

NYA AVHANDLINGAR

Eva M. Karlsson: *Livet nära döden. Situationer, status och social solidaritet vid vård i livets slutskede*. Mångkulturellt centrum, Botkyrka 2008. 267 s. English summary. ISBN 91-88560-83-X.

Etnologen Eva M. Karlssons avhandling inleds med en skildring av en s.k. stilla stund med fyra sjuksköterskor som träffas efter att en av deras patienter har dött. Karlsson beskriver det som att göra ett slags avslut och reflektion över en patient vars död inte blev som man hade tänkt sig. Sjuksköterskorna arbetar inom den palliativa hemsjukvården, en verksamhet som är avhandlingens konkreta studieobjekt.

Karlssons fokus ligger på interaktionen mellan vårdens aktörer och vårdtagarna och hur de senare konstrueras som individer och patienter. Hon är intresserad av både föreställningar om det goda döendet och individens inflytande över hur detta döende kan och bör vara; dvs. här antyds en skillnad mellan program och praktik, mellan olika viljor hos personal, patienter och anhöriga samt mellan den vardag författaren söker och det tal som omger den.

I den palliativa vården var talet om den *hela* människan centralt, vilket krävde ett s.k. multidisciplinärt vårdteam. Teamens kunskapskällor till patienterna var många: journaler, rapporter, ronder, vårdplaneringar, samtal mellan personal gav upphov till en stor mängd information, både sådan som föreföll medicinskt relevant och sådan som för en utomstående gav intryck av att vara skvaller.

Personalen uttryckte stort intresse för kulturskillnader, vilket Karlsson kopplar till viljan att praktisera en s.k. helhetssyn på patienten. Hon noterar också att de utbildningar som erbjöds personalen om etnicitet i huvudsak betraktade kultur som något som *är* och inte som en föränderlig process. Handböcker om etnicitet i vården förstärkte i hög grad befintliga uppfattningar om patienter med utländsk bakgrund. Det finns en intressant paradox i detta. I viljan att se helheten aktiverades en uppsättning kategorier – kön, ålder, nationalitet, intres-

sen, yrke etc. – som i strävan att individualisera patienten riskerade att homogenisera honom eller henne, som en representant för ett kollektiv snarare än som den önskvärda autonoma individen.

De två kategorierna – svenskar och invandrare – jämfördes av personalen på intressanta sätt. Ju yngre invandrarpatienter desto bättre, ja nästan svensk, kroppsuppfattning ansågs de ha. Invandrarpatientens bakgrund kunde också ses som positiv, t.ex. uppfattade en del personal att de lärde sig mer av dessa patienter, om ”andra länder och kulturer”.

Det egna hemmet bar på flera positiva värden som trygghet och livskvalitet. Det var en naturlig plats att vårdas på i kontrast till institutionen och ansågs ha en terapeutisk effekt, var en plats för autonomi och självbestämmande och ansågs vara den plats där de flesta ville vårdas och dö. Men några patienter föreföll inte ha ställts inför något val. Ändå framställdes valet att vårdas hemma som en viktig del i patientens självbestämmande. Fast även om man vårdades hemma kunde det hända att det blev fel. I någon lägenhet hade vårdapparaten tagit över eller blivit alltför synlig. I en annan befann sig den sjuka i ”fel” rum. Hemmet framställdes som patientens arena och personalen kunde presentera sig själva som gäster.

Delaktighet och självbestämmande var ideal som i praktiken kunde ställa till bekymmer. Patienten gjorde inte alltid vad som ansågs vara bäst för honom eller henne. I hemmet stod patienten dessutom bortom vårdens kontroll. Personalen talade om ”bra” och ”besvärliga” patienter. En bra patient talade öppet om sin sjukdom, var välinformerad, hörde av sig, var tacksam, hade god sjukdomsinsikt och hade ur personalens synvinkel gott omdöme. En besvärlig patient odlade en självständighet som gick tvärs emot personalens vilja. Karlsson tar som exempel en man med egna vanor, som inte ville flytta till vårdhem, som uppfattades som både katolik och homosexuell av personalen, som inte ville ha larm och som ansågs vara i behov av hjälp som han inte ville ha. Det var en patient som trots detta var delaktig i vården, hade sjukdomsinsikt och hörde av sig

vid behov. Ändå uppfattades han som opålitlig. Man gjorde fler hembesök än vanligt och nödvändigt och intensifierade kartläggningen av honom. Personalen kunde inte tvinga en patient, men dock övertala. De kunde också ta till andra metoder för att vidmakthålla eller skaffa sig kontroll över patienten. Återbesök och medicinering var sådana metoder.

Eva Karlssons undersökning ligger nära det privata, inte minst det kroppsliga. Hon beskriver en verksamhet där just kroppen är föremål för en stor del av aktiviteterna. Avföring, vätskor, lukter, ljud, dvs. sådant som kroppen släpper ifrån sig, var ofta i fokus för diskussionerna om patienter med stort omsorgsbehov. Författaren noterar hur kroppens funktionalitet påverkade synen på hela personen.

Kroppens beröring var föremål för särskilda ritualer. Karlsson ger exempel på en sjuksköterskas upprördhet över att en anhörig inte använde handskar när hon tvättade sin man i underlivet. Den anhöriga gavs här en otidlig position mellan vårdare och anhörig. Att ha handskar var att upprätthålla ett slags professionell distans. Att arbeta utan handskar var inte bara äckligt utan ansågs också oprofessionellt intimt.

Forskning om det privata och intima kräver givetvis särskilda hänsynstaganden. Under rubriken "Etik i praktiken" fångar Karlsson upp etiska problem i olika konkreta forskningssituationer. Hon pekar på hur frivillighet att delta i studien inte alltid räcker. En del informanter har svårt att säga nej, inte minst de som befinner sig i en beroendeställning till vården och dess personal. Hon pekar också på hur omständigheterna kan förändras under studiens gång varför det kan vara tveksamt om det räcker med ett samtycke vid inledningen av studien. Och ibland kom det in andra människor i situationer, vilkas samtycke inte hade inhämtats. Var det praktiskt möjligt att informera alla om studien och inhämta samtycke? Hon noterar dessutom hur information kan glömmas bort under resans gång.

Avhandlingens teoretiska utgångspunkt är väl vald. Det för studien centrala begreppet "situation" har Karlsson hämtat från sociologen Randall Collins terminologi. Situationer är tillfälliga och rumsligt förankrade och förbundna med varandra. Med situationer i vården avses här alltså inte bara fysiska möten utan också "det som sker före och efter ett specifikt möte mellan vårdens aktörer" (s. 30). Alla situationer är inte symmetriska med avseende på makt. Sådana asymmetrier beskrivs i termer av ordervivare och ordertagare.

Collins talar om interaktionsritualer som påverkar so-

lidariteten mellan människor i situationer. Ritualer syftar här på vardagliga beteenden som hälsningar, småprat och gemensamma symboler. Collins talar också om situationer med olika grad av intensitet. Hög intensitet finns i situationer där deltagarna har gemensamt fokus och där de delar en gemensam verklighet. Ur sådana skapas positiva energier och sociala solidariteter. Omgivning och ting har också betydelse, i Collins mening som inslag i ritualer.

Karlsson menar att interaktionsritualer handlar om social dynamik och om hur samhällen binds samman. Men inte bara i bevarande mening utan också förändrande. I människors möten finns en "transformativ kraft" som härstammar ur det som Collins kallar emotionell energi. Den skapar motivation och viljan att arbeta vidare. Frågan är bara hur?

I min mening engageras inte teorin tillräckligt ofta och intensivt. Collins begreppsapparat står oanvänd i en del passager, vilket lämnar mig undrande. Framförallt passerar Karlsson en i mina ögon stor uppsättning "collinska" situationer utan att uppmärksamma och analysera dem som just situationer. Hon har dessutom valt bort att studera hur situationer är förbundna med varandra. Det är olyckligt, inte bara för att sådana processer är en viktig del i den teoretiska apparaten utan också för att det skulle tillföra stora mervärden i den empiriska undersökningen. Eventuellt är detta ett problem som uppstår ur dispositionen som är tematisk men inte påfallande kumulativ till sin art. Tematikerna tillåter helt enkelt inte att längre processer blir synliga.

Jag kan också tycka att framförallt patienterna, men delvis också de anhöriga, görs till tämligen passiva mottagare av det konstruktionsarbete som personalen står för. Även detta förhållande förefaller mig stå i strid mot Randall Collins perspektiv på situationer och interaktionskedjor. Patienten var idealt överordnad vården men i den praktiska vårdsituationen var patienten i allmänhet ordertagare och personalen ordervivare.

Frågan är om detta konstruktionsarbete ryms inom avhandlingens teoretiska ram? Jag är tveksam och skulle ha föredragit att Karlsson vid sidan om den collinska apparaten också hade haft något uttalat redskap för diskursanalys. För det är ju sådan hon bedriver när hon undersöker texter och tal om patienten, hemmet och döendet. Nu står en inte ringa del av undersökningen utan teoretisk överbyggnad. Ibland spelar det inte så stor roll, framförallt när framställningen bygger på fältarbete. I andra avsnitt svajar avhandlingen mer, framförallt där författaren lägger fokus på begrepp och sociala kategoriseringar.

Det är litet synd, för det hade inte krävts mycket för att staga upp dessa passager. Det som är svårt lyckas Eva Karlsson däremot desto bättre med. Hon levererar stundtals lysande etnografi i ett sammanhang som är besvärligt på många sätt. Hon ser, beskriver och analyserar företeelser på ett säkert och nyansrikt sätt. Hennes resultat borde rimligen kunna återföras till och få konsekvenser för den praktiska palliativa vården.

På ett allmänt plan handlar avhandlingen om nutida förhållningssätt till döden och döende människor. Karlsson undersöker hur sådana förhållningssätt skiftar beroende på vilken ställning man har i de olika situationerna. Trots talet om den goda patientstyrda vården är det uppenbart att vårdpersonalens uppfattningar om det goda döendet är starkare än patienternas önskemål. Det känner vi igen från många andra studier från hälso- och sjukvårdsfältet. Men finns det något sätt att vända upp och ner på denna ordning?

Indirekt ger Eva Karlsson svaret på frågan när hon beskriver hur patienten skapas utifrån den tämligen fasta norm som säger oss vad en god patient är och bör vara. För även i denna verksamhet som så gärna vill se människan i patienten förefaller det vara det motsatta förhållandet som gäller. I alla fall när händernas göranden kontrasteras mot munnens tal.

Lars-Eric Jönsson, Lund

Joakim Forsemalm: *Bodies, Bricks and Black Boxes: power practices in city conversion*. Digressiv Produktion, Göteborg 2007. 184 s., ill. Svensk sammanfattning. ISBN 978-91-975353-2-X.

Hur går stadsutveckling egentligen till? Vad händer när olika intressenter ska sammanfoga sina intressen och skapa något som ska kunna betecknas som "positiv utveckling"? Och hur samverkar de övergripande förändringsambitionerna med människors mer personliga ambitioner och föreställningar om framtiden?

Detta är frågor som diskuteras i Joakim Forsemalms doktorsavhandling *Bodies, Bricks and Black Boxes*, som kretsar kring några specifika stadsutvecklingsprojekt i Göteborg; dels Långgatorna i centrala Göteborg, dels det mer perifera området Östra Kvillebäcken. Avhandlingen fogar in sig i en stadsetnologisk tradition, men också i ett gigantiskt, internationellt fält som nu för tiden främst benämns som "urban studies", ett fält med ett oräkneligt antal aktiva forskare över hela världen.

Staden är också en *plats* – vilket anknyter till ett likaledes stort internationellt forskningsfält som sannerligen inte begränsar sig till staden. Platser finns ju överallt! Och vad är egentligen en plats? Är en plats något materiellt eller något immateriellt? Hur görs en plats? Vem får tolkningsföreträde när platser skapas och förändras, och vilken betydelse får det för staden? Mycket av detta känns aktuellt i Forsemalms avhandling.

De båda platser som står i fokus i avhandlingen var vid tiden för Forsemalms undersökning både omdebatterade och stadda i förändring. Långgatorna var aktuella för en ny stadsplan som också skulle kunna utgöra ett riktmärke inför framtida förändringsprojekt. Östra Kvillebäcken, ett gammalt industriområde med ett mycket dåligt rykte, skulle förändras genom ett EU-projekt och bli till en attraktiv plats. Forskningsproblemet i avhandlingen kretsar alltså kring stadsomvandlingsprocesser och deras konsekvenser. Maktfrågor utgör en central del av diskussionen, där Forsemalm beskriver hur stadsutvecklingsprocesser ofta präglats av ett uppifrån och nerperspektiv och där de som bott och verkat på platserna inte setts som viktiga agenter.

Avsaknad av det materiellas betydelse inom urbanforskningen utgör ett annat problem som Forsemalm identifierat, något som starkt bidragit till hans intresse för ANT – Action Network Theory. Analytiskt borde stadsomvandling ses som ett nätverk bestående av såväl mänskliga som icke-mänskliga inslag i skapandet av verklighet. Verklighet blir utifrån detta perspektiv något man skapar i olika relationer, och med hjälp av sociologen Bruno Latour benämner Forsemalm verklighet som "assemblage", ett slags tillfälliga hopsättningar, eller performativa sammansättningar som sedan omförhandlas till nya verkligheter i det att nya "aktörer" träder in i handlingen. Avhandlingens syfte är alltså att redovisa maktpraktiker i stadsomvandlingsprocesser genom exemplen Långgatorna och Östra Kvillebäcken i Göteborg. Avhandlingens frågeställningar handlar om de aktuella områdenas performans i sina respektive omvandlingsprocesser, att utröna vilka assemblage som sätts samman för att få genomslag, samt vilken effekt "assemblagens handlingar" har på respektive omvandlingsprocess.

Teoretiskt och metodologiskt är avhandlingen mycket inspirerad av Latour och ANT. Centrala blir de betydelsebärande "aktanterna", det som "sätts i rörelse eller i handling av många andra". En bok, en karta, föreläsningar, gatsten – allt kan tjäna som aktanter i en process. Verklighet blir en performativ process där något arran-