hänvisning till kvinnliga, vårdande attribut (jfr Rehn 2008:81ff). Det handlade om ett ”knowing-how” till skillnad från den forskningsbaserade ”knowing-that” eller förtroendet med verksamhetens mångfald och med mogenhet och livserfarenhet i motsats till inlärdd teoretisk ”påståendekunskap” (Benner 1984; Derbing & Stöltten 1992; Josefsson 1991; Sandin 1988).

Spänningen mellan dessa kunskapsideal hade blivit påtaglig i samband med att sjuksköterskeutbildningen inordnades under högskolan med reformen Vård-77. Utbildningen skulle härefter baseras på vetenskap och i de utredningar som föregick reformen påtalades möjligheten att skapa ”förändringsagenter” som på sikt skulle kunna påverka både arbetsrutiner och förhållningssätt inom vården. Bland de yrkesverksamma sjuksköterskorna fanns farhågor om att detta skulle innebära att de nyutbildade nu måste läras upp när de kom ut i arbetslivet (Berg & Hernborg 2001). Traditionella föreställningar om sjuksköterskan levde kvar, vilket även fick till konsekvens att den påbjudna forskningsanknytningen hade svårt att få genomslag. Den sågs snarare som en ”strimma” i utbildningen (Pillhammar 1991). En av doktoranderna, vars berättelse ingår i föreliggande undersökning, hade fått sin grundutbildning när den förändrade utbildningen var ny. Hon mindes det på följande sätt:

Det skulle vara forskning och inte bara beprövad erfarenhet och vi tyckte det var ett evigt flumleri. Jag sa efter sex månader att ska det fortsätta så här så vill jag inte bli sjuksköterska. Man försökte få in oss i det nya men vi gick inte riktigt med på det. /.../ Jag blev sjuksköterska på det sätt som jag tänkt att det skulle vara. Det där andra förstod jag inte mycket av.

Professionalisering på egna villkor

Vård-77-reformen med högskoleanknytning och påbjuden forskningsanknytning utökades 1993 då utbildningen förlängdes till tre år och nu även utan krav på tidigare vårderfarenhet för att bli antagen. Ur professionaliseringsperspektiv var det betydelsefullt att utbildningen fått statlig högskolesanktion. I förlängningen hade det öppnats nya karriärvägar för de enskilda sjuksköterskorna eftersom det kom att ställas krav på lärare med forskningserfarenhet och forskningsanknytning. En grund för forskning inom yrkesområdet hade lagts. En teoretiskt förankrad kunskap med bas i omvårdnaden och som på så vis var relaterad till de egna professionssträvandena, började ta form. Forskningsanknytningen gav möjligheter till en förändring på sjuksköterskans egna villkor och utifrån den egna expertkunskapen. Sjuksköterskorna hade fått en ny plattform att utgå ifrån och kunde även distansera sig från den tidigare överordnade medicinen.

Omvandlingen ställde nya krav på vårdhögskolornas lärare. Ett kritiskt perspektiv skulle nu genomsyra undervisningen och det fordrades att lärarna hade kompetens för detta. Kravprofilen för undervisningstjänsterna framhöll både undervisningsmeriter, vårderfarenhet och forskningsanknytning – teori och praktik skulle varvas. Den doktorand som ovan har delgivit sina erfarenheter som student hade kallats in som lärare och mindes det på följande sätt:

Så plockade dom in oss nyutexaminerade (magisterexamen, min anm) för att vi skulle förbättra undervisningen. /.../ Och jag skulle ändra på alltihop för att högskolan skulle bli bättre. Men hjälp vilken sats jag försatte mig i. /.../ Studenterna ville ha det gammaldags och det fanns något i mig som kunde känna igen mig från min egen utbildning. /.../ Dom som nappade var dom unga, dom som hade hela arbetslivet framför sig. Den andra halvan – de äldre – ägnade hela kursen åt att klaga över hur jag förstört kursen, utbildningen.

Citatet speglar den ambivalens och den polaritet som fanns mellan erfarenhetsbaserad och teoretisk kunskap. En del såg sitt kunskapsområde hotat medan andra såg möjligheter och menade att de akademiska meriterna innebar kompetenshöjning för de enskilda sjuksköterskorna. Utbildningen var en nödvändig inträdesbiljett för den som ville söka en ledande befattning och den var även en merit i samband med löneförhandlingar (Landstingsförbundet 1994; Berg & Hernborg 2001). Inte minst högskolorna såg en möjlighet i forskningsanknytningen och här lades allt större vikt vid teoretisk kunskap med fördjupning inom det nya omvårdnadsämnet.

Spänningen ligger latent fortfarande idag. Å ena sidan som att teoretisk förankring är det som borde vara legitimitetsgrundande. En av de doktorander jag talat med angav att motivet för att söka till forskarutbildningen var relaterat till de egna arbetserfarenheterna och hon hade frågat sig

/V/arför är det ingen som lyssnar på mig? Och då blev det att man kanske ska forska på detta då. Jag tänkte att jag nog får bli doktorand då. Måste man ha några bokstäver i slutet (fil dr, min anm) för att någon ska lyssna?

Å andra sidan har den teoretiska kunskapen haft svårt att få gehör i den ”verkliga världen” – ”jag forskar egentligen bara för att vara förberedd den dag då arbetsgivaren hunnit ikapp och insett behovet av förändring”, som en av de intervjuade sade.

Spelreglerna

Detta är en övergripande bakgrund till de villkor som doktoranderna i dessa berättelser har haft att förhålla sig till. De har varit pionjärer. De var bland de första i den nyinrättade forskarutbildningen och de hade också en stark förankring i yrkeslivet.

Flera hade blivit antagna utan ekonomisk trygghet och under förutsättningar som inneburit att de själva fått hitta försörjning och därmed ofta fortsatt sitt ordinarie yrkesarbete vid sidan om – eller – i några fall - som det huvudsakliga medan forskningen legat vid sidan om. Forskarutbildningsreformen från 1998 förordade att de doktorander som antogs även skulle ha finansiering under utbildningstiden (Haraldsson 2010) men det är något som fortfarande inte helt har genomförts och bland de som berättar här har det varit få förunnat. Arbetsvillkoren har därför kännetecknats av ett pusslande för att få arbete och forskarutbildning att gå ihop. Ett slags dubbelt utanförskap blev ofta följd, en känsla av att inte höra hemma någonstans. Det ordinarie arbetet har skraddarsyttts för att passa studierna. Det har ofta handlat om hel- och/eller kvällsarbete som gett högre ersättning. En helgs arbete omräknat i pengar innebar till exempel att det ”bara försvann” en halv dag från forskningen. Det blir en rent ekonomisk beräkning som inte tar hänsyn till den psykiska, fysiska eller sociala ”kostnaden”. Det har inte ansetts möjligt att kräva ekonomisk kompensation eller att ifrågasätta de ekonomiska förutsättningarna. En av de intervjuade hade börjat med en föreställning om studierna som ett heltidsarbete. Hon hade tagit tjänstledigt, fått studiemedel och såg utbildningen som en kompetenshöjning. På institutionen möttes hon snarast av förvåning och hon beskrev det som att:

//Ingen hade gjort så förr, alla gick ju på deltid och arbetade vid sidan om. Det kunde ta 20 år att disputera och det var därför man fick till svar att forska det gör man på kvällar, nätter och helger.

Inte heller arbetsplats har varit en självklarhet för dessa doktorander. Det fanns ett rum med skrivplatser och datorer för fyra personer på institutionen. ”Och dessförinnan gick det ju alltid att hitta sina små nischer eller prång att sitta i om det var något som behövde göras”, som en av kvinnorna sade. För dessa doktorander har hemmet blivit den naturliga arbetsplatsen men på så vis har de också själva fått stå för sina arbetsrelaterade kostnader (papper, toner till datorn, telefon etc). En av de intervjuade beskrev hur hon samlade in begagnade A4-papper i bekantskapskretsen för att trycka på baksidan. Hur den enskilda väljer att hantera en sådan situation kan naturligtvis variera men en strategi var följande:

Mitt i allt detta tycker jag att det känns skönt, att inte tillhöra och så. Jag tar det i min egen takt. Kanske att jag någon gång [i studieplanen, min anm] skrivit att jag läser på helfart, jag fyller alltid i papper fel. Det är rätt skönt att göra något annat också. Jag skiter i det. Jag kör mitt eget lilla race här, på gott och ont säkert.

Till detta kommer att omvårdnadsforskningen ofta bedrivs vid medicinsk fakultet där den medicinska vetenskapssynen och kunskapsidealet är förhärskande. Här är det normala att doktoranden ingår i ett större projekt och skriver ett antal fristående artiklar inom ramen för detta projekt och i samarbete med handledare och övriga kollegor i projektet. Den stipulerade tiden för heltidsstudier är fyra år. Omvårdnadsdoktoranderna, som mestadels har sin bas i en hermeneutisk eller

tolkande forskningstradition, har ofta själva kommit med en idé om avhandlings-tema och det handlar många gånger om individuella projekt. Ur ett yrkesmässigt perspektiv är detta något som stärker förbindelsen mellan studierna och den egna praktiken, eftersom projekten ofta har en direkt relevans för yrkespraktiken. Det utanförskap som flera av de intervjuade återkom till kan därigenom vändas i en kontrollerad balans. En av de intervjuade återgav en kommentar som hon fått från sin dotter:

Men mamma, du har ju redan gjort den största nyttan genom att lyssna på dom här personerna (studieobjekten, min anm). Dom kommer aldrig att läsa din avhandling men du har ju hjälpt dom på vägen'. Det gör att pressen att bli färdig, den kanske inte är så stor, jag har ju ändå gjort något. Jag känner att jag har ett jättematerial, jag har över tusen sidor intervjuutskriften och över 60 timmar bandat material. Jag är inte beredd att våldföra mig på materialet bara för att universitetet vill att jag ska bli färdig.

Även om arbetet pågår inom ett specifikt utvecklat omvårdnadsfält är spelreglerna således i hög grad satta – någon annanstans. De medicinska kunskapsidealerna har fortfarande stort inflytande även över den akademiska vardagen inom omvårdnadsfältet. För de enskilda doktoranderna handlar det om att hitta strategier för att förhålla sig till dessa. Från att ha kommit från en lång yrkespraktik med kända kulturella koder och förhållningssätt handlar det om att hitta vägar för att ta sig fram i ett system som kan upplevas som främmande. Den akademiska kulturen skiljer sig dessutom på flera sätt från vad som betraktas som gängse i andra typer av organisationer. Det framstår som en dold eller tyst kunskap som det handlar om att lära sig att bemästra eller åtminstone leva med. Såsom en av de intervjuade uttryckte det:

Totalt blåögd gick jag in i detta. Jag tyckte att jag hade läst på. Jag tyckte att jag förstått vad det handlade om och att jag förstått vad som krävdes av mig. Men det har jag förstått i efterhand att så var det inte.

Ur ett institutionsperspektiv kan det diskuteras som tecken på en organisatorisk osäkerhet. Det finns ett behov av forskarutbildade sjuksköterskor, inte minst för att svara upp mot de egna behoven av forskarutbildade lärare. Men det handlar även om att etablera en institutionell position på det medicinska fältet och om att skapa legitimitet för ett nytt område. Det tillkommer dessutom en genusaspekt. Den medicinska forskningens starka manliga konnotationer möter ett ”ämne i vardande” som dessutom bär med sig en lång tradition av mjuka, kvinnliga värden långt från den traditionella vetenskapliga rationalitet som dominerar inom medicinen. Det kan ses som en pågående kamp om legitimitet på det vetenskapliga fältet, vilket gör förhållandena sårbara. ”Det är viktigare med doktorsringen än med äktenskap” som en av de intervjuade tidigt fick höra, kan tolkas på olika sätt. Utifrån kampen om legitimitet inom akademien kan det ses som om att det handlar om att förmedla att det handlar om att fullständigt hänge sig åt forsk-

ningen. Det förmedlas en bild av att det inte bör finnas några gränser i form av hem och familj, att forskarens liv handlar om vetenskap – först och sist. Det är ett synsätt som traditionellt har förknippats med – inte minst medicinsk - forskning och som därmed också framstår som en del av den akademiska självbilden. Med Tillys (2000) begreppsapparat, och ur ett maktperspektiv, kan det på en strukturell nivå diskuteras i termer av möjlighetsansamling, anpassning och efterlikning. Det nya omvårdnadsämnet anpassar sig till de regler som gäller inom det medicinska fältet och som man nu alltså kan bli en del av. Istället för att utmana gränserna samlas möjligheter in, villkoren efterliknas och de tas för givna. Trots de specifika villkoren, som innebär att sjuksköterskorna är doktorander med lång praktisk yrkeserfarenhet och inom ett område som söker sina egna förutsättningar, har de tvingats anpassa sig till vad som kännetecknar den traditionella akademiska kulturen. Det har handlat om en inordning inom det medicinska "fadershuset". Det gäller till exempel att kunna leva upp till de förväntningar på att vara en besjälad forskare som ingår i den akademiska självbilden, även om själva drivkraften kanske snarare varit att bidra med något inom det egna yrkesområdet. Arbetssätt och publiceringsordning är i princip gemensamt vare sig doktoranden befinner sig inom medicin eller inom omvårdnad men i praktiken är villkoren olika. Medicinare arbetar i stora projekt och bidrar som en av flera i författandet av artiklar medan omvårdnadsdoktoranderna ofta själva får ta ansvar för artikelskrivandet. En av doktoranderna gav följande bild:

De unga medicinarna har en helt annan bakgrund. De är mer styrda och går in i färdiga projekt. Dom är som arbetskraft i mina ögon. Väldigt snäva och smala frågeställningar. En komplicerad forskning med stor betydelse för mänskligheten, men som forskning /.../ Det handlar om att ligga i och spetsa experiment. Vi är förstaförfattare som kämpar och skriver våra artiklar.

En annan av de intervjuade var mera drastisk och berättade om erfarenheterna från en konferens där både medicinare och omvårdnadsforskare deltagit:

Det fanns en massa doktorander i 25-årsåldern där man i princip spottade ut doktorander på precis samma forskningsmaterial. Alla skrev avhandlingar på samma saker men med lite olika inriktning. Någon studerade armar, någon studerade ben och någon studerade balans. Alla power point presentationer såg likadana ut fast det stod lite olika på dom och det är klart att man får jättemånga doktorander. Det blir jättemycket fjäder i hatten för dom (institutionen, min anm) men frågan är vad det är för värde i det?

Det finns även exempel på att mindervärdeskomplexen i förhållande till medicinen skulle kunna ha en befogad grund (Davies 1995; jfr Meerabeau 2005). Men i takt med omvårdnadsfältets autonoma framväxt är det frågan om det inte snarast handlar om "traderade sanningar". Heyman (1995) menar att eventuella konflikter med läkarna och med den medicinska vetenskapen aldrig utvecklades eftersom det snarare kom att handla om att inkludera sjuksköterskorna i den medi-

cinska sfären. De intervjuade var påtagligt samstämmiga då det gällde både visad respekt och intresse från enskilda läkare och de medicinska forskare de kommit i kontakt med. Misstroendet ansågs däremot finnas bland de egna kollegorna, från sjuksköterskor som inte såg vare sig nytta eller något positivt med omvårdnadsforskning. Det finns paralleller till det misstroende som hade riktats mot högskoleanpassningen av utbildningen under 80- och 90-talen och även om SFF framhåller omvårdnadsforskning som ett sätt att professionalisera sjuksköterskeyrket tycks detta ha svårt att få genomslag ute i verksamheterna. Det är ett tema som har behandlats av Elzinga (1987; 1990) och som har kopplats till en klassmässig dimension. Elzinga menar att det utkristalliserades en elit som gick vidare till forskning och som därmed både socialt och kunskapsmässigt kom att distansera sig från majoriteten av sjuksköterskor.

Men det kan även sättas i relation till arbetsvillkoren. När de forskande kollegorna inte finns i den närmaste omgivningen handlar det om kunskaper som tas till vara och som berikar vården. Men om det kommer för "nära" och om det ses som att det påverkar den dagliga verksamheten kan det bli problem. Upplevelserna delas både av dem som går forskarutbildning som ett led i kompetenshöjningen inom institutionen, dvs adjunkter som meriterar sig till lektorsbefattningar och bland de som har sin förankring i den kliniska verksamheten.

De anställda adjunkterna har erbjudits eller uppmanats att gå en forskarutbildning som ett led i forskningsanknytningen av grundutbildningen och det därav följande behovet av disputerade lärare. Som anställda lärare har de en arbetsplats på institutionen men de är tjänstlediga från en del av sin ordinarie undervisning. De är integrerade i institutionens verksamhet och har sin professionella förankring där. Men trots att de ägnar sig åt avhandlingsarbete ses de fortfarande främst som lärare av sina adjunktskollegor. En av de intervjuade uttryckte det som att det är svårt att få tid över för själva forskningen. "Det är tiden i forskarutbildningen jag tänjer på hela tiden. Lärartjänsten måste ju göras." Kollegor som avstått från erbjudandet om nedsättning i tjänst för att gå forskarutbildning ser dem som "smitare" och att de lämnar de "riktiga" arbetsuppgifterna till andra. Det uttrycktes som att "det var tufft att möta motståndet från kollegorna, de förstuckna kommentarerna i kafferummet." Samtidigt som institutionen som organisation och ämnet omvårdnad drar nytta av, och behöver, denna kompetens byggs det alltså in ett "vi" och "dom" tänkande som tycks genomsyra verksamheten. Det blir en sortering med djupa rötter tillbaka till föreställningar om den "gammaldags rediga sjuksköterskan" – som en av de intervjuade uttryckte det.

De sjuksköterskor som velat ta tjänstledigt från sina ordinarie arbeten har mött motsvarande reaktioner. De har beskrivit det som ett ifrågasättande eller till och med motstånd från sina ordinarie arbetsplatser. Det kan t ex komma från verksamhetschefer som inte sett den teoretiska utbildningen som en merit. En av de intervjuade menade att:

/M/ånga chefer på mellannivå blir som proppar för oss sjuksköterskor. /.../ Arbetsgivaren äger också så många rädslor, att sjuksköterskorna får en utbildningsnivå som gör att man inte kan hålla nere lönerna.

En annan såg det som att:

Min vårdenhetschef ser mig som ett jättehot. Det finns inget utrymme för mig att komma tillbaka. Man blir inte profet i sitt eget land eller sin kommun.

Reaktionerna kom även från kollegorna i vården som undrat vad detta skulle vara bra för. En av de intervjuade menade att det var som om en ”jantelag” härskade:

'Tro inte att du ska komma och lära oss eller komma tillbaka och vara märkvärdig'. /.../ Det gav inte heller någon utdelning såsom löneförmån och detta gällde redan efter magisterutbildningen. Och inte heller andra arbetsuppgifter eller chefsposter tillsattes i turordning.

Reaktionerna kan sättas i relation till ”problemets närhet”, det vill säga när de kollegor som väljer att ta tjänstledigt uppfattas bidra till sämre arbetsvillkor för dem som stannar kvar. Det kan handla om bristande rutiner för uppbackning, vikarier etc. En av de intervjuade beskrev det som att

/Jag hade ett helvete på min arbetsplats. /.../ Det var väldigt mycket avundsjuka, misstänksamhet, missunnsamhet, ifrågasättande och man tyckte att jag smet. Trots att min arbetsgivare hade sanktionerat min utbildning hade hon inte förankrat detta på golvet, så smållarna fick jag ta. Jag tror att det handlar om att dom saknar kunskap om vad jag sysslar med. Vet man inte vad som krävs för att prestera dom artiklar som skrivs så tror man att vi sitter och lägger patients. Det ses inte som ett riktigt jobb, enligt deras mått blir det inte arbete. Det blir en utmaning mot yrkesidentiteten.

Den bild som tonar fram beskriver en ensam tillvaro utan någon egentlig arbetsgemenskap. Men ett visst mått av social samvaro i doktorandkollektivet som ger stöd och möjligheter att reagera och jämföra – att känna sig mindre ensam, ”åh, har du fått pengar. Då kan du äta”.

Generationsskifte

Men en förändring tycks stå för dörren och den kan knytas både till en mer institutionaliserad och formaliserad forskarutbildning samt till en ny generation av /yngre/ doktorander. Men även bland dessa tycks motivationen i hög grad vara kopplad till den egna yrkesverksamheten, att teoretiskt få utveckla något som man arbetat praktiskt med i många år och att göra det för patienternas skull. Framtida karriärmöjligheter ser dessutom annorlunda ut. De äldre inser att det inte finns någon akademisk karriär – ”tiden gör att jag aldrig kan bli stjärna eller

ett namn inom området'. De yngre har helt andra förutsättningar. De har en mer utvecklad stödstruktur och de kan också vara mer öppna inför olika slags karriärer:

Jag visste inte riktigt vad jag ville göra med mitt liv och jag ansåg att sjuksköterskeutbildningen är en bra bas. Oavsett vad jag än vill göra så kan jag alltid försörja mig som sjuksköterska. Men jag brann inte för att jobba inom sjukvården. Det var inte ett drömyrke utan en praktisk lösning på hur livet såg ut. /.../ Jag tyckte det var så roligt att skriva och penetrera en fråga ordentligt, att få utmana mig själv intellektuellt och jag kände också att det var bra att fortsätta med studievanan och ångan uppe.

Här handlar det inte längre om att vara tacksam eller om att finna sig i utanförskap eller dåliga arbetsförutsättningar. Det handlar om att forskarutbildning ger "ett djävla självförtroende. Vi har läst brett så det är inte många medicinare som kan ge oss på nöten." Det handlar också om att se sin yrkesverksamhet i ett längre perspektiv.

Jag sökte forskarutbildningen för att jag blivit stärkt under åren som lärare och jag kan inte jobba som adjunkt hela tiden. Det är för stor skillnad mellan oss som är adjunkter och dom som är lektorer. Jag har för många år kvar för att finna mig i att vara adjunkt.

Kanske handlar det också om den osäkerhet och den rädsla för att det uppstår en klyfta mellan teori och praktik som gått som en röd tråd sedan sjuksköterskeutbildningen högskoleanpassats och som det varit lättare för de yngre att hantera. I en av berättelserna beskrevs det som att det var först när hon påbörjat forskningen som hon såg de möjligheter som låg i denna för den kliniska verksamheten. Hon målade upp ett framtida idealt scenario där hon kunde kombinera forskning och kliniskt arbete och hon såg en fortsättning i en klinisk utvecklingstjänst där hon skulle kunna förena fortsatt forskning med praktiskt arbete.

Bland de senare antagna finns även exempel på nätverksbyggande som både gagnar doktorandtillvaron och den framtida karriären. Det är inte misstänksamhet från kollegor som lyfts fram här utan möjligheterna på sikt. Behovet av att teorianknyta professionen tävlar med den traditionella förankringen i praktiken men – som en av respondenterna uttryckte det – det hela är en didaktisk fråga, att på längre sikt göra det tydligt att det är en utveckling som kommer patienterna till gagn.

Avslutning

Möjlighetsansamling, anpassning och efterlikning hade varit framgångsrika strategier för sjuksköterskorna under större delen av 1900-talet. Det gav utrymme för att samla de möjligheter till yrkesutveckling som gavs inom den av läkarkåren dominerade medicinska diskursen. Det var särskilt framgångsrikt i förhål-

lande till underordnade kvinnogrupper inom sjukvården. Gränsdragningarna gentemot biträden och senare undersköterskor gjordes inom de möjlighetsramar som satts av den dominerande läkarprofessionen. Omvårdnadens kopplingar till kvinnlighet och den kategoriella ojämlikhet som stärktes i förhållande till läkare och till medicin hade på sätt och vis antagits som givna och istället för att utmanas hade de – via efterlikning och anpassning - accepterats som de spelregler inom vilka spelet skulle spelas. Enskilda sjuksköterskor kunde dra nytta av detta och hävda sina positioner men relationen mellan sjuksköterskor och läkare förblev intakt.

När en egen autonom kunskapsutveckling baserad på omvårdnad tar fart inleds något nytt – en professionaliseringsprocess på egna villkor. Profileringen gentemot underordnade kvinnoyrken består men man lyckas även upprätta en viss autonomi i förhållande till läkarna och till den medicinska kunskapsbasen.

Den enskilda, forskande sjuksköterskan som har gått i bräsch för detta arbete har kanske gjort så för att berika sitt eget yrkesliv och för att få till stånd en bättre omvårdnad och förbättra villkoren för patienterna. Men de villkor som detta arbete har förknippats med har uppenbarligen krävt en hel del av henne själv. Priset har kunnat mätas i oförståelse från arbetskamrater, i ekonomiska tillkortakommanden och i arbetsvillkor som varit oreglerade och pressande. Att gå in i ett ”lärlingsförhållande” efter många år i yrkesverksamhet har krävt både självtillit och uthållighet men det har även medfört en påfallande hög utdelning i form av nyvunna kunskaper och en starkt tilltro till de egna yrkeskunskapernas möjligheter. De som tagit steget in i forskningen har balanserat mellan passion och exploatering. De har exploaterats genom att tvingas anpassa sig till arbetsvillkor som de i mycket begränsad omfattning har kunnat påverka. Men passionen för uppgiften tycks ofta ha tagit överhanden och den har även legitimerats av den passion som finns för den yrkespraktik och det yrkeskunnande som de tillfälligtvis har lämnat men som de har förhoppningar om att återvända till – både som individer och som kunskapsförmedlare. De berättelser som ligger till grund här visar därför snarast på den autonoma internalisering av uppgifterna som blir en positiv kraft, vilket gör att de villkor som framstår som kravfyllda och utpressande snarare ger den motivation och vilja att fortsätta som kännetecknar en harmonisk passion.

Inledningsvis kopplades detta till ett möjligt brott av den maktordning som kännetecknat relationen mellan läkare och sjuksköterskor och som på ett strukturellt plan kan diskuteras som kategoriell ojämlikhet. Det är en fråga som inte enkelt låter sig besvaras. Sett ur den enskilda sjuksköterskans perspektiv har mycket förändrats. Vittnesmålen om respekt för omvårdnadsexpertisen och för de kvalitativa metoderna från enskilda läkare visar på en öppning. Men fortfarande tycks detta ha svårt att bryta igenom ambivalensen mellan praktisk och teoretisk kunskap – och kanske även ambivalensen då det kommer till olika forskningsmetodiker. Relationen mellan medicin och omvårdnad inom den medicinska fakulteten kan tolkas som att ojämlikheten fortfarande upprätthålls. Det hjälper inte att enskilda kvinnor flyttar fram sina positioner, eller att enskilda medicinare erkänner kunskapsfältet, för att genusordningen mellan yrkeskategorierna skall förändras. Det märks – om inte annat – i att medicinens överordnade status i förhållande till omvårdnaden fortsatt har en samhällslegitimitet, vilket ger sjuksköters-

kan lägre status inom sjukvården och omvårdnad en lägre status inom fältet. Så länge den yttre kategorin kön används både då det gäller sjuksköterskeyrket och synen på omvårdnad, dvs föreställningar om omvårdnad som något som förknippas med kvinnlighet, finns det verktyg som bevarar ojämlikheten mellan grupperna och därmed också en genusdelad arbetsmarknad inom sjukvården.

Litteratur

- Abbott A (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, London: University of Chicago Press.
- Benner P (1984). *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Menl Park Calif.: Addison-Wesley.
- Bentling S (1992). *I idéernas värld. En analys av omvårdnad som vetenskap och grund för professionell utbildning*, diss, Uppsala univ.
- Bentling S (1995). *Sjuksköterskeprofessionen. Vetenskapliga idéer och kunskapsutveckling*, Stockholm: Liber.
- Berg L & Hernborg E (2001) *Mot nya gränser. Kulturanalytiska perspektiv på sjuksköterskeyrket*, Umeå: Inst för omvårdnad.
- Björkström M (2005). *Den professionella sjuksköterskan – relationen till den akademiska sjuksköterskeutbildningen*, diss, Karlstads univ.
- Bourdieu P (1996). *Homo Academicus*, Eslöv: Symposion.
- Davies C (1995). *Gender and the Professional Predictament in Nursing*, Buckingham: Open University Press.
- Derbring L & Stöten C (1992). *Sjuksköterskeutbildningens forskningsanknytning. Vision och verklighet*, Stockholm: Almqvist & Wicksell International.
- Elzinga A (1989). "Kunskapsanalys och klassanalys", In Staffan Selander (ed) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Elzinga A (1990). "The knowledge aspect of professionalization: the case of science-based nursing education in Sweden". In: Torstendahl R & Burrage M (eds) *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*, London: Sage Publications.
- Emanuelsson A (1990). *Pionjärer i vitt. Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden 1851-1939*, diss, Uppsala univ., SHSTF FoU-rapport nr 34.
- Erlöf I & Petersson K (1992). *Från kall till personlighet. Sjuksköterskans utbildning och arbete under ett sekel*, diss. Pedagogiska inst, Lunds univ.
- Etzioni A (ed) (1969). *The Semi-Professions and their Organisation*, New York: Free Press.
- Freidson E (1988). *Profession of Medicine*, Chicago, London: University of Chicago Press.
- Freidson E (2001). *Professionalism. The Third Logic*, Cambridge: Polity Press.
- Gesser B (1985). *Utbildning, jämlikhet, arbetsdelning*, Lund: Arkiv Förlag.
- Haglund R (1998). *Göteborgska erfarenheter av samhällsvetenskaplig forskarutbildning. De färdiga doktorerna, Dnr G 213 486/98, februari 1998*, Samhällsvetenskapliga fakulteten, Göteborgs univ.
- Haraldsson J (2010). *"Det ska ju vara lite äventyr". En undersökning av styrningen av den svenska forskarutbildningen utifrån reformen 1998*. Diss, Skrifter från institutionen för arbetsvetenskap, Göteborgs universitet.
- Heyman I (1995). *Gånge hatt till. Omvårdnadsforskningens frammarsch i Sverige – sjuksköterskornas avhandlingar 1974-1991*, diss, Göteborg: Daidalos.

- Heyman I (1998). "Omvårdnadsforskningen – ett fält i vardande?" Kulturens fält. En antologi, red Donald Broady, Göteborg: Daidalos.
- Holmdahl B (1994). Sjuksköterskans historia. Från siukwakterska till omvårdnadsdoktor, Stockholm: Liber Utbildning.
- Jordansson B & Peixoto A (2011). "Doktorshattar i omvandling. Reformerad forskarutbildning i teori och praktik", In: Resultatdialog 2011, *Vetenskapsrådet*, Rapport 7: 2011.
- Josefsson I (1991). *Kunskapens former. Det reflekterande yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Katz F (1969). "Nurses". In: Etzioni, A. (ed) *The Semi-Professions and their Organisation*. New York: Free Press.
- Larsson S M (1990). "In the matter of experts and professionals, or how impossible it is to leave nothing unsaid". In: Torstendahl R & Burrage M (eds). *The Formation of Professions. Knowledge, State and Society*. London: Sage Publications.
- Lindgren G (1992). *Doktorer, systrar och flickor. Om informell makt*. Stockholm: Carlsson.
- Meerabeau L (2005). "The Invisible (Inaudible) Woman: Nursing in the English Academy". *Gender, Work and Organization* 12 (2): 124-146.
- Molander A & Terum L I (red) (2008). *Profesjonsstudier, Oslo: Universitetsforlaget. Ny sjuksköterskeutbildning. Förkortad version (1994)*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Parsons T (1991). *The Social System*. London: Routledge, 2:a uppl.
- Pilhammar Andersson E (1991). *Det är vi som är dom. Sjuksköterskestuderandes föreställningar och perspektiv under utbildningstiden*. Diss, Göteborgs univ.
- Rehn H (2008). *Framväxten av sjuksköterskan som omvårdnadsexpert. Meningsskapande om vård under 1900-talet*. Diss, Stockholm: Pedagogiska inst. Stockholms univ.
- Rinell Hermansson A (1993). *Omvårdnadsforskning i Sverige – en lägesrapport, april 1992*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR).
- Sandin I (1988). *Att forskningsanknyta vårdproblem. Om mötet mellan kunskapstraditioner*. Stockholm: Pedagogiska inst, Stockholms univ.
- Tilly C (2000). *Beständig ojämlikhet*, Lund: Arkiv.
- Torstendahl R & Burrage M (eds) (1990). *The Formation of Professions. Knowledge, State and Strategy*. London: Sage Publications.