

Sjuksköterskors erfarenhet av vardagsrasism

Rebecca Selberg

Inledning

Helena är chef över en kirurgavdelning. Hon är stolt över att arbetsstyrkan hon basar över har sådan mångfald av nationaliteter. Djupt upprörd över högerextrema valframgångar identifierar hon sig som antirasist. Men nästa gång hon rekryterar, då kommer hon att anställa en svensk sjuksköterska, det har hon bestämt. "Det måste vara lite lugn och ro här nu", säger hon. Sjuksköterskor som bryter det minsta lilla får nämligen ofta problem med patienterna, eller med läkarna, eller med sköterskekollegor, enligt hennes erfarenhet. När ekonomin är ansträngd ökar kraven på smidiga arbetsprocesser, och därför finns inte utrymme för mer "mångfaldstänkande" på avdelningen just nu, förklarar Helena.

Trots att Hanin har fått gå ner i lön trivs hon bättre som sjuksköterska inom slutenvården än som undersköterska i den kommunala omsorgen, för hon känner sig mer uppskattad av patienterna och skyddad från vårdtagares rasism av kollegorna och av själva platsen i sig. Inom hemtjänsten upplevde hon återkommande rasism från vårdtagarna, ibland i sådan utsträckning att hon blev rädd. "Här är det jag som bestämmer, och det vet patienterna", säger hon – ingen ger henne problem, "trots min slöja".

Azime är sjuksköterska på en medicinavdelning och hon försöker bekämpa vardagsrasism på ett "diskret" sätt. Att uttrycka sig klart och tydligt mot sexism är inga problem på en kvinnodominerad arbetsplats, säger hon, men att påpeka att en kollega bör fundera över sitt ordval

för att inte låta rasistisk är värre. Då gäller det att vara smart med hur man trycker tillbaka rasism. På samma sätt försöker Sissi skydda såväl kollegor som patienter från rasism, genom att vara ”smart” och ”diskret”.

Exemplen ovan, hämtade från två omgångar av fältarbete på tre svenska sjukhus (2006–2011 och 2018), är glimtar av de komplexa och ibland motsägelsefulla positioner och erfarenheter som sjuksköterskor hanterar inom den offentliga sjukvården. I detta kapitel kommer jag att utforska vardagsrasism (begreppet introducerades av Philomena Essed 1991) och de rasifierande praktiker som skapar och återskapar rasism inom organisationer (Joan Ackers begrepp, 2006) inom sjuksköterskors arbete. Rasifierande praktiker kan vara organiseringsprocesser som rekrytering och lönesättning – men också informella interaktioner mellan anställda och mellan arbetsgivare och underordnade. Av just det skälet, att rasifierade praktiker finns i organisationens praxis liksom i utbyten mellan anställda, är det viktigt att rasism utforskas som en vardaglig aspekt av livet på arbetsplatser (Acker 2006, 448 ff.). Jag analyserar specifikt hur ojämlikhet baserad på rasistiska föreställningar och strukturer formar arbetsprocesser och arbetsvillkor för sjuksköterskor, som utgör en stor del av den offentliga sektorns anställda.

De exempel som jag lyfter fram använder jag för att illustrera tre aspekter av vardagsrasism och rasifierande praktiker i yrkessammanhang. Den första är att yrken i sig kan ses som rasifierade. Den andra är att inkludering i en yrkesgemenskap kan ge visst skydd mot rasism. Den tredje är att dessa två aspekter kräver att de anställda utför en ständig balansakt, något som samtidigt gör att rasismen inom yrket, inom organisationen och i samhället i stort inte benämns.

Sociologen Eduardo Bonilla-Silva (2010) skriver att rasismen i det omgärdande samhället alltid smyger sig in på arbetsplatserna, ungefär som dålig luft gör om vi öppnar ett fönster. Bonilla-Silva hävdar att ojämlikheter byggda på föreställningar om ”ras” eller etnicitet på en arbetsplats formar sociala hierarkier och får rent kroppsliga effekter, i form av såväl uppfattningar om vilka kroppar som ska göra vad (inta vissa positioner och professioner) som normaliseringen av de ojämlikheter som finns på arbetsplatserna. Rasism kan ur det här perspektivet ses som en social, kulturell och politisk praktik som utifrån godtyckliga kriterier skapar vad som ser ut att vara orubbliga distinktioner mellan

människor och grupper, vilka påverkar fördelningen av resurser, möjligheter och arbete (Jonsson & Behtoui 2013). Den förekommer i olika former och med olika argument. Den behöver analyseras i sin samhälls- och institutionella kontext.

Joan Acker (2006, 443 ff.) konstaterar i sin diskussion om ojämlikhetsregimer att rasism skapas och återskapas på arbetsplatser genom praktiker, processer, handlingar och tolkningar som resulterar i och återskapar ojämlikheter baserade på "ras" eller etnicitet. Det kan bestå i allmänna krav på arbetstagarna vad gäller kvalifikationer, språkkunskaper eller livsstil; det kan bestå i lönesättning och rekryteringsprofiler eller för den delen informella interaktioner. Det här sättet att tänka kring rasism, att den utgörs av praktiker som oftast sker i det vardagliga, är kopplat till tidigare feministiska förståelser av "vardagen som problematisk" i betydelsen att interaktioner på mikronivå alltid påverkas av de omgivande och mer övergripande maktrelationerna i samhället (Essed 1991; Smith 1987). Philomena Essed är en av flera postkolonialt influerade feministiska forskare som har utforskat och teoretiserat om vardagen som en arena för "systematiska, återkommande och bekanta praktiker" av rasism (Essed 1991, 3). Essed definierar rasism i vardagen som återkommande rasistiska uttryck och handlingar som skjuts in i bekanta situationer och praktiker. Essed har fokus på individen och utforskar vardagliga uttryck för rasism som "ideologiskt genomsyrade fördomar" (1994, 44). Fördomar definierar hon i enlighet med Blumer (1958) som kognitiva komponenter av gruppdifferentiering, som baseras på känslor av överlägsenhet, att vara berättigad och att ha rätt, samt på rädsla. Gruppdifferentieringar erkänns inte nödvändigtvis som rasism, och oavsett om de erkänns eller inte så handlar enligt Essed vardagsrasism inte om individer som är eller inte är rasister. Esseds definition av begreppet "vardagsrasism" är också den definition jag använder mig av när jag i detta kapitel analyserar sjuksköterskors erfarenheter av rasism på arbetet.

Acker diskuterar det hon beskriver som "rasifierande klasspraktiker" på arbetsplatser och använder sitt regimbegrepp för att diskutera hur dessa praktiker uppstår och upprätthålls. Hon påpekar att medan klass för det mesta förstås som en legitim form av ojämlikhet (kanske, menar Acker, för att ett klasslöst samhälle just nu betraktas som otänkbart,

2006, 453) så uppfattas öppet rasistiska attityder oftast som mindre acceptabla. Fördomar och känslor av antipati ses dock oftast inte som rasism av den individ som uttrycker dem (Bonilla-Silva 2010). Essed förklarar att eftersom explicit rasism oftast betraktas som omoralisk kräver uttryck för och handlingar förknippade med fördomar ett ”flexibelt användande av rationella argument som ett försvar av specifika attityder om en annan grupp” (1991, 45). Vardagsrasism består alltså inte i enskilda handlingar utan i upprepning; precis som att ”vardagen” definieras som det som ständigt upprepas blir vissa former av rasistiska uttryck vardagsrasism därför att de är ständigt återkommande. Men eftersom uttryckssätten varierar är det omöjligt för den som utsätts att veta hur rasismen kommer att te sig i en given situation – även om det är upprepningen som gör handlingen till något vardagligt för både dominerande och underordnade grupper (Essed 1991, 288).

Jag analyserar i detta kapitel sjuksköterskors erfarenheter av rasism inom sjukvården. Syftet är att ge exempel på hur den institutionella nivån länkas samman med vardagliga utbyten på ett sätt som legitimerar och återskapar maktasymmetrier i mänskliga möten. Jag vill också visa hur vardagsrasismen bjuds motstånd genom lika vardagliga handlingar, som måste upprepas av antirasister med samma flexibilitet som utmärker vardagsrasismen.

Rasism och sjukvård

Rasism i organisationer upprätthålls genom olika sorters praktiker, och kvarstår trots ”sofistikerad policyutveckling” (Healy m.fl. 2011, 467) och trots att stora delar av arbetsmarknaden, som den offentliga sektorn, inte hade kunnat fungera om det inte vore för kvinnor och invandrade arbetare. I Sverige finns det ett statistiskt samband mellan att vara utlandsfödd och att må sämre – och det har att göra med levnadsvillkoren i Sverige (så kallade postmigrationsfaktorer). År 2019 konstaterade Folkhälsomyndigheten att utlandsfödda har delvis sämre hälsa och generellt sämre livsvillkor (Folkhälsomyndigheten 2019). Enligt en rapport från Stockholms läns landsting (SLL 2014) har utlandsfödda kvinnor nästan dubbelt så hög risk att rapportera en sämre självskattad hälsa jämfört med kvinnor födda i Sverige. Förklaringen, enligt båda

rapporter, är exkluderingsmekanismer i samhället i stort, inte minst vad gäller möjligheten att få en stabil inkomst. Den stress som det ger att behöva ”kämpa för att klara av vardagliga behov ökar risken för ohälsa bland kvinnor” (SLL 2014, 2).

En grupp folkhälsovetare har i en studie visat att personer som upplevt diskriminering avstår från att söka vård, oavsett ålder, utbildningsnivå och hälsostatus (Wamala m.fl. 2007). Vidare finns det skillnader mellan hur olika grupper behandlas av sjukvården. Under 1970-talet fanns inga belagda samband mellan sannolikheten för perinatal död (att ett barn avlider strax före, under eller efter förlossningen) och moderns socio-ekonomiska status eller etnicitet. På 1990-talet kunde dock forskning visa att kvinnor från Afrika söder om Sahara i högre utsträckning än andra förlorade sina barn under förlossningar i Sverige (se t.ex. Essen m.fl. 2003). Studier har visat att utlandsfödda mer sällan än infödda (personer födda i Sverige; ”utlandsfödda” och ”infödda” är de termer som används i den offentliga statistiken) får tillgång till breda behandlingsarsenaler när de drabbas av hjärtsjukdomar (Socialstyrelsen 2008). Kommunikationsproblem mellan invandrade patienter och vårdpersonal förklarar varför utlandsfödda personer med höftledsproblem mår sämre än infödda såväl före som efter sin operation (Krupic m.fl. 2013). Personer födda utomlands tenderar att lita mindre på sjukvården, och de känner sig mindre nöjda med den information de får och med de medicinska behandlingarna. Att det finns skillnader i hur effektiv svensk sjukvård är när det gäller att behandla olika patientgrupper lika är alltså tydligt.

Det finns gott om studier om så kallad tvärkulturell kommunikation inom vården, och många av dem fokuserar på sjuksköterskors kommunikationskompetens. Dessa studier tenderar att utgå från en problemformulering som handlar om den ”kulturkompetens” som sjuksköterskor antas behöva besitta för att kunna hantera ”invandrapatienter” (Salmonsson 2014, 68). Lisa Salmonsson konstaterar i en översikt över litteraturen att studierna ofta betonar behovet av förbättrad kommunikationskompetens, behovet av tolkar eller mer generellt effekten av ”kultur” på olika former av interaktion mellan vårdgivare och patienter. Enligt Salmonsson lyfter den här typen av litteratur ofta fram patienter med ”invandrabakgrund” som en utmaning (Salmonsson 2014, 69).

Det finns ett antal svenska studier som utforskar rasism inom sjukvårdens arbetsplatser. En av dem är Håkan Jönsons artikel (2007) om vårdtagares rasism mot anställda inom äldreomsorgen. Personalen inom äldreomsorgen har en mer etniskt blandad sammansättning än sjuksköterskor anställda på sjukhus. Jönson beskriver i sin artikel den spänningsfyllda maktrelationen mellan personal och vårdtagare. Å ena sidan är rasifierad vårdpersonal i en underordnad position i den etniska hierarkin – å andra sidan befinner de sig ofta i en reellt överordnad position gentemot institutionaliserade och sårbara vårdtagare. Forskare har beskrivit det som ett möte mellan två sårbara grupper (Eliasson 1995, citerad i Jönson 2007, 81). Jönson visar att rasism riktad mot omsorgspersonal är vanligt, men att krav som grundar sig i rasism (till exempel att få slippa bli omhändertagen av en person som inte uppfattas som ”svensk”) kopplas ihop med vårdtagares rätt till integritet. Rasismen bemöts med pragmatism, enligt Jönson. Pragmatismen härrör ur en syn på vårdtagarnas rasism som en effekt av deras hälsotillstånd – en form av patologisering. Samtidigt ställs krav på vårdgivarnas professionalism: de förväntas tåla ett visst mått av såväl verbalt som fysiskt våld eftersom det ses som ett utslag av vårdtagarnas ohälsa. Att bli upprörd eller göra motstånd mot rasism betraktas, visar Jönson, som bristande professionalism.

Akhavan och Karlsen undersökte i en artikel (2013) hur patienter och läkare själva förklarade varför utlandsfödda patienter inte fick lika god vård som infödda. De visade att det fanns en osäkerhet från båda hållen när utlandsfödda sökte vård; såväl vårdpersonalen som patienten kände sig osäkra på kommunikationen och den andra partens fattningsförmåga. Läkarna och patienterna betraktade ojämlika hälsoutfall som huvudsakligen grundade i antingen strukturella villkor eller kulturella villkor och beteenden. Båda grupperna betonade bristande kommunikation som en viktig faktor, och båda identifierade ett behov av ökade kunskaper om å ena sidan olika patientgruppers behov, å andra sidan den svenska sjukvårdens praktiker.

Sjuksköterskans roll i vården

Medan läkaryrkets arbetsprocesser har präglats av en betoning av neutralt avstånd och objektiva och systematiska, likformiga bedömningar (Davies 1996, 672), har sjuksköterskornas yrke snarare präglats av en medierande position inom arbetsorganisationen. Det är sjuksköterskor som utför de rutinartade sysslor som syftar till att notera och vidarebefordra faktiska omständigheter kring den vård sökande personen, och sedan förädlar dessa omständigheter till för sjukvården relevanta kategoriseringar och begrepp så att patienten kan bedömas professionellt (eller "vetenskapligt") av läkarna. Det är ofta sjuksköterskor som först möter patienten, det är sköterskor som överser och utför mycket av omvårdnaden av patienter, liksom det är sjuksköterskor som möter anhöriga och medlar i kontakten mellan olika aktörer (till exempel olika läkare eller annan inblandad vårdpersonal) och instanser (som exempelvis hemkommunen, särskilt boende eller dylikt).

I Sverige har sjuksköterskeyrket traditionellt dominerats av vita, etniskt svenska kvinnor (Selberg 2012). Även om yrkets sammansättning har ändrats något de senaste åren stämmer detta fortfarande i hög utsträckning, och sjuksköterskekåren är långt mer homogen än läkarkåren och undersköterskegruppen. Detta faktum utmanar Essed och Goldbergs (2002) påstående att så kallad kulturell kloning, tendensen att rekrytera och välja in människor som liknar de som redan är "inne" och som uppfattas tillhöra ett dominerande "vi", förstärks högre upp i statushierarkier.

En förklaring till yrkets sociala sammansättning står att finna i hur professionen utvecklades. Sjuksköterskeyrket etablerades under 1860-talet och sprang då ur den borgerliga "filantropiska maternalismen" (Emanuelsson 1990, 59 f.), som påbjöd att kvinnor ur de övre skikten skulle tillföra samhället kvinnliga egenskaper och erfarenheter genom exempelvis välgörenhet. Det borgerliga hemmet och familjen skulle stå modell för samhällets institutioner, och sjuksköterskornas uppgift var att respektera den medicinska hierarkin och sin egen relativa underordning, skapa ordning och reda inom sjukvården samt ansvara för upprätthållandet av rutiner och gränser inom organisationen. När yrket etablerades i Sverige var det med ambitionen att utifrån kristna

ideal bereda medelklassens kvinnor möjlighet att tjäna nationen och samtidigt förbättra sjukvården på sätt som kunde kväsa den gryende socialistiska rörelsen (Selberg 2021). Till sjuksköterskeutbildningarna antogs endast ogifta kvinnor som haft åtta års skolgång, och vid till exempel den ledande utbildningen på Sophiahemmets skola ställdes också krav på att de skulle vara protestanter. Yrkesföreningarna undvek i stor utsträckning att driva frågor om löner och arbetsförhållanden, eftersom de inte ville associeras med arbetarrörelsen (Bohm 1961). Först vid slutet av 1930-talet, då sjukvårdsbiträdena hade börjat organisera sig fackligt och driva fram kollektivavtal, började sjuksköterskornas fackliga kamp formeras.

Professionens historia präglas alltså av ett slags könat och rasifierat medelklasshabitus som betonat disciplin, gränshållande och respekt för rangsystem (Gamarnikow 1972). Jag har i min forskning beskrivit detta som en form av normativ femininitet (Selberg 2012) som sedan sjuksköterskeyrkets formering under 1860-talet bidragit till att forma yrket och dess utövare.

Vardagsrasism i sjuksköterskeyrket

Analysen i detta kapitel bygger på två perioder av fältarbete på tre svenska sjukhus och intervjuer med 22 sjuksköterskor. Den första perioden (2006–2011) utmynnade i en avhandling om relationen mellan normativ femininitet och nya styrmekanismer inom svensk sjukvård (framför allt *new public management*). Jag intervjuade då 18 sjuksköterskor, flera av dem i två omgångar. Parallellt med intervjuerna genomförde jag observationer på åtta avdelningar i sammanlagt cirka 150 timmar. Intervjuerna var semistrukturerade och följde en intervjuguide som framför allt fokuserade på arbetsprocesser, upplevelser av arbetsvillkor och stress samt erfarenheter av och föreställningar om kompetenskrav. Under den andra perioden (2018–2019) intervjuade jag fem sjuksköterskor och en avdelningschef på tre olika sjukhus. Intervjuerna var också här semistrukturerade och följde en intervjuguide som fokuserade på frågor om sorti, protest och lojalitet mot bakgrund av sjuksköterskors benägenhet att ofta byta arbetsplats. I båda omgångarna varade intervjuerna mellan en och en och en halv timme och spelades in.

Att prata rätt: förväntningar på den ideala sjuksköterskan

En nyckelkompetens inom sjuksköterskeyrket har alltid varit kommunikation. Det är sjuksköterskor som ges (och tar) ansvaret för att förmedla kunskap, resultat och regler mellan personal med medicinsk kompetens, sjukvårdsbyråkratin, patienter, anhöriga och andra inblandade parter. Sjuksköterskor har på så sätt en nyckelroll som organisationens ansikte både utåt och inåt, och som ett slags medlare mellan olika positioner. På många sätt är sjuksköterskornas arbete mer *front stage* än till exempel läkarnas, eller för den delen städpersonalens eller chefernas (Goffman 1959).

Helena var avdelningschef för en kirurgavdelning, och i sin intervju 2008 talade hon mycket om kommunikationen som både en styrka och en svaghet bland avdelningens sjuksköterskor. Hon beskrev de spänningar som kunde uppstå anställda emellan och mellan patienter och sjuksköterskor när den ena parten bröt på ett annat språk. Kommunikation sågs på avdelningen som en viktig kompetens och lyftes ofta fram för att definiera sjuksköterskors förmågor – eller brister. Språkförbistring kan leda till att vårdpersonal undviker att interagera med personer med annat modersmål; sådana strategier har bland annat lett till att invandrade patienter fått mindre uppmärksamhet och hjälp än andra (Pergert m.fl. 2007). Men den intervjuade avdelningschefen Helena menade att sådana strategier ibland var ett uttryck för rasism. Vid flera tillfällen under flera intervjuer återkom Helena till problemet med kommunikationssvårigheter anställda emellan och mellan anställda och patienter. Ofta fick hon säga åt kollegor att anstränga sig mer för att förstå den som bröt på ett annat språk, och ibland fick hon säga till den som bröt att försöka tala långsammare. Forskning indikerar att det i Sverige finns en låg tolerans för att bryta på ett annat språk. Medan de flesta är öppna för att lyssna på olika svenska dialekter är färre beredda att acceptera när människor talar med brytning (de los Reyes & Wingborg 2002, 23).

Också i den politiska debatten har språkkunskaper stått i centrum de senaste decennierna, inte minst när det gäller integration på arbetsmarknaden. Det speglar dels förändrade krav på arbetskraften efter 1990-talets strukturomvandling, dels förändrade diskurser om vad som utgör anpassning och inlemmande (Schierup 2006, 49). Viljan att

acceptera brytningar har varierat över tid, men ska också förstås som ett uttryck för olika typer av hierarkiska relationer och arbetsdelningar. På det sjukhus där Helena arbetade var brytningsfri svenska framför allt ett krav som ställdes på sjuksköterskorna – inte på läkarna:

Om det kommer en doktor hit och ingen fattar ett skit av vad han säger, då har vi ingen chans. Men om det är en doktor som inte förstår en av våra sjuksköterskor, då är det en katastrof direkt. Då kommer dom till mig, ringer mig, då har dom åsikter om det, och jag ska sitta med på rondan, jag måste få ordning på den här personen och se till att hon talar tydligt och allt det här. Om det var en läkare – aldrig. Aldrig. Alltså aldrig. Inte här, i alla fall. Så det är väldigt ojämnt. Och då tänker jag att om jag gör det jag förväntar mig att dom ska göra – att om det är en doktor som sköterskorna inte förstår då förväntar jag mig att doktorerna ska hjälpa den personen och sen hjälpa sköterskorna med det. [Men det] gör de inte. Nej, nej, nej, nej. Aldrig. Det är en enorm skillnad. ... Men om nån klagar här [på en sköterska som bryter], då känner jag ansvar för henne, för jobbet, att det ska funka, du måste kunna kommunicera, och om du inte vet hur, då får jag hjälpa dig. Du lyssnar och du anstränger dig. Ibland måste du kolla så att personen verkligen fattat.

Citatet fångar de skilda krav och förväntningar som finns på olika yrkesgrupper inom en och samma organisation. Sjuksköterskor som bröt på andra språk berättade i sina intervjuer att patienter kunde klaga trots att de förstått utmärkt väl vad som sagts – de uppskattade bara inte, och litade inte på, när sjuksköterskor talade med brytning. Helena bekräftade detta och beskrev att utländska brytningar ständigt var en källa till oro och spänning, också mellan kollegor. Ofta tolkades en bruten svenska som tecken på inkompetens – ”de tror att [den som bryter] inte förstår eller kan” – även om det aldrig kom något formellt klagomål på slarv eller fel. Kataryna, som flyttat till Sverige som vuxen, uttryckte i en intervju 2011 att hon kände sig tvungen att ”vara försiktig och visa att jag kan” eftersom patienter ”inte brukar lita på” henne. Hon förstod att hennes brytning kunde skapa osäkerhet – men hon hade

30 års erfarenhet i yrket och sörjde att hon inte längre kunde ”skämta och skratta” med patienter som hon kunnat i det land hon växte upp i.

Jag frågade några år senare (2018) en avdelningschef på ett annat sjukhus om hon kände igen bilden som Helena och Kataryna hade målat upp i intervjuerna 2011. Hon sa:

Jag tycker inte det blir några direkta slitningar [av stor mångfald]. Nu har jag ju finsk härkomst så jag är ju också av en annan etnisk bakgrund, fast det inte syns. Men jag tycker bara det är positivt, det tillför saker, det blir intressanta diskussioner, man pratar om mat och kultur och man har en annan förståelse för patienterna. Man kan ge tolkhjälp och – nä, det är bara positivt. Men visst, jag kan känna att sjukvården är ganska hård vad det gäller förståelse. Man ska kunna prata flytande svenska, det är liksom ett krav. Och du ska kunna skriva perfekt svenska och gör du inte det så har man det lite tuffare. Och det finns inte riktigt nån förståelse för eller acceptans att det behöver kanske inte vara fullständigt korrekt språkligt, bara du kan göra dig förstådd och du förstår, men det har vi haft en del diskussioner om: ”Hon fattar inte”, ja men då får du ju fråga henne. Har du säkerställt att hon inte förstår, eller hon kanske bara inte gör precis som du tycker att man ska göra? Det kan jag känna, att sjukvården är hård där.

Helena uppfattade att hårdheten inte drabbade lika. Om en läkare tyckte att en sköterska bröt kunde det hända att hen ringde till Helena för att klaga. Men när det var läkare som bröt hade sjuksköterskor ingen möjlighet att klaga. Konflikter om kommunikation speglade således skillnader inte bara vad gällde etnicitet utan också klass, status och inflytande. Läkarna förväntades inte bära kommunikationen inom organisationen; det var sjuksköterskornas ansvarsområde. En sjuksköterska som inte förstod en läkare var en icke-händelse, men en läkare som inte förstod en sjuksköterska beskrevs som en organisatorisk katastrof. Helena försökte hantera detta på ett pragmatiskt sätt: det gäller att få arbetsprocessen att fungera, och alla borde anstränga sig för att se till att arbetet går så smidigt som möjligt. Hon hade själv ingenstans att vända sig när konflikter av det här slaget uppstod. Samtidigt var Helena övertygad om att det hon kallade mångfald var bra och nyttigt

för organisationen. Hon hade medvetet rekryterat sjuksköterskor med olika bakgrunder av just den anledningen. Samtidigt hade hon bestämt sig för att nästa rekryteringsärende, ”då blir det en svensk”:

Ibland säger jag till mig själv: Okej, inga mer nationaliteter nu. Vi måste ha lite ordning. Multikulturalism är jättebra, jag ser det som en av styrkorna på den här avdelningen. Samtidigt skapar det problem. Och det är inte dom här människorna då, om du förstår vad jag menar, utan det är dom andra som inte accepterar dom. Om du inte pratar perfekt svenska – alltså det är väldigt låg tolerans vad gäller språket. ... Jag har sett tendenser till mobbing där. Så nu när jag behöver anställa en ny sköterska så vill jag bara ha nån som har energi och är glad och liksom jordnära. Så det är det jag letar efter den här gången.

Boogaard och Roggeband (2010) lyfter fram intersektionella perspektiv som viktiga i organisationsanalyser därför att de bidrar till en mer komplex förståelse av hur grupper kan agera i en organisation, där strategier kan få olika utfall för olika grupper. Helena hade använt sin position för att främja det hon såg som en ökad mångfald på avdelningen, och hennes berättelse visar att individers agerande kan få stor betydelse: kirurgavdelningen hon basade över hade en långt mer heterogen arbetsstyrka än många andra avdelningar på sjukhuset, inklusive kirurgavdelningen i korridoren intill. Men Helenas berättelse visar också på trögheten i inkluderings- och exkluderingsprocesser kopplade till ”ras” eller etnicitet, som inte enkelt följer av en ökad närhet mellan rasifierade minoriteter och majoritetsgrupper. Konflikter med rasistiska undertoner kan överleva också när de inte legitimeras av chefer eller andra på maktpositioner inom organisationen. Helenas beslut att (i strid med diskrimineringslagstiftningen) på förhand exkludera utlandsfödda sökande öppnar också upp för diskussioner om komplexiteten i organisationsprocesser som återskapar rasistisk exkludering. Helena förklarade sitt beslut med behovet av lugn i personalgruppen, som var hårt drabbad av nedskärningar och arbetsintensifiering (Selberg 2013). Hon uppfattade att det inte fanns utrymme för de konflikter som uppstått – spänningar inom personalgruppen, spänningar mellan olika yrkesgrupper och klagomål

från patienter. I den slimmade vårdorganisationen fanns inte resurser för att i praktiken följa den mångfaldsstrategi som Helena var anhängare av.

Vidare fungerar Helenas berättelse som en illustration över hur vardagsrasism kommer till uttryck i att kraven på språkkunskaper varierar med position och status. Vi kan också ana i hennes berättelse att klass påverkar möjligheten till kollektiv mobilisering av vardagsrasism på en arbetsplats.

Intervjun med Helena illustrerar vikten av att se att frågor om rasism berör hela organisationen, inte bara dem inom organisationen som drabbas av rasismen. Det finns ett stort behov av att höra rasifierades röster i organisationsforskningen, men som Frankenberg (1994) konstaterat är rasism ett relationellt fenomen, inte ett fenomen som enbart rör de som drabbas. Problemet var enligt Helena de "svenska" sjuksköterskornas rasism – men de som drabbades av hennes lösning var jobbsökande rasifierade sjuksköterskor. På så sätt bidrog Helena till exkluderingen av rasifierade personer från den svenska arbetsmarknaden. Hur personer på beslutsfattande positioner, grindvakter, agerar har betydelse för hur en ojämlikhetsregim förändras eller återskapas, men de agerar inte i ett vakuum: förändring kräver resurser, och om det är knappt med resurser ökar risken för att ojämlikhetsregimens drag cementeras. Liksom i Håkan Jönsons studie (2007) om äldreomsorgen fick pragmatismen – behovet av att hålla organisationen flytande och arbetet löpande – prioritet.

I detta stycke har jag visat några exempel på sjuksköterskeyrkets rasifiering. Med detta menar jag sjuksköterskeyrkets specifika plats inom sjukvården och dess betydelse för hur rasism erfars och återskapas. Jag hävdar att förståelsen av vardagsrasismens uttryck och effekter inom ett arbete eller i en arbetsorganisation fördjupas när analysen tar hänsyn till saker som ett yrkesorganisatoriska position och historiska framväxt.

Sjuksköterskan: överordnat underordnad

Många av de sjuksköterskor jag intervjuade hade erfarenheter av arbete inom hemtjänsten. Flera nämnde att det arbetet är mer utsatt än arbetet på vårdavdelning, inte minst vad gällde rasistiska påhopp. Jag träffade

Hanin när jag gjorde fältarbete på ett sjukhus 2011, och hon hade gått ner i lön när hon bytte arbete från undersköterska i den kommunala hemtjänsten till sjuksköterska på kirurgavdelning. Hon tyckte arbetet var stressigare nu, med mer ansvar och högre tempo. Ändå trivdes hon mycket bättre på sjukhuset. Dels för att hennes arbetsuppgifter var roligare, dels för att hon kände sig bättre behandlad, mer respekterad. Hon hade aldrig upplevt rasism från kollegor, sa hon, däremot från patienter – men bara när hon arbetade i hemtjänsten:

När jag jobbade som undersköterska och man gick hem till patienter – det är inte som på sjukhuset. När du är i deras hem, då tvingas du höra allt dom säger – jag vet inte, jag kan inte svara på alla deras kommentarer, men du måste svara på nåt sätt i alla fall. Jag hörde mycket konstigt. Varför kommer jag in i deras hem med min slöja, dom vill inte ha mig i sitt hem om jag har slöja, såna saker.

Hanin berättade i intervjun om flera tillfällen som vårdtagare hade vägrat låta henne röra vid dem för att hon bar slöja. Hon hanterade detta genom att fokusera på deras behov av hjälp:

Jag bestämde mig för att dom beter sig så för att dom är sjuka, och dom behöver min hjälp. Jag fokuserar på deras sjukdom, problemen som dom har som jag måste hjälpa dom med. Jag tänkte inte mycket på vad dom sa, om jag gjorde det skulle jag bli sjuk själv.

Här återkommer de argument som Jönson (2007) lyfte fram, nämligen att rasism från vårdtagares sida förklaras som ett uttryck för deras ohälsa. Men Hanins citat visar också att professionalism är en strategi som åtminstone delvis fungerar för att kunna hålla rasismen ifrån sig; via yrkets kärna hittade Hanin en förklaringsmodell som hjälpte henne att hantera angreppen och stärkte hennes ställning som professionell. Samtidigt innebar denna förklaringsmodell att hon inte kunde protestera, gå hem eller skälla ut den som verbalt attackerade henne; det hade gjort henne till en sämre vårdgivare. Patologiseringen och professionalismen både skyddade henne från och låste fast henne vid förövaren.

Citatet visar också hur drabbande rasism är. Hanins strategi att inte tänka på sin utsatta situation syftade till att skydda henne själv från att bli sjuk. Att rasism kan leda till såväl fysiskt som psykiskt lidande är väl belagt i forskningen (t.ex. Freeman Anderson 2012).

Hanins erfarenheter speglas av forskning om den utsatta situation som arbetare som har andras hem som arbetsplats befinner sig i. Forskare i flera länder (Salzinger 1991; Anderson 2000; Gavanas 2013) har visat att så kallade hushållsnära tjänster leder till en extrem sårbarhet för inte minst kvinnliga arbetare. Sjukhusarbete är mindre utsatt därför att platsen är mer neutral och den anställda har mer kontroll över arbetsprocessen. Att tillhöra en tydligt definierad yrkesgrupp innebär också att kollegor bidrar med så kallad intraprofessionell lojalitet. Sjuksköterskans roll har historiskt sett varit, och är i hög utsträckning fortfarande, att lägga grunden för, förmedla och verkställa läkarens medicinska bedömning. På så sätt befinner sig sjuksköterskan i en både underordnad och överordnad position: underordnad läkaren, överordnad patienten. Vidare har sjuksköterskans roll varit att reglera kontakten mellan institutionen och den individuella patienten, till exempel genom att hålla ordning på avdelningen och fungera som ett relä mellan individens önskningar, farhågor och känslor och institutionens krav, interna logik och resurser. ”Här är det jag som bestämmer, och det vet patienterna”, säger Hanin, och därför upplever hon inte längre rasismen som ett problem i sitt arbete:

[Också i hemtjänsten får man] hjälp från kollegorna. Det var en som inte ville att jag skulle lägga om hans sår för att jag har slöja. Chefen ringde upp honom och sa: ”Här har vi ingen rasism, vill du ha hjälp så tar du det du blir erbjuden, och vi kränker ingens religion.” ... Jag har aldrig blivit illa behandlad av kollegor, aldrig. Tvärtom. Häromdagen var det en [patient] som kom fram till mig i korridoren och pratade om min slöja. Min kollega sa: ”Bry dig inte om henne, hon ska alltid hålla på så där.” Så mina kollegor och mina chefer, dom visar att ingen ska kränka oss.

På samma sätt uttryckte sig Nela i en intervju 2010. Hon upplevde att hon ofta blev ombedd att agera tolk. Efter en särskilt upprörande hän-

delse, då hon hade satts att tolka mellan en patient och Migrationsverket, gick hon till sin chef och bad att få slippa denna extrauppgift. Chefen agerade genom att understryka Nelas yrkesroll:

Hon sa till hela resten av divisionen att Nela är inte en tolk, hon är en sjuksköterska. Det är det som är hennes jobb, inget annat. Och det kändes bra, det kändes så bra att chefen stöttade mig i detta. Jag är sjuksköterska!

Flerspråkiga sjuksköterskor var generellt positiva till att tala med patienter på andra språk, men ville inte gärna att det skulle betraktas som ett extra ansvarsområde. ”Jag vill bli sedd som sjuksköterska, inte som en tolk”, sa en sjuksköterska till mig bara en kort tid efter att hon i lunchrummet uttryckt glädje över att kunna kommunicera med en patient på deras gemensamma hemspråk. I en studie om ojämlikhetsregimer inom den brittiska offentliga sektorn visade Healy m.fl. (2011, 472) att anställda med migrantbakgrund hölls tillbaka i befordringsprocesser och att skälet som angavs ofta var deras brytning. Samtidigt betraktades förmågan att kommunicera på flera språk som en gratis, förgivettagen resurs som organisationen kunde utnyttja hur som helst. En del av de sjuksköterskor jag intervjuade som ombads tolka uppfattade också den extra arbetsuppgiften som något som destabiliserade vårdare–patient–relationen och i någon mån avprofessionaliserade dem. ”Det blir för privat på något sätt”, som Nela uttryckte det. Men sammanfattningsvis illustrerar Hanins och Nelas berättelser att organisationens fysiska rum, professionell inkludering och en stark kollektiv yrkesidentitet kan bidra till att skydda gruppmedlemmar såväl från rasism som från arbetsuppgifter som uppfattas ligga utanför sjuksköterskans område.

Att krav på att kunna hantera språket perfekt riktas mot sjuksköterskor mer än mot läkare är ett uttryck för att det i sjuksköterskans roll ingår att fronta organisationen. Det är också därför sjuksköterskor i större utsträckning än läkare får ta emot patienters och anhörigas missnöje och ilska; över 60 procent av Sveriges sjuksköterskor har blivit utsatta för hot eller våld (Vårdförbundet 2017). Sjuksköterskan är inte bara formellt underordnad i organisationen, utan befinner sig också på en mer utsatt position. Samtidigt har sjuksköterskan viss makt och

visst skydd, jämfört med exempelvis undersköterskor i hemvården. Mina intervjupersoners erfarenheter av rasism illustrerar vikten av att ta in det organisatoriska sammanhanget i analysen och visar att en yrkesgemenskap där kontrollen över rummet ingår kan utgöra ett skydd mot rasism.

Att vara proffsigt diskret

I sjuksköterskans medierande roll ingår att ansvara för att gränser upprätthålls, inte minst mellan patienter och vårdgivare (Menzies Lyth 1960). Det finns en stark historisk koppling mellan sjuksköterskeyrket och normativ femininitet, och ett uttryck för detta är yrkets fokus på gränshållning, ordning och korrekthet. Historikern Judith Bessant (1992, 159) hävdar att en central aspekt av att växa in i sjuksköterskerollen har varit att lära sig att ”förstärka korrekta vanor och attityder, ansvars-känsla, detaljfokus och respekt för sjukhusets och de överordnades regler och förhållningsorder”. Detta förhållningssätt förklarar, menar jag, att många sjuksköterskor betonar att rasistiska uttryck bör hanteras på ett diskret sätt. Sissi är sjuksköterska på en medicinavdelning och berättade i en intervju 2018:

Jag skulle ta prover på en patient och han skulle dra upp ärmen, men så blev det så att han tog av sig skjortan. Han hade legat inne på avdelningen ett tag men jag hade inte haft hand om honom, fast jag kände att det här är en skum person. Jag lämnade dörren öppen för jag kände liksom ... usch. Så tog han av sig skjortan i alla fall och på bröstet har han ett fett jävla hakkors. Direkt går jag och stänger dörren. Jag bara kände: ingen annan ska behöva se detta, inte patienterna och inte mina kollegor. Sen gick jag tillbaka och började fixa. Jag sa ingenting. Bara gjorde. Så säger han: ”Det är en historisk tatuering.” Jag svarade: ”Jag sa inget.” Sen säger han: ”Ja jag har inget att skämmas för.” Men jag pratade inte med honom. Bara gjorde. Fy fan.

Jag frågade Sissi om hon berättade om tatueringen för resten av personalen och hur de hanterade situationen. ”Jag nämnde det för några så

klart”, sa hon, men inte för alla. ”Om du inte ska jobba med personen behöver du kanske inte veta, det blir nog bara värre”, resonerade hon.

Jag tolkar Sissis berättelse som ett uttryck för den pragmatism som dominerar sjukvårdens förhållningssätt till rasism: det viktiga är att få saker att funka, snarare än att konfrontera de spänningar som uppstår som ett resultat av samhällets ojämlikheter och organisationens egen ojämlikhetsregim. Inte ens ett hakkors hos en mentalt helt frisk person uppfattas som något som är ett problem för organisationen att hantera. Sissi hanterade problemet genom att dölja det, i syfte att skydda patienter och kollegor. Själv kunde hon därmed inte få något skydd, och övervägde heller inte att be om det. När jag frågade henne om hon inte tyckte att det var obehagligt, och om hon aldrig övervägde att fråga exempelvis chefen om stöd, svarade hon att det ”absolut” var obehagligt – ”jättejobbigt” – men att det var hennes uppgift att vårda alla människor och att inget annat fanns att göra. Det är ett svar som ligger i linje med det övergripande uppdraget för svensk hälso- och sjukvård: att ge ”vård på lika villkor för hela befolkningen” med ”respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet” (Lag [1992:567]). Detta mål är viktigt och progressivt, och kan i sig fungera som en motkraft mot rasism (Mulinari 2016). Sissis berättelse illustrerar samtidigt att de intressekonflikter som uppstår i ett samhälle där rasism är vanligt förekommande i vardagen inte hanteras organisatoriskt och kollektivt, utan individer tvingas i sin vardag hantera rasismen utan att få något erkännande för det eller utlopp för de känslor detta väcker. Det är en aspekt av arbetsmiljön för anställda som inte ryms inom vidare samtal om arbetsvillkor.

I sjuksköterskors egna erfarenheter av rasism från kollegor, som jag har utforskat i en tidigare studie (Selberg 2012), återkommer hur obehagligt det är att prata öppet om rasism. Azime, som jag intervjuade 2011, beskrev hur hon försökte att göra motstånd så fort någon sa något rasistiskt på jobbet, även om hon inte personligen tog åt sig av kommentaren:

En av dom andra syrrorna skulle beställa kakor till eftermiddagsfikat. Jag frågade vad hon hade beställt. Hon sa ”kanelbullar och wienerbröd och n-bollar”. Jag sa: ”Kom igen, va fan, det är väl ingen som säger

n-bollar längre, eller?” ”Å, nä, jag menade bara, blablabla”, sa hon. Det är extra svårt att säga till om rasism. Om det handlar om sexism, då håller alla med. Om en manlig läkare eller en manlig sjuksköterska säger nåt sexistiskt, inför en arbetsplats full av kvinnor, då skulle mer än en säga ifrån. Han hade varit i underläge. Men när det kommer till rasistiska kommentarer – eller kommentarer som kanske inte alla fattar är rasistiska, men andra uppfattar det så – det är så mycket värre. För jag menar, jag blir inte personligen – som turk, jag har levt i Sverige i 25 år men ändå, som etnisk turk – jag tar inte åt mig om nån säger n-ordet, men jag har kollegor som är svarta. Jag känner att jag måste säga nåt så att dom inte känner sig ensamma i detta. Så ... ja. Och sen har jag varit på andra avdelningar där folk hade jävligt märkliga idéer, men man måste välja sina strider.

Azime balanserar alltså sina protester, sitt motstånd mot vardagsrasismen. Notera hur Azime protesterade mot att kollegan använde ett rasistiskt uttryck. Istället för att säga ”detta är rasistiskt”, ställde hon en fråga på temat ”Så där säger man väl inte längre, eller?” Också här märks balansakten, eller pragmatismen. Den återkom i berättelser från andra yrkesgrupper. Läkaren Maria beskrev sin strategi för att bemöta kollegors rasism mot patienter så här:

Jag kanske inte säger det som ”vilken rasistisk sak att säga”, utan mer som ”Vad menar du? Varför ska vi inte lita på henne? Jag fattar inte vad du menar.”

Enligt Sara Ahmed (2017) blir den som pekar på rasism eller sexism inom en organisation ofta själv betraktad som ett problem. Paula Mulinari tog upp detta i sin artikel (2016) om sjukvårdspersonal som protesterade mot Sverigedemokraternas arbetsplatsbesök på akuten i Malmö. En del av personalen ville ta tillfället i akt när partiet skulle komma på besök och diskutera rasismen inom vårdorganisationen, men för att skapa en så bred enighet som möjligt valde de engagerade anställda att endast ta ställning mot rasismen i samhället. När diskussionen kom att handla om rasismen utanför sjukhuset kom vårdorganisationen indirekt att framstå som befriad från rasism. Den rasism som de anställda

på akuten protesterade mot beskrevs som oförenlig med uppdraget att vårda befolkningen, men kom därmed också att placeras helt och hållet utanför vården som organisation och som arbetsplats. Mulinari fångar hur samtalen om rasism inom arbetsplatsen som ändå drogs igång i samband med Sverigedemokraternas besök beskrevs av ledningen som en politisk fråga – och därmed på tvärs mot professionalismen. Också här fick personalen balansera frågan om rasism med föreställningar om professionalism, på ett sätt som gjorde det omöjligt att konfrontera de ojämlikheter som personalen ville diskutera.

Vardagsrasism och rasifierande praktiker i sjuksköterskans vardag – några slutsatser

”Organisationsprocesser som återskapar hierarkier och ojämlikhet innefattar den medvetna konstruktionen och dekonstruktionen av hierarkier, yrken och arbetsprocesser”, skriver Acker (2006, 112). En historisk blick på sjuksköterskeyrket blottar ett professionellt projekt som byggt kring en medveten rasifiering av den ideala sjuksköterskan som vit (Selberg 2012). Sjuksköterskans position i mitten av organisationen stärker en kulturell kloning som tycks starkare än i läkaryrket (Selberg 2012). Det är för att sjuksköterskorna har till uppgift att fronta organisationen och medla mellan det vetenskapliga, det praktiska och det vardagliga språket. Läkarna äger det vetenskapliga språket som är mer globalt och anses ligga bortom sådant som kulturella eller organisatoriska normer – men en skicklig sjuksköterska måste vara lyhörd, på grund av sin mittenposition, för just kulturella och organisatoriska normer som sjukvården står för. Sjuksköterskeyrket i Sverige är, menar jag, i sig rasifierat, med starka förväntningar på en särskild kommunikationskompetens som (oavsett betydelse för själva arbetsuppgifterna) förutsätter saker som brytningsfri svenska. I många andra länder är sjuksköterskekåren etniskt heterogen, inte minst därför att många länder har gjort sig beroende av globala omsorgskedjor som innebär att migrantkvinnor bär stora delar av vården. I Sverige är undersköterskor och vårdbiträden långt mer heterogen arbetskraft. Dessa yrken rasifieras på andra sätt, exempelvis med föreställningar om att ”utländska kvinnor” är mer naturligt lämpade för omsorgsarbete (Selberg 2012).

Sjuksköterskornas yrkesgemenskap och intraprofessionella solidaritet kan ge ett visst skydd mot rasism. Samtidigt tycks kombinationen av yrkets rasifiering och professionsprojektets inneboende homogenisering innebära att rasismen inte konfronteras öppet. Istället måste sjuksköterskor hantera vardagsrasismen på ett ”pragmatiskt” sätt, det vill säga genom att manövrera den enskilt, neutralisera den eller dölja den – och ibland konfrontera den, fast på ett avgränsat sätt.

Joan Ackers regimbegrepp sätter både det organisatoriska sammanhanget och organisationens inre liv i centrum, och visar att rasism skapas och återskapas genom olika typer av såväl formella som informella processer och interaktioner. I det här kapitlet har jag visat att formaliserade processer som rekrytering hänger samman med informella interaktionsmönster inom en organisation. Diskriminering uppstår inte i ett tomrum utan utförs och legitimeras alltid av någon aktör (jfr Ahrne 1994), och motiven kan se olika ut. När vardagsrasism inom en organisation inte konfronteras utan istället hanteras ”pragmatiskt”, då återskapas och förstärks rasifierande praktiker.

I diskussioner om arbetsrätt och arbetsmiljö har forskare lyft fram behovet av att utgå från konkreta problem, så som de ter sig i vardagen på arbetsplatser (Selberg 2019). Med ökad kunskap om hur människor har det på jobbet i ”mötet mellan samhällsstrukturen och vardagslivet” (Hydén 1989 citerad i Selberg 2019) kan vi vidta åtgärder för att minska konflikter och orättvisor. Det är först när något identifieras och formuleras som ett problem som vi kan söka lösningar och åstadkomma förändringar. Men som Ahmed (2017, 110) har konstaterat innebär inte det faktum att en organisation erkänner ett problem och antar en policy att den också är villig att förändras. För detta krävs långsiktigt, strategiskt arbete av människor som är villiga att vara glädjedödare – att framstå som bråkiga och kanske dogmatiska. Sjuksköterskeyrket har en sådan sida också: vid sidan om den normativa femininiteten finns också det faktum att sjuksköterskeåren sedan 1970-talet varit protestbenägen. En förhoppning för framtiden är att erfarenheter av rasism tas på allvar och börjar betraktas som ett faktiskt problem för hela yrkeskollektivet. Om samtal om rasism sprider sig och ges utrymme kan de lärdomar vi drar av människors erfarenheter av vardagsrasism på jobbet användas

för att förändra yrkesgemenskapen och motarbeta rasismen såväl inom yrket som inom sjukvården och samhället i stort.

Referenser

- Acker, J. (2006) "Inequality regimes: Gender, class, and race in organizations", *Gender & Society*, 20(4):441–464.
- Ahmed, S. (2017) *Att leva feministiskt*. Stockholm: TankeKraft förlag.
- Ahrne, G. (1994) *Social organizations: Interaction inside, outside and between organizations*. London: Sage.
- Akhavan, S. & Karlsen, S. (2013) "Practitioner and client explanations for disparities in health care use between migrant and non-migrant groups in Sweden: A qualitative study", *Journal of Immigrant Minority Health*, 15(1):188–197.
- Anderson, B. (2000) *Doing the Dirty Work? The Global Politics of Domestic Labour*. London: Palgrave Macmillan.
- Bessant, J. (1992) "Good women and good nurses: Conflicting identities in the victorian nurses strike, 1985–86" *Labour History* 63:155–173.
- Blumer, H. (1958) "Race prejudice as a sense of group position", *Pacific Sociological Review*, 1(1):3–7.
- Bohm, E. (1961) *Okänd, godkänd, legitimerad: Svensk Sjuksköterskeförenings första 50 år*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Bonilla-Silva, E. (2010) *Racism without racists: Color-blind racism and the persistence of racial inequality in the United States*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Boogaard, B. & Roggeband, C. (2010) "Paradoxes of intersectionality: Theorizing inequality in the Dutch police force", *Organization* 17(1):53–75.
- Davies, C. (1996) "The sociology of professions and the profession of gender", *Sociology* 30(4):661–678.
- de los Reyes, P. & Wingborg, M. (2002) *Vardagsdiskriminering och rasism i Sverige. En kunskapsöversikt*. Integrationsverkets rapportserie 2002: 13. Norrköping: Integrationsverket.
- Emanuelsson, A. (1990) *Pionjärer i vitt: Professionella och fackliga strategier bland svenska sjuksköterskor och sjukvårdsbiträden, 1851–1939*. FoU Rapport 34. Huddinge: Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförb.
- Essed, P. (1991) *Understanding everyday racism: An interdisciplinary theory*. London: Sage.
- Essed, P. & Goldberg, D.T. (2002) "Cloning cultures: The social injustices of sameness", *Ethnic & Racial Studies* 25(6):1066–1082.
- Essen, B., Bødker, B., Sjöberg, N.-O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S. & Östergren, P.O. (2003) "Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services?", *BJOG International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109(6):677–682.
- Folkhälsomyndigheten (2019) *Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Frankenberg, R. (1994) *White women, race matters: The social construction of whiteness*. London: Routledge.

- Freeman Anderson, K. (2012) "Diagnosing discrimination: Stress from perceived racism and the mental and physical health effects", *Sociological Inquiry* 83(1):55–81.
- Gamarnikow, E. (1972) "Sexual division of labor: The case of nursing". I A. Kuhn & A.-M. Wolpe (red.) *Feminism and materialism*. London: Routledge.
- Gavanas, A. (2013) *Who cleans the welfare state? Immigration, informalization, social exclusion and domestic services in Stockholm*. Stockholm: Institutet för framtidsstudier.
- Goffman, E. (1959) *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday.
- Healy, G., Bradley, H. & Forson, C. (2011) "Intersectional sensibilities in analysing inequality regimes in public sector organizations", *Gender, Work & Organization* 18(5):467–487.
- Jonsson, S. & Behtoui, A. (2013) "Rasism: Särskiljandets och rangordningens praktik". I M. Dahlstedt & A. Neergaard (red.). *Migrationens och etnicitetens epok: Kritiska perspektiv i etnicitets- och migrationsstudier*. Stockholm: Liber.
- Jönson, H. (2007) "Is it racism? Skepticism and resistance towards ethnic minority care workers among older care recipients", *Journal of Gerontological Social Work*, 49(4):79–96.
- Krupic, F., Eisler, T., Garellick, G. & Kärrholm, J. (2013) "Influence of ethnicity and socioeconomic factors on outcome after total hip replacement". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1):139–146.
- Lill, L. (2007) *Att göra etnicitet inom äldreomsorgen*. Malmö universitet: Malmö Studies in International Migration and Ethnic Relations no. 5, 2007.
- Menzies Lyth, I. (1960) "Social systems as defence against anxiety: An empirical study of nursing service of a general hospital", *Human Relations* 13(65):95–121.
- Mulinari, P. (2016) "To care and protect: Care workers confronting Sweden democrats in their workplace", *NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 26(2):84–98.
- Pergert, P., Ekblad, S. & Enskär, K. (2007) "Obstacles to transcultural caring relationships: Experiences of health care staff in pediatric oncology", *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 24(6):314–328.
- Salmonsson, L. (2014) *The "other" Doctor: Boundary work within the Swedish medical profession*. Uppsala: Uppsala University.
- Salzinger, L. (1991) "A maid by any other name: The transformation of 'dirty work' by Central American immigrants". I M. Burawoy m.fl. (red.) *Ethnography unbound: Power and resistance in the modern metropolis*. Berkeley: University of California Press.
- Schierup, C.-U. (2006) "Den sociala exkluderingen i Sverige. Migration, arbetsmarknad och välfärdsstat i förändring". I P. de los Reyes (red.) *Arbetslivets (o)synliga murar*. SOU 2006: 59. Stockholm: Fritzes.
- Selberg, N. (2019) "Empirisk arbetsrättsforskning, rättsrealism och rättssociologi – från välfärdsstat till gig-ekonomi". I R. Banakar, K. Dahlstrand & L. Ryberg Welanders (red.) *Festskrift till Håkan Hydén*. Lund: Juristförlaget i Lund.
- Selberg, R. (2012) *Femininity at work: Gender, labour, and changing relations of power in a Swedish hospital*. Lund: Arkiv.

- Selberg, R. (2013) "Nursing in times of neoliberal change: An ethnographic study of nurses' experiences of work intensification", *Nordic Journal of Working Life Studies* 3(2):10–35.
- Selberg, R. (2021) "Sjuksköterskeyrket som professionellt projekt: en feministisk analys av en vårdprofession". I C. Franssén & D. Tzimoula (red.) *Genus och professioner*. Lund: Studentlitteratur.
- SLL (Stockholms läns landsting) (2014) "Ojämlighet i hälsa – vad förklarar den sämre hälsan bland utlandsfödda kvinnor i Stockholms län?". SLL Faktablad 2014.
- Smith, D. (1987) *The everyday world as problematic: A feminist sociology*. Toronto: University of Toronto Press.
- Socialstyrelsen (2008) *Hälso- och sjukvård: Lägesrapport 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Vårdförbundet (2017) "Framtidens karriär: Sjuksköterska", tillgänglig på https://sjukskoterskekarriar.se/wp-content/uploads/2017/10/framtidens_karriar_ssk_se_ht17_44s-1.pdf (20190619).
- Wamala, S., Merlo, J., Boström, G. & Hogstedt, C. (2007) "Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(5):409–415.