

HELLE MAX MARTIN

IMPROVISATION

Sygeplejersker på arbejde i Uganda

Der er fuld af patienter på mændenes medicinske afdeling. Alle senge er besat, og omkring dem sidder mødre og koner og brødre, som er kommet med mad og penge. I virvaret af folk og ting lyser sygeplejersken op i sin nystrøgne lyserøde uniform. Hun går målrettet mod en af sengene for at sætte et drop op. Hun har allerede handsker på og bærer nål og slange og en pose med saltvand i hånden. Da hun når sin patient, spørger hun først hans kone, om de har købt plaster. Kvinden ryster på hovedet. Hun har ikke noget plaster. Sygeplejersken spørger patienten ved siden af, men han har heller ikke noget. Så beder hun patienten om at rulle ærmet op, så hun kan lægge droppet. Med den ene hånd holder hun nålen fast, og med den anden finder hun et stykke snor frem fra sin lomme, binder det om nål og håndled og beordrer den syge til at ligge helt stille, så det ikke gør ondt. Så ryster hun på hovedet: „Hvis man ikke kan improvisere, kan man ikke arbejde her,“ griner hun.

Denne artikel handler om sygeplejersker på Tororo Hospital i Uganda og om, hvordan de formår at udføre deres arbejde i en kontekst, der er plaget af kronisk ressourcemangel. Tororo Hospital og det ugandiske sundhedssystem i det hele taget byder på arbejdsbetingelser, som fordrer særlige kompetencer hos sygeplejerskerne, og dermed bidrager til at skabe en særlig professionel praksis.¹

Artiklens omdrejningspunkt er „improvisation“, et begreb, som sygeplejerskerne selv beskriver deres arbejde med. Ved at undersøge, hvad italesættelsen af sygeplejerspraksis som „improvisation“ betyder, og hvordan begrebet indgår i en større fortælling om sygeplejefprofessionen i Uganda, får vi indsigt i, hvordan sygeplejersker håndterer og skaber mening i en krævende og kompleks arbejdssituation fuld af modsætninger. Improvisation er et begreb, der legitimerer gængs sygeplejerspraksis, afstiver en professionel identitet under pres og signalerer en længsel efter bedre tider. Det gælder fortiden, i form af en forestilling om fagets „svundne storhedstid“, såvel som fremtiden, idet begrebet improvisation fastholder praksis som en midlertidig tilstand. Og således er „improvisation“ sygeplejerskernes forsøg på at tæmme de modstridende kræfter, som gør sig gældende i sygepleje i Uganda i dag. Med udgangspunkt i dette begreb udfolder jeg således en analyse af sygeplejerskernes arbejdssituation, gennem hvilken vi bevæger os længere og længere ind i den sociale og institutionelle kontekst, som har formet den.

Analysen er empirisk forankret i materiale fra et antropologisk feltarbejde i Uganda i 2002-2003,² og den forholder sig tæt til den specifikke kontekst, som feltarbejdet

udfoldede sig i. Selvom jeg ikke her vil beskæftige mig med begrebets sproglige implikationer,³ så lad os indledningsvis fokusere på den umiddelbare betydning.

Improvisation refererer til en handling, som udføres uden forberedelse og/eller uden at have en fyldestgørende „opskrift“ til rådighed – som når en musiker spiller variationer over et bestemt musikalsk tema. Han eller hun følger ikke direkte sit nodeblad, men lader sig dog inspirere af melodien og tilpasser sig andre musikeres input.⁴ Det er i samme grundlæggende betydning, at sygeplejerskerne på Tororo Hospital benytter begrebet, når de forklarer, hvordan de plejer deres patienter uden adgang til de nødvendige ressourcer.


Sygepleje på Tororo Hospital

Tororo er et distrikt og en by i det østlige Uganda, som ligger tæt på den kenyanske grænse. Tororo Hospital er distriktets største hospital, og det modtager patienter fra hele distriktet og fra nabolandet Kenya.

Hospitalet blev bygget i 1933, og der er kun foretaget få og spredte renovationer af bygninger og materiel siden. Kloakkerne fungerer ikke, sengene er slidte og mangler madrasser, myggenettene på vinduer og døre er fulde af huller osv. Listen af eklatante mangler synes endeløs. Både patienterne og de ansatte er særdeles utilfredse med forholdene på hospitalet og er enige om, at omgivelserne ikke er befordrende for helbredelse. Der er dog meget forskellige opfattelser af, hvem og hvilke omstændigheder der er skyld i de dårlige forhold – om det er regeringen, distriktet, politikerne, de ansatte eller patienterne. Disse problemer er ikke begrænset til Tororo Hospital eller det østlige Uganda, men gør sig gældende i alle dele af landet. Den folkelige kritik af sygeplejersker og andre ansatte i Ugandas sundhedssystem er omfattende og vedholdende. Beklagelserne fokuserer på kvaliteten af sundhedsydelser, patient-behandler-interaktion og korruption. Sundhedsarbejderne, derimod, beklager sig over, at deres løn er for lav, karrieremulighederne beskedne, og at hverken regeringen eller patienterne værdsætter deres indsats i en faglig sammenhæng, som kræver det umulige af dem.

Tororo Hospital er bygget op på samme måde som de fleste andre biomedicinske institutioner, både i Uganda og det meste af verden. Rollefordelingen mellem de forskellige faglige grupper er udtrykt i et professionelt hierarki, hvor læger befinder sig i toppen fulgt af personale med mindre og mindre klinisk eller plejerelateret træning.

Hver personalegruppe har ansvar for at gennemføre netop de opgaver, som knytter sig til deres specifikke arbejdsområde – lægerne diagnosticerer og beslutter behandlingsforløbet, sygeplejerskerne deler medicin ud og skifter forbindinger osv. Alle sundhedsarbejdere er blevet gjort bekendt med deres særlige opgaver under deres uddannelse. For eksempel er beskrivelsen af de forskellige sygeplejefaglige opgaver nedfældet i de undervisningsplaner, som følges på sygeplejeskolerne. De udføres og tillæres af de studerende i deres praktikperioder, principielt under supervision, men i realiteten ofte uden. Undervisningsplanerne omfatter hele spektret af opgaver: pleje, behandling, registrering, hygiejne osv., og hensigten med rækkefølgen og prioriteringen af disse opgaver er på den ene side at sikre patienten de bedst mulige betingelser for helbredelse og på den anden side at skabe de mest effektive og gunstige betingelser for sygeplejerskens arbejde. Tilstedeværelsen af folk og ting på deres rette pladser er en forudsætning for



den praktiske udførelse af sygeplejerskens opgaver og, i et større perspektiv, for hospitalets overordnede funktionsdygtighed. Hvis en patients tilstand pludselig forværres, er det sygeplejerskens ansvar at tilkalde en læge, og det er lægens ansvar eventuelt at henvise patienten til et hospital med mere specialiseret personale. Og når patientens temperatur skal tjekkes og registreres, må sygeplejersken nødvendigvis have et termometer, såvel som operative indgreb ikke kan foretages uden en skalpel. På ugandiske sundhedsfaciliteter er folk og ting meget sjældent på deres rette pladser.

Ting

På Tororo Hospital er der åbenbar mangel på mange af de ting, som vi i nord anser for at være en naturlig del af et hospitalsunivers – enten fordi de er blevet væk eller gået i stykker, eller fordi institutionen eller patienterne ikke har råd til anskaffe dem. Ofte er selv de mest basale og helt uundværlige instrumenter som blodtryksmålere og termometre ikke umiddelbart tilgængelige, og de må opspores og lånes fra andre afdelinger, når der er behov. Andet udstyr er ganske enkelt forsvundet og må erstattes: bakken til instrumenter med en skål eller et stykke stof, hospitalssengetøj med patientens egne kulørte stykker tøj, ophængt til drop med en snor af gaze, mappen til patienternes journaler med en elastik osv.

Andre ting igen er defekte eller blevet slidt op. Det er svært at transportere en operationspatient på en bære med kun tre hjul, og både niveauet af hygiejne og patienternes komfort må nødvendigvis lide under de forrevne betræk på madrasserne, rustne, skæve senge og toiletter, som ikke fungerer. Den seneste inventarfortegnelse fra Tororo Hospital⁵ viser fx for den medicinske afdeling for mænd, at ud af de 17 inventarkategorier, som omfatter alt fra stetoskoper til madrasser, er kun tre markeret med det A, som betyder, at udstyret er i orden. Det drejer sig om et stetoskop, en blodtryksmåler og et sæt metal-skærme, der kan sættes op for at beskytte særligt svage eller udsatte patienter mod nysgerrige blikke. I det hele taget fungerer Tororo Hospital på et minimum af de materielle standarder, som sygeplejefprofessionen selv opstiller som absolut essentielle for det faglige arbejde.

Ydelserne i det statslige sundhedssystem i Uganda har været gratis siden 2001,⁶ men det er mere reglen end undtagelsen, at de indlagte selv må medbringe den fornødne medicin, forbindinger, sågar handsker m.v. I de hyppige tilfælde, hvor patienten og dennes slægtninge ikke har umiddelbar adgang til rede penge og må bruge tid på at skrabe den nødvendige sum sammen, kan manglen på især medicin ende med at blive et spørgsmål om liv og død. Og sundhedssystemets mangel på ting i bred forstand står helt centralt i utilfredsheden med offentlige sundhedsydelser for både patienter og ansatte. Patienten i den indledende case tog måske ikke ligefrem skade af at ligge med sit drop uden plaster på, men det var givetvis både smertefuldt og ubehageligt. Det er blandt andet den slags hændelser, som senere ender i udvekslingen af historier om det dysfunktionelle sundhedssystem, hvor patienterne lider fysisk og økonomisk under manglen på ressourcer.

Ting signalerer både viden, teknisk kunnen og en særlig autoritet og kompetence såvel til omverdenen som indadtil i de faglige hierarkier. Det gælder både medicin og den teknologi, som er en del af sygeplejerskernes faglige univers.⁷ Det at have kendskab

og adgang til disse teknologier (og dermed også have magt til at fordele de ydelser, som følger med) giver sundhedsarbejdere den faglige autoritet, som gør, at patienter trods beklagelser og kritik opsøger de medicinske faciliteter, som regeringen stiller til rådighed.

Ting spiller også en særlig rolle i forhold til de risici, som sygeplejerskerne forbinder med deres arbejde. Det drejer sig især om kontakten med kropsvæsker, der er en uundgåelig del af sygeplejearbejde, og som kan overføre alvorlige vira som hiv, hepatitis og ebola. Handsker, som forhindrer den direkte berøring med syge kroppe, ses som den primære beskyttelse mod disse risici. Og er der ikke handsker til rådighed, må sygeplejersken enten vente, indtil patientens familie har købt handsker, eller de må finde på en anden løsning, hvis problemet er akut. Det er ikke usædvanligt at se sygeplejersker med tynde plastikposer viklet om hænderne i mangel af bedre. Sygeplejerskerne udtrykker derfor behovet for at finde kreative løsninger særlig akut, når manglen på „ting“ opfattes som en trussel mod deres helbred.

Folk

Der er altid en voldsom trafik af folk ud og ind af hospitalsafdelingerne i Tororo. Hospitalet har ganske vist en overordnet politik, der inkluderer besøgstider og regulativer om, hvem der må komme og gå, men den implementeres ikke. Ugandiske hospitaler og klinikker stiller senge og personel til rådighed, men sørger ikke for mad, tøjvask og hygiejne. De fleste patienter er derfor afhængige af at have en slægtning med, som kan varetage disse basale opgaver og i øvrigt sørge for, at der bliver rejst penge til indkøb af den medicin, som hospitalet er løbet tør for. Sådanne hjælpere er som regel hos patienten under hele opholdet, og der er tit et leben på området omkring de forskellige afdelinger, hvor kvinder laver mad, børn leger, og de mest rørige patienter sidder i skyggen med besøgende slægtninge og venner. Disse bevægelser af mennesker tager ikke hensyn til hospitalsrutiner, og personalet beklager sig over, at der enten er for mange mennesker på afdelingen, eller at patienterne er forsvundet, når der er stuegang eller uddeles medicin.

Men personalet selv er heller ikke altid der, hvor de skal være, hvilket er et erkendt problem både i hospitalets administration og hos distriktets administrative chefer.⁸

Lægernes fravær er meget markant, hvilket har stor indvirkning på sygeplejerskernes arbejde. Lægerne har som regel deres egne klinikker, hvor de tilser patienter i morgentimerne, og de møder gerne først op på hospitalet ud på formiddagen. De har da sjældent tid til at udføre alle deres opgaver, og ofte er det stuegang, der udskydes. Det betyder, at der kan gå dage mellem stuegang. Det resulterer blandt andet i, at patienter ikke bliver tilset og behandlet eller udskrevet til tiden, og derfor bliver afdelingerne overbelagt. Da er det afdelingssygeplejersken, som må påtage sig at behandle og udskrive patienterne. Det gør hun på baggrund af sin erfaring, for hun har principielt hverken de tekniske kompetencer eller formel autoritet til at foretage sådan en vurdering:

Vi udskrives patienterne, selvom vi ikke må. Og vi ordinerer også medicin. For eksempel er en patient blevet indlagt og skal tilses af en læge, men der går flere dage, uden at lægen dukker op. Fordi jeg har meget erfaring, kan jeg se, at patienten har alvorlig lungebetændelse, og at hans tilstand er kritisk. Så skriver jeg en recept og skriver under for lægen. Min underskrift er respekteret, for jeg har været her i mange år, så de giver

mig antibiotikaen. Så behandler jeg patienten, og når jeg mener, han er rask, udskriver jeg ham, for der er også andre, der har brug for sengen. Men det er farligt, for hvis patienten bliver syg og klager, og der kommer en sag ud af det, så kan man komme i fængsel eller miste retten til at arbejde som sygeplejerske. Men hvis jeg ikke gjorde lægens arbejde, så var der nok flere, der døde her på stedet (Sylvia, afdelings-sygeplejerske).

Også sygeplejerskerne er ofte fraværende i arbejdstiden, og dermed sender de selv deres egne opgaver videre til de sygehjælpere, som egentlig kun må varetage de mest basale plejefunktioner på afdelingerne. Ligesom lægerne har sygeplejerskerne jobs uden for hospitalet, som kræver deres tilstedeværelse – i ngo'er,⁹ private klinikker og apoteker. Mange supplerer deres indkomst yderligere med småhandel eller et lille landbrug (Kyaddondo & Whyte 2003), og især den sæsonbetingede indsats, der knytter sig til dyrkning af afgrøder, kan være svær at passe sammen med hospitalets faste vagtskema. Andre årsager til fravær drejer sig om private anliggender – et sygt barn, en begravelse, akutte pengeproblemer, sociale forpligtelser eller praktiske forhindringer som dårligt vejr og nedbrudte busser, der forhindrer folk i at nå på arbejde. På trods af at kollegers fravær udfordrer professionelle kompetencer og formelle arbejdsområder, er der samtidig en stor grad af forståelse blandt alle ansatte for hverdagens force majeure og nødvendigheden af at have mange jern i ilden.

Overordnet betyder de generelle arbejdsvilkår og fraværet af de nødvendige ting og folk, at den professionelle praksis i sundhedssystemet sættes under pres. De ansatte har ganske enkelt ikke mulighed for at yde optimal behandling og pleje og er nødt til at løse deres opgaver på alternative måder.

I det følgende vil jeg pege på forskellige aspekter af italesættelsen af praksis med begrebet improvisation.

Improvisation - den lokale betydning

„Improvisation“ er det begreb, som sygeplejerskerne på Tororo Hospital anvender til at beskrive udførelsen af deres opgaver, når både ting og folk mangler. Begrebet har flere nuancer: Improvisation kan referere til den specifikke genstand, der erstatter det instrument eller materiale, som ideelt set skulle bruges. Denne betydning udtrykkes i sætninger som „Jeg improviserede en snor, fordi der ikke var noget plaster“ eller „jeg improviserede en kolaseng ud af en almindelig hospitalsseng“. Improvisation kan også omfatte den mangfoldighed af kreative løsninger, som overhovedet gør, at arbejdet kan lade sig gøre, når de nødvendige folk ikke er tilgængelige. Det gælder fx de tilfælde, hvor en patient har et akut behov for lægehjælp, og ingen læge er i nærheden. Da må sygeplejersken improvisere en løsning ved at beslutte sig for en midlertidig terapeutisk strategi, indtil en læge er blevet lokaliseret eller selv dukker op. Endelig bruges begrebet improvisation som en mere generel karakteristik af sygeplejerspraksis i Uganda i dag. Som en af sygeplejerskerne på hospitalets børneafdeling sagde: „Som sygeplejerske i Uganda i dag må man improvisere for at redde liv.“

Som det gælder for musikeren, kan man definere begrebet improvisation, når det anvendes om sygepleje, som en variation over de teoretiske og kliniske retningslinjer for en given procedure. Her tilpasses opgaveløsningen tilgængeligheden af ting (i form

af medicin, materialer og instrumenter) og folk (i form af kompetencer og muligheder for faglig og fysisk assistance) samt andre relevante omstændigheder (patientens tilstand, tid på døgnet m.v.). Og det er den enkelte professionelles kreative brug af sine kompetencer afpasset med ovennævnte forhold, som afgør resultatet af hans/hendes måde at udføre opgaven på. Praksis svarer således ikke til de universelle, tekniske retningslinjer, som er udstukket for faget. Sylvia beskriver fx i citatet ovenfor, hvordan hospitalet kun kan fungere som public service-institution, når de ansatte ikke arbejder „efter bogen“. Og når sygeplejerskerne bruger begrebet improvisation, udtrykker de samtidig, at praksis er situationel og lokal.

Sygeplejersker refererer eksplicit til improvisation på to måder – som et nødvendigt onde foranlediget af spændingen mellem krav og muligheder i sygeplejearbejdet og som en kreativ strategi, der overhovedet muliggør arbejdets gennemførelse. Disse to anvendelser af begrebet fortæller for det første om de problemer, som sundhedssystemet står over for – om ressource- og personalemangel, om overbelægning og spidsbelastninger, om faglig utilstrækkelighed og den vedvarende anstrengelse for at slå til mod alle odds. De udtrykker samtidig en klassifikation af praksis i forhold til et hierarki af de forskellige former for viden, som er på spil – den teoretiske viden på den ene side og den praktiske „handlede“ viden på den anden, og en refleksion over afstanden mellem de to.

Improvisation - et professionelt vilkår

Improvisation som en handlemåde er affødt af afstanden mellem teoretisk viden og de regler for handling, som denne viden udmøntes i, på den ene side og praksis på den anden side. Dette forhold er ikke særegent for Tororo Hospital, men et vilkår i alle former for professionelt virke.

Enhver praksissituation er en enestående begivenhed (Schön 2001:25), som kun delvis kan sættes på formel. I og med at tillært teoretisk og teknisk viden tilbyder en overordnet anvisning på professionel handling og aldrig fuldt ud kan dække enhver potentiel situation, er der i alle professionelle sammenhænge nødvendigvis et krav om en kreativ brug af netop den teoretiske og tekniske viden.¹⁰ Selv på et hospital med alle nødvendige ressourcer til rådighed er det umuligt at læse sig til og forudsige, hvordan det enkelte patientforløb vil udvikle sig. Tilpasningen af de teoretiske anvisninger til en given situation – det professionelle skøn – er således en helt essentiel del af de professionelle kompetencer. Man kan skærpe denne påstand yderligere med Pierre Bourdieus pointe om, at teoretisk viden og praksis drives af fundamentalt forskellige logikker, og at praksis derfor ikke kan analyseres eller vurderes på teoriens præmisser (Bourdieu 1990:80-98). Men hele konstruktionen af fx de medicinske professioner er konstrueret på antagelsen om en uproblematisk og progressiv relation mellem det teoretiske og det praktiske, medieret af teknikker og regler for handling, og anerkender ikke formelt validiteten eller endog tilstedeværelsen af en intuitiv, kropslig professionel ekspertise, som evnen til at improvisere også kan ses som udtryk for. Improvisation ansues som et brud på den relation – en uheldig, men nødvendig afvigelse fra den „rigtige sygepleje“.

Selvom begrebet improvisation – blandt andet af ovennævnte grunde – ikke figurerer i det formelle curriculum, knæses afstanden mellem den teoretiske viden og de

praktiske kompetencer og nødvendigheden af at improvisere allerede i uddannelsen af de ugandiske sygeplejersker. Uddannelsen er bygget op på en kombination af klasseundervisning, klinisk undervisning og praktik på hospitaler og i sundhedscentre. I klasseundervisningen formidles primært teoretisk viden om fx anatomi, farmakologi og mikrobiologi. Indlæring er baseret på almenlydige lærebøger, og lokale hensyn inddrages kun undtagelsesvis i undervisningen (fx i farmakologi, hvor det nævnes, hvis et givent præparat ikke findes på markedet eller er for dyrt for den fattige patient). Den kliniske undervisning derimod, som enten er praktiske demonstrationer af eller forelæsninger om forskellige sygeplejeopgaver, inddrager improvisation som særlig kompetence, der er nødvendig for at fungere som sygeplejerske.

Helle: Hvor lærte du at improvisere? Var det noget, I lærte i skolen, eller da du begyndte at arbejde?

Janice: Begge dele. I skolen får vi at vide, at sygeplejersker skal være meget aktive osv. Man venter ikke bare på, at tingene løser sig selv. Man må gøre, hvad man kan, og bruge de få ressourcer, der er, til at redde liv med. Også selvom det ikke er den rigtige måde, den, som står i bøgerne.

I praktikperioderne får de studerende rig lejlighed til at afprøve improvisation i praksis, når de indgår i det daglige arbejde på lige fod med mere erfarne kolleger. Også de praktiske eksamener inddrager improvisation, når fx den studerende beklager fraværet af et bestemt instrument, og eksaminator spørger: „Hvad har du så improviseret?“

Som sagt kan standardiseret, teoretisk viden aldrig levere komplette løsninger til alle de mulige situationer, som en professionel kan stå i, når han eller hun udøver sit fag. Men uagtet at teoretisk viden altid transformeres, når dets principper skal appliceres i professionel praksis, er det netop denne form for viden, som inkarnerer „rigtig sygepleje“ i Uganda såvel som alle andre steder i verden (se fx Melia 1987).

De færreste professionelle er villige til at investere samme faglige autoritet i praktisk erfaring som i den teoretiske viden og de tekniske forskrifter, som den udspringer af.

Det skyldes blandt andet, at teoretisk viden anses for at være mere rationel og stringent, og derfor generelt tildeles højere status end andre vidensformer (Schön 2001:30-7). Det gælder også sygeplejefprofessionen i Uganda, der tager del i en global tendens til at dissociere faget fra lægestudiet for at etablere sig som uafhængig profession med en selvstændig teoretisk vidensbase.¹¹

Begrebet improvisation adresserer netop det paradoks, at det skønmæssige er så fremtrædende en del af praksis, men at den viden, som begrebet betegner, ikke anses for gyldig på linje med den teoretiske viden. Ved at omtale specifikke handlinger som improvisation understreger både studerende og uddannede sygeplejersker, at deres faglige praksis adskiller sig fra „den rigtige måde“ at udøve sygepleje på. Begrebet improvisation inkarnerer således sygeplejerskernes forsøg på at slå bro over afstanden mellem de teoretiske idealer for praksis og virkelighedens begrænsninger, og det er derved også et legitimerende greb. Det godtgør en praksis, der for de implicerede selv tager sig ud som en forvanskning af grundlæggende faglige principper. Samtidig anerkender sygeplejerskerne, at improvisation er den eneste måde overhovedet at gennemføre sygeplejeopgaver på, og at hospitalet ville gå i stå, hvis de pludselig insisterede på at udføre deres arbejde „efter bogen“. Med kategoriseringen af bestemte måder at praktisere på som improvisation føjes disse praksisser til det faktiske faglige repertoire, uagtet at de ikke

stemmer overens med de teoretiske og tekniske anvisninger for praksis, og således ikke kan klassificeres som „rigtig“ sygepleje. Disse praksisser tildeles således indirekte en faglig legitimitet. Det kunne fx være, når sygeplejerskerne lader nye patienter ligge på gulvet på medbragte stråmåtter, fordi alle senge er optaget, når de beder patientens slægning om at holde øje med droppet, eller når de rekvirerer den medicin, som de mener, deres patient har brug for, fordi lægen ikke har gået stuegang i et par dage.

Fra sygeplejerskernes perspektiv står improvisation som praksis altså i modsætning til sygeplejens teoretiske fundament. Men samtidig er det en analytisk pointe, at improvisation kan ses som en del af det professionelle skøn, og at manglen på ressourcer – ting og folk – bidrager til at intensivere og blotlægge dette skøn og dermed stille krav om en „forklaring“.

Improvisation - det indirekte forsvar

Den legitimering af praksis, som begrebet improvisation bidrager til, spiller en vigtig rolle som modsvar på den vedholdende kritik af sygeplejersker og andre sundhedsarbejdere, som udtrykkes i den offentlige diskurs om sundhedsvæsenet. Der er, som tidligere nævnt, bred enighed i medierne, blandt politikere og administratorer, i befolkningen generelt og såmænd også blandt sygeplejerskerne selv om, at systemet fungerer meget dårligt, og at sygeplejerskerne er en del af problemet. De har ry for at være hensynsløse og ligeglade med deres patienter, korrupte og nepotistiske og kun ude efter egen vinding. Disse anklager bliver fremsat meget åbent og har næsten karakter af kanonisk viden (Oxlund 2001).¹²

Det er især manglen på medicin, der sætter relationen mellem patient og sundhedspersonale under pres. Medicin – tabletter, miksturer, ampuller osv. – spiller en absolut hovedrolle i de konkrete behandlingsforløb qua deres konkrete effekt og deres metonymiske relation til biomedicinsk viden og teknologi (van der Geest & Whyte 1989). Medicin spiller således en altafgørende rolle for patienternes tiltro til deres behandling og for sundhedsarbejdernes professionelle autoritet, og det er ofte på tilgængeligheden af medicin, at det enkelte hospital eller sundhedscenter vurderes af brugerne. Derfor er medicin et af hovedemnerne i anklager mod sundhedspersonalet – læger og sygeplejersker antages at stjæle af medicinbeholdningen for at sælge rovet i deres egne små drug shops. Når sygeplejerskerne sender patienter af sted til byens private klinikker og apoteker, betegner de denne handling som nødvendig improvisation foranlediget af manglen på medicin, men fra patientens synspunkt kan samme handling fortolkes som indikator for korrupcion, grådighed og ligegyldighed.¹³

Sygeplejerskerne på Tororo Hospital anerkender, at dele af kritikken rammer rigtigt. De kan dog sjældent selv identificere sig direkte med de barske anklager og afviser især beskyldningerne om tyveri. Som regel henviser de fleste til de få „brodne kar“ i faget, som opfører sig uetisk og ødelægger professionens ry. Men selv den mest dydige sygeplejerske kan ikke regne med at være på sikker grund, for pointen er, at de former for praksis, som sygeplejerskerne kategoriserer som improvisation, ofte falder sammen med eller giver næring til den offentlige kritik. Det indledende eksempel med sygeplejersken, der skulle lægge et drop uden plaster, kan sagtens tage sig problematisk ud, hvis man drager hendes handlinger i tvivl efter de gængse anklager: Havde hun selv taget det

plaster, som patienten skulle bruge, og solgt det i sin egen butik? Eller havde hun i virkeligheden en rulle plaster, men ville have penge for at bruge det? Var hun hoven og hårdhændet?

Når sygeplejerskerne ved at benytte sig af begrebet improvisation gør deres handlinger fagligt legitime, kan det også forstås som en måde at forsvare sig imod eller tage brodden af den omfattende kritik, de er udsat for. Begrebet improvisation flytter ansvaret fra sygeplejersken som person til de konkrete arbejdsvilkår, som udgør grundlaget for praksis.




Improvisation - den professionelle identitet

Sygeplejersken som person er en væsentlig brik i forståelsen af improvisation på Tororo Hospital. Flere sygeplejersker udtrykker personlig frustration over ikke at kunne leve op til billedet af den ideelle sygeplejerske, og også her optræder improvisation som et medierende begreb.

Wallman (1979) har pointeret, at arbejde er langt mere end en økonomisk foranstaltning, og at det også har en identitetsmæssig dimension, her bredt forstået som individers opfattelse og fortsatte definition af, hvem de selv og andre er i forhold til det professionelle felt med dets centrale karakteristika (roller, kompetencer, hierarkier, relationer osv.). Det kan fremstå som en banal pointe i vore dages optagethed af individets indlejring i firmakulturer og sammenblandingen af privatliv og arbejde, men i studier foretaget i en afrikansk sammenhæng knyttes identitet langt oftere til slægtskab og kun indirekte til arbejde og da som regel i følgeskab med begreber som urbanitet, tradition og modernitet, køn osv. Men netop sygeplejefprofessionen har en meget klar og eksplicit forestilling om, hvilken type person en sygeplejerske er, og hvilken rolle hun spiller. Sygeplejersken som den opofrende, pletfri, omsorgsfulde kvinde, der virker blandt lidende, men taknemmelige patienter er et stærkt motiv i fagets selvforståelse, og der er en række positive adjektiver, som optræder i samtlige beskrivelser af en god sygeplejerske. Dette ideal er også en central ingrediens i den faglige indlæring på sygeplejeskolerne, og her er det Jane, som er sygeplejeelev, der giver den vedtagne karakteristik af en god sygeplejerske:

En sygeplejerske skal være intelligent, punktlig, ansvarlig, loyal, ærlig, samarbejdsvillig, opvakt og altid vise kærlighed og omsorg for sine medmennesker. Hun skal også være taktfuld og disciplineret for at tjene patienterne bedst muligt.

Dette billede, som de fleste sygeplejersker identificerer sig med og gerne refererer til, når de er samlet i forskellige anledninger, kan nægtelig være svært at genkende i den ofte kaotiske hverdag, som præger landets hospitaler og sundhedscentre. Sygeplejerskerne er som sagt udmærket klar over, at den service, de tilbyder, ofte er under faglig standard, og endog at deres egen praksis til tider befinder sig i en gråzone mellem det forsvarlige og det ulovlige. Især sygeplejestuderende, som dagligt mindes om det professionelle ideal, ængstes ved udsigten til de kompromiser, som de sandsynligvis vil være nødt til selv at indgå i fremtiden – både for at udøve deres fag med minimale midler til rådighed, men også for at beholde det job, som er så svært at få, og for at tjene penge nok til at brødføde og uddanne deres egen familie.



Nogle studerende, mange af os måske, vil ende med ikke at følge de faglige standarder i vores arbejde. Måske bliver du ansat og udnyttet, fx i en privat klinik. Nu hvor regeringen ikke længere sørger for at ansætte os, må man tage, hvad der er. Man kan tjene en meget lille løn og skal dog også leve. Og så ender man med at bryde standarderne og være en dårlig sygeplejerske bare for at klare sig. Måske må man sælge gammel medicin, måske skælder man ud på de syge, måske kommer man ikke på arbejde. Men vi vil selvfølgelig forsøge at gøre vores bedste (sammendrag fra gruppeinterview med fem studerende).

Dette citat tegner et mere dystert billede, end de fleste sygeplejersker vil vedkende sig, men det udtrykker til gengæld meget klart den usikkerhed, som studerende forbinder med deres fremtidige arbejdsliv og deres egen faglige rolle. Når både studerende og uddannede sygeplejersker refererer til praksis som improvisation er det ikke kun et forsøg på at neutralisere konflikten mellem idealet og den praktiske virkelighed, men også den konflikt, som udspringer sig i sygeplejerskernes egen selvforståelse. Begrebet improvisation understøtter opretholdelsen af en ideel forestilling om sygeplejersken som en særlig forbilledlig person, samtidig med at det i et vist omfang retfærdiggør afvigelsen fra samme ideal. Den enkelte kan både se sig selv som en god sygeplejerske og bevare det ideelle billede af samme, selvom afstanden mellem de to er enorm. Dermed berører improvisation også sygeplejerskernes professionelle identitet. Det tilbyder en måde at komme overens med bevidstheden om, at det ikke kan lade sig gøre at leve op til forestillingen om den ideelle sygeplejerske.



Improvisation som rutine



Hvis man kigger nærmere på den praksis, der betegnes som improvisation, er den så uforudsigelig og spontan, som ordbogsdefinitionen af begrebet indebærer? Jeg mener, at der nærmere er tale om improvisationsrutiner, som reducerer uforudsigeligheden i sygeplejerskernes arbejdssituation.

I professionelt arbejde er der, som sagt, altid afvigelser fra teoretiske og tekniske forskrifter. Disse afvigelser er naturligvis mere åbenlyse i institutioner, hvor de nødvendige ting og folk ikke er tilgængelige. Det er derfor ikke overraskende, at de praksisser, som sygeplejerskerne omtaler som improvisation, ofte er hverdagsforeteelser. Det vil sige, at sygeplejerskerne udfører deres opgaver og „improviserer“ på præcis den måde, som de altid gør, og tit også som alle andre gør. Så selvom begrebet improvisation får en særlig prægning, når det drejer sig om opgaver af usædvanlig og særlig indviklet eller akut karakter, så er der i langt størstedelen af tilfældene tale om rutinehandlinger, som gør opmærksom på, at nok er forholdene utilstrækkelige, men dog så stabile, at „korrigerende“ arbejdsgange kan etableres. Rutine betegner her en bureaukratisk form, en måde at organisere arbejdet på. Samtidig henviser det til et repetitivt handlingsmønster, en vedtagen måde at løse specifikke opgaver på i den institutionelle sammenhæng.

Rutiniseringen af arbejdsopgaver er en grundpille i bureaukratisk praksis. Afviklingen af opgaver i bestemte sekvenser og efter etablerede regler sikrer ensartethed, kontinuitet, hurtighed og beregnelighed (Weber 1994:26-7). Udviklingen af rationelle rutiner er således en måde at effektivisere praksis på. Også på et hospital som Tororo Hospital er der en række faste forløb, som strukturerer det daglige arbejde. Stuegang er fx et fast

indslag i formiddagen på hospitalet og foregår hver gang på stort set samme måde: Rækkefølgen af tilsete senge er den samme, spørgsmålene ligner hinanden, journaler opdateres hver gang osv.

Rutiner udgør desuden en form for organisatorisk hukommelse: en måde at opbevare og videregive institutionens specifikke operationelle viden på (Nelson & Winter 1992:6), hvilket er en vigtig pointe i forbindelse med institutioner, som fungerer under ressourcemæssigt pres, og hvor praksis i så høj grad afviger fra det teoretiske grundlag.

Rutiner må ikke forveksles med „arbejde efter bogen“: praksis, der følger de udstukne regler og standarder. Rutiner refererer til den måde, som opgaverne rent faktisk bliver løst på, også der hvor praksis afviger fra de formelle retningslinjer (op.cit.:15). Det, som fx kræves af kompetente sygeplejersker, er således ikke blot et kendskab til den teoretiske og tekniske baggrund, som formidles i undervisningen, og den praktiske viden, som de har opnået gennem praktikdelen af deres studie, men også hvordan denne viden omsættes i den specifikke institution og tager hensyn til de vilkår, der kendetegner praksis netop der. Måder at improvisere på bliver institutionaliseret i det omfang, omstændighedernes omskiftelighed tillader det, og at tilegne sig disse improvisationsrutiner er en af de vigtigste færdigheder, sygeplejersker skal mestre, for at blive fuldgyldige medlemmer i sygeplejerskernes „praksisfællesskab“ (Lave & Wenger 1991). Det er tydeligvis ikke første gang, at sygeplejersken i det indledende eksempel binder droppet fast med en snor, som belejligt og sikkert ikke tilfældigt befinder sig i hendes lomme.

Her må vi minde os selv om, at afstanden mellem formelle, institutionelle mål og de praktiske muligheder for at opfylde disse mål ikke kun er et problem, som sygeplejerskerne på Tororo Hospital bakser med. Ej heller er det et særligt ugandisk, afrikansk eller tredje verdensfænomen. Det er et fundamentalt karakteristikon ved den særlige type institutioner, som Lipsky kalder „street level“-bureaukratier, dvs. offentlige institutioner, hvis ansatte har direkte kontakt med klienter, og hvis arbejde er karakteriseret ved udøvelsen af et professionelt skøn (Lipsky 1980:3). Det er fx sygeplejersker, lærere, politiet, dommere etc. Disse faggrupper er per definition under stadigt pres for at opfylde målsætninger, som ikke kan opfyldes med de midler som er til rådighed. Lipsky ser etableringen af rutiner som en slags strategi, der skal reducere kompleksiteten i arbejdsfeltet og give den enkelte ansatte et mål af kontrol over sit eget job (op.cit.:86).

Den sproglige betydning af improvisation er umiddelbart det modsatte af rutine. Men eftersom sundhedsvæsenet har lidt under ressourcemangel i mange år,¹⁴ er det at improvisere og bestemte måder at improvisere på i høj grad blevet institutionaliseret i det ugandiske sundhedsvæsen. Disse praksisser udgør således en stor del af de rutiner, som sætter Tororo Hospital i stand til at fungere til trods for de arbejdsforhold, der svækker udøvelsen af blandt andet sygepleje. Improvisationsrutiner er således ikke blot et svar på uforudsigelighed, de er netop med til at reducere denne uforudsigelighed og gøre den fagligt håndterbar.

Improvisation - tid og sted

Hvis der er tale om rutiner, hvorfor så insistere på at betegne praksis som improvisation? De praksisser, som kaldes improvisation, er selvfølgelig i nogen grad situationelle. De

er betinget af tid og sted, idet ikke alle hospitaler fungerer på samme vilkår, mangler de samme ting og folk eller har den samme sygdomsbyrde på samme tid. Men som vi har set, er improvisation både som begreb og praksis en integreret del af sygeplejefaget i Uganda – dvs. at improvisation også er et generelt fænomen, som ikke i sig selv er afhængigt af tid og sted.

Baileys definition af innovation er relevant i forhold til improvisation i denne kontekst: „Ordet ‘innovation’ omfatter konnotationer af diskontinuitet og pludselighed, tillige med en bevidsthed om det mål, der skal nås“ (Bailey 1973:9, min oversættelse). Begrebet improvisation, som det bruges af sygeplejersker på Tororo Hospital, antyder netop diskontinuitet og pludselighed. Og når sygeplejersker betegner deres praksis som improvisation, taler de ikke om en permanent eller uforanderlig måde at praktisere på. Det bibringer snarere praksis et skær af midlertidighed, på trods af at måder at improvisere på har udviklet sig til rutiner. Det er således tale om en temporalisering af praksis i modsætning til den diskursive atemporalisering, der normalt foregår i bureaukratiske institutioner, og som er en måde både at påkalde sig autoritet og fralægge sig ansvar på (Herzfeld 1992:164). Endvidere kan man læse en stedforankring ind i ugandiske sygeplejerskers brug af begrebet improvisation. Improvisation antyder her, at fraværet af improvisation findes – hvilket også udtrykkes direkte af sygeplejersker, der insisterer på, at netop deres institution er hårdere ramt af ressourcemangel end alle andre og dermed fordrer større kreativitet af de ansatte, selvom alle opgørelser vidner om, at hele det offentlige sundhedssystem er hårdt ramt trods mindre regionale udsving.

Forstår du, i dag er det meningen, vi skal have handsker på, når vi lægger et drop, men vi, der arbejder i denne del af landet, er nødt til at klare os uden. Men sygeplejerskerne på Mulago¹⁵ derimod, er privilegerede og har de handsker, de skal bruge (Grace, sygeplejerske).

Som sygeplejerske skal man tage sig af syge mennesker i omgivelser, der er gunstige for helbredelse. Men især Tororo Hospital er altid overfyldt, og bygningerne er ikke særlig velholdte. Og vi har heller ikke nok af de ting, vi skal bruge her på stedet. Du ved, hvad du skal gøre for at hjælpe patienten, men det kan bare ikke lade sig gøre. Så arbejdet er ikke, som det burde være – vi sygeplejersker er nødt til at improvisere. Det er faktisk et problem i hele landet i modsætning til der, hvor du kommer fra (Ruth, oversygeplejerske).

Således gestaltes improvisation som et delvis lokalt fænomen, der som regel er forbundet med en institution, men som også – alt efter perspektiv – kan gælde for distriktet, regionen eller hele landet, hvis sammenligningen gælder resten af Afrika eller verden udenfor.

Når bestemte former for praksis således fæstnes i tid og rum – temporaliseres og lokaliseres – fremmaner det en form for undtagelsestilstand og en benægtelse af status quo som en permanent situation. Samtidig holder det muligheden åben for en forbedring af de tilstande, der skaber behovet for improvisation og henviser indirekte til andre steder eller tider, hvor rigtig sygepleje er/var en reel mulighed.

Improvisation som nostalgi

Improvisation omtales som sagt af sygeplejerskerne som et uvelkomment fænomen.

På spørgsmålet om, hvordan sygeplejefaget har ændret sig gennem årene, lød svaret ofte:

Dengang havde vi alt det, vi havde brug for, og vi vidste altid, hvad vi skulle gøre. I dag kan vi ikke gøre andet end at improvisere. I dag er vi ikke lige så glade for at være sygeplejersker som dengang (Helen, sygeplejerske).

Da Uganda blev uafhængigt i 1962, efterlod den engelske kolonimagt et relativt velfungerende sundhedssystem, som efterfølgende blev ødelagt under Ugandas mange år med politisk og økonomisk ustabilitet. Sundhedssystemet er langsomt kommet på fode igen, men folk oplever alligevel, at kvaliteten af ydelserne stadig er under al kritik. Folk, som husker tresserne (og mange, som ikke gør) – det gælder både patienter og ansatte – ønsker sig gerne de små 40 år tilbage i tiden, når talen falder på Ugandas hospitaler og sundhedscentre i dag, også selvom det samlede antal af institutioner og den tekniske viden og kunnen i dag overstiger, hvad sundhedssystemet kunne byde på dengang. Historien om sundhedssystemets forfald er en vigtig del af den folkelige diskurs om Ugandas offentlige ydelser. For sygeplejerskerne spiller aids også en rolle, fordi sygdommen er kronisk og berører en stor del af patienterne. Aids har forstyrret idealerne for god sygepleje og gjort den faglige indsats næsten nyttesløs:

I dag har sygepleje virkelig ændret sig. Det er ikke som i gamle dage. Nu hvor der er aids kan vi ikke redde liv mere. Vi forlænger liv til ingen nytte. Man ved, patienten ender med at dø til sidst, og man ser hende komme tilbage til hospitalet igen og igen, mere syg hver gang. Så prøver man at hjælpe, og når hun har det lidt bedre, tager hun af sted igen. Man ved bare, at det ikke varer ved (Helen, sygeplejerske).

Hvis man regner lidt på sygeplejerskernes udsagn om „gamle dage“, kan fagets gyldne periode lige så godt ligge i 80'erne som i 60'erne, selvom der unægtelig var enorm forskel på de to perioder. „Dengang“ er en nostalgisk fortælling om en anden, svunden tid, hvis kvaliteter ikke længere findes og måske aldrig fandtes, men som er med til at forme, hvordan den enkelte sygeplejerske begriber sin situation og sin professionelle rolle.

„Nostalgi handler om relationen mellem den individuelle biografi og grupper eller nationers biografi, mellem personlig og kollektiv hukommelse [memory]“, skriver Svetlana Boym (2001:XVI), og både den enkelte sygeplejerskes og hele fagets længsel efter den optimale faglige situation, hvor sygeplejersker havde mulighed for at leve op til deres egne idealer, indskrives i en kollektiv fortælling om „de gode gamle dage“, da Uganda stadig så ud til at være på ret kurs mod en moderne afrikansk stat, før „regimernes tid“ og før aids-epidemien.

Boym fortsætter:

Nostalgi er et opgør med den moderne idé om tid, tid som historie og fremskridt. Nostalgi er ønsket om at tilintetgøre historien og forvandle den til en privat eller kollektiv mytologi, at tage på besøg i tid, som var den et sted [to revisit time like space], at nægte at overgive sig til tidens uigenkaldelighed ... (op.cit.:XV, min oversættelse).

„Gamle dage“ står i skarp kontrast til nutiden, hvor den virkelighed som faget praktiseres i, modsætter sig al idealisering, og dermed skriver begrebet improvisation sig også ind i et nostalgisk oprør mod uafhængigheden og moderniseringens brudte løfter (jf. Ferguson 1999). Med improvisation begrædes tabet af disse idealer, samtidig med at udtrykkets temporære dimension rækker både bagud i historien og ud i fremtiden med en forestilling om bedre tider.

Konklusion

Begrebet improvisation, hvis institutionelle og sociale kontekst jeg har udforsket i denne artikel, kan fortælle os om sygepleje i Uganda fra to perspektiver. På den ene side udtrykker improvisation sygeplejerskernes opfattelse og håndtering af deres arbejds-situation. På den anden side udtrykker deres brug af begrebet også en positionering i en større fortælling om sundhedssystemet i Uganda. Improvisation er dermed også meningsskabende på to forskellige niveauer.

Ved at omtale konkrete praksisser som improvisation anerkender både studerende og uddannede sygeplejersker, at deres faglige praksis adskiller sig fra „rigtig sygepleje“.

Begrebet improvisation kan derfor forstås som deres forsøg på at slå bro over afstanden mellem idealer for sygeplejepsikis og identitet og virkelighedens begrænsninger og fordringer. Det giver mulighed for en diskursiv legitimering af praksis og dermed en opretholdelse af de centrale idealforestillinger om, hvad sygepleje og sygeplejersker er. For de ugandiske sygeplejersker bidrager begrebet improvisation således til at konstituere et arbejdsfelt, som kan håndteres og berettiger deres faglige rolle og indsats.

En stor del af diskussionen om sundhedsydelse og sygeplejersker i Uganda handler om, hvordan det har været, burde være og forhåbentlig bliver igen på et tidspunkt. Når ugandiske sygeplejersker bruger begrebet improvisation om deres arbejde, tager de livtag med denne diskussion. Deres kritik af sundhedssystemets udvikling, den nostalgiske længsel efter de gode gamle dage og forhandlingen af, hvordan praksis er knyttet til tid og sted, kan forstås som sygeplejerskernes indsats for at positionere sig selv og deres fag i en større samfundsmæssig og historisk kontekst. Og måske for at tilkæmpe sig en platform, hvorfra de kan være med at definere rammerne for deres handle, selvom de er aktører i en institutionel og administrativ sammenhæng, hvor deres perspektiv kun sjældent høres.

Noter

1. Jeg bruger begrebet praksis i en smal betydning, som refererer til den praktiske del af det professionelle felt, der, hvor faglig viden og teknikker udmøntes i konkrete handlinger og interaktion med brugere, i dette tilfælde patienter.
2. Materialet til denne artikel stammer fra et 10-måneders-ph.d.-feltarbejde, der foregik på en sygeplejeskole i byen Jinja og på Tororo Hospital, og som fokuserede på sygeplejerskers professionelle identitet.
3. Det ville utvivlsomt være frugtbart at forfølge begrebet improvisation videre ud i det ugandiske samfund. Det ser ud til, at improvisation, eller andre begreber, som minder om det, også betegner en generel livsstrategi, som går ud på at optimere de begrænsede muligheder, som tilværelsen byder en.

4. Paul Richards har foretaget en lignende sammenligning af afrikanske landmænds viden og kreative praksis med musikerens evne til at improvisere og tilpasse sit musikalske input til omstændighederne ved den enkelte forestilling (Richards 1993).
5. Hospitalets administration, som venligt udleverede en kopi af inventarlisten, havde ikke registreret årstallet for opgørelsen, men mente, den var foretaget i 2000.
6. Denne ændring blev indført af præsident Museveni i forbindelse med valget samme år.
7. Uniformen bør også nævnes i denne forbindelse. Som det fremgår af det indledende eksempel, er det uniformen, som adskiller sygeplejersken fra patienterne og gør hende synlig på hospitalsafdelingen. Når sygeplejersken tager sin uniform på, iklæder hun sig sin professionelle rolle og autoritet (Pratt & Rafaeli 1997). Manglen på eller nedslidningen af uniformer bliver også nævnt, når sygeplejerskerne giver udtryk for en usikkerhed med hensyn til deres faglige position og autoritet.
8. Ressourcemangel og personalefravær er ikke kun et problem i sundhedssektoren, men i hele det offentlige apparat og på alle niveauer.
9. Mange af disse ngo'er tilbyder forskellige former for hjælp til aids-patienter, fx test, rådgivning og behandling. To af de største er TASO og AIC.
10. Se Fabienne Knudsens artikel i dette nummer for en detaljeret diskussion af de former for viden, som er på spil i forbindelse med praksis.
11. Denne tendens er blandt andet udmøntet i udformningen af curricula for sygeplejerskeuddannelsen samt i etableringen af en BA-grad i sygepleje. Se Hagell (1989) og Rispel og Schneider (1991).
12. Denne kritik er ofte situationel og handler om, hvordan det er at være bruger af sundhedsydelser. I andre sammenhænge udtrykkes den respekt og status, som tildeles uddannede, også i forhold til sygeplejersker, og selve faget regnes for et attraktivt alternativ til det medicinstudie, som kun de færreste har midler eller karakterer til at opnå.
13. Denne kategorisering af handlinger som henholdsvis improvisation eller mangel på omsorg og korrupsion er ikke kun foranlediget af mine spørgsmål og heller ikke kun et stridspunkt mellem sundhedsarbejdere og patienter. Forhandlingen af kategorier finder også sted på interne møder og i andre fora, hvor sygeplejersker diskuterer disse anklager og endog anklager hinanden.
14. Nogle perioder har været værre end andre, fx Amins regime fra 1971 til 1979. Men selvom den nuværende regering under præsident Museveni har lagt sig i selen for at højne niveauet af de sociale ydelser, er der ikke umiddelbart udsigt til, at sundhedsvæsenet får stillet de nødvendige ressourcer til rådighed.
15. Mulago Hospital er Ugandas største hospital og ligger i hovedstaden Kampala.

Litteratur

- Bailey, Frederick G.
1973 Debate and Compromise. The Politics of Innovation. Oxford: Basil Blackwell.
- Bourdieu, Pierre
1990 Outline of a Theory of Practice. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boym, Svetlana
2001 The Future of nostalgia. New York: Basic Books.
- Ferguson, James
1999 Expectations of Modernity. Myths and Meanings of Urban Life on the Zambian Copperbelt.
Berkeley: University of California Press.
- van der Geest, Sjaak & Susan Whyte
1989 The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms. Medical Anthropology Quarterly
3(4):345-65

- Hagell, Elizabeth I.
1989 Nursing Knowledge: Women's Knowledge. A Sociological Perspective. *Journal of Advanced Nursing* 44:226-33.
- Herzfeld, Michael
1992 *The Social Production of Indifference. Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy.* Chicago: The University of Chicago Press.
- Kyaddondo, David & Susan Reynolds Whyte
2003 Working in a Decentralized System: A Threat to Health Workers' Respect and Survival in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management* 18:329-42
- Lave, Jean & Etienne Wenger
1991 *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Lipsky, Michael
1980 *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Service.* New York: Russell Sage Foundation.
- Melia, Kath
1987 *Learning and Working. The Occupational Socialization of Nurses.* London: Tavistock Publications.
- Nelson, Richard R. & Sidney G. Winter
1992 *Organizational Capabilities and Behavior. I: Nathalie Lazaric & Edward Lorens (eds.): Knowledge, Learning and Routines. Vol. II.* Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Oxlund, Bjarke
2001 "What they want most is money". Anklager, adfærd og deltagelse i et lokalt sundhedssystem analyseret ud fra et tillidsperspektiv. *Specialerækken nr. 174.* Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Pratt, Michael G. & Anat Rafaeli
1997 Organizational Dress as a Symbol of Multilayered Social Identities. *The Academy of Management Journal* 40(4):862-98.
- Richards, Paul
1993 *Cultivation: Knowledge or Performance? I: M. Hobart (ed.): An Anthropological Critique of Development. The Growth of Ignorance.* London: Routledge.
- Rispel, Laetitia & Helen Schneider
1991 Professionalization of South African Nursing: Who Benefits? *International Journal of Health Services* 21(1):109-26
- Schön, Donald
2001 [1983] *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder.* Århus: Forlaget Klim.
- Wallman, Sandra
1979 *A Social Anthropology of Work.* London: Academic Press.
- Weber, Max
1994 [1922] *Magt og bureaukrati. Essays om politik og klasse, samfundsforskning og værdier.*