

Kirurgisk avdelningsrond

- En arena för överordning och
underordning

FÖRFATTARE	Johanna Petersson
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård, 60 hp/ Examensarbete för magister i omvårdnad/OM5350
	HT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Anna Forsberg
EXAMINATOR	Helene Lindfred

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Mitt varmaste tack till min handledare Anna Forsberg som ledde in mig på rätt spår redan från början och som hjälpte mig att behålla genusglasögonen på under hela arbetet. Tillsammans har vi haft fantastiska samtal om genus, makt och marginalisering vilka gav mig ny energi att arbeta vidare när motivationen sinade. Jag vill också tacka mina nära och kära för visad förståelse över att jag under resans gång inte alltid har varit så social och för att ni såg till att jag lämnade min kammare för välbehövliga pauser emellanåt. Ett särskilt tack till Sofie för att du ideligen störde mig i arbetet, men också för ditt pepp och dina tips på träffsäkra ordval och formuleringar.

TACK!

Titel (svensk):	Kirurgisk avdelningsrond - en arena för överordning och underordning
Titel (engelsk):	Surgical ward round – an arena for superiority and inferiority
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot kirurgisk vård, 60 hp/ Examensarbete för magister i omvårdnad/ OM5350
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	45 sidor
Författare:	Johanna Petersson
Handledare:	Anna Forsberg
Examinator:	Helene Lindfred

SAMMANFATTNING

Introduktion

Avdelningsronden är ett vanligt inslag i sjukhusbaserad slutenvård. Vetenskapliga studier saknas där rondens som social eller organisatorisk konstruktion fokuseras. Ett genusperspektiv antas i denna studie för att ge kännedom om maktstrukturer och orättvisor samt försöker hitta orsaksförklaringar till varför dessa uppstår.

Syfte

Studiens syfte är att undersöka vad som är mest angeläget för den kirurgiska avdelningssjuksköterskan i samband med avdelningsronden och hur hon/han hanterar detta i relation till rondens övriga aktörer.

Metod

Studien kommer att genomföras med Grounded Theory enligt Charmaz (2010). Urvalet kommer att ske bland sjuksköterskor på olika kirurgiska vårdavdelningar vid ett universitetssjukhus i Sverige. Datainsamlingen kommer att ske genom observation följt av intervju. I syfte att pröva metodens användbarhet genomfördes en pilotstudie med fyra informanter.

Resultat

Kärnkategorin *”Att få patienten vidare i processen och att gå hem”*, ansågs vara det mest angelägna för informanterna i samband med den kirurgiska avdelningsronden. Denna kärnkategori grundades på tre huvudkategorier, *”att göra sig redo för rondens”, ”att pendla mellan överordning och underordning”* och *”att få doktorn att fatta beslut”*.

Diskussion

Pilotstudien antyder att den kirurgiska avdelningsronden kan utgöra en etablerad arena där problematiska företeelser som symboliskt våld och social skam kan utövas och befästas.

Nyckelord: Rond, Sjuksköterska, Genus, Makt

ABSTRACT

Introduction

The ward round is a common feature of hospital-based inpatient care. Scientific studies are lacking where the ward round as a social construction is focused. A gender perspective is adopted in this study to provide knowledge of the structures of power and injustice and tries to find casual explanations for why these occur.

Objective

The aim of this study is to explore what is most urgent for the surgical ward nurse in relation to the ward round and how she/he handles this in relation to the other players of the ward round.

Method

The study will be conducted with Grounded Theory described by Charmaz (2010). Selection will take place among nurses at different surgical wards at a university hospital in Sweden. The data will be collected by observation followed by interview. In order to examine this methods workability a pilot study with four informants was made.

Results

The core category "*To get the patient on the process and to go home*", was considered the most urgent of the informants in relation to the surgical ward round. This core category was based on three main categories, "*to get ready for the ward round*", "*to switch between superiority and inferiority*" and "*to get the doctor to decide*".

Discussion

The pilot study suggests that the surgical ward round can be an established arena where problematic phenomena of symbolic violence and social shame can be exercised and consolidated.

Key words: Ward round, Nurse, Gender, Power

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
PERSPEKTIV OCH UTGÅNGSPUNKTER	6
GENUS	7
Genus som begrepp	7
<i>Symboliskt kön</i>	8
<i>Könsarbetsdelning</i>	8
<i>Könsidentitet</i>	9
Stängningar, distinktioner, symboliskt våld och kollektiv skam	9
Makt och maktrelationer	11
<i>Beskrivning av begreppet makt</i>	11
<i>Maktrelationer</i>	12
<i>Härskartekniker</i>	13
RONDEN	13
Rondens aktörer	15
TIDIGARE FORSKNING	16
Genusperspektiv på vårdens organisation och personal	16
Genusperspektiv och patienten	17
SYFTE	19
METOD	19
URVAL	19
DATAINSAMLING OCH DATAANALYS	20
Memos	21
Initial analys	21
Fokuserad analys	21
Teoretisk analys	22

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	22
PILOTSTUDIE	22
RESULTAT	23
GÖRA SIG REDO FÖR RONDEN	25
PENDLAR MELLAN ÖVERORDNING OCH UNDERORDNING	26
ATT FÅ DOKTORN ATT FATTA BESLUT	28
DISKUSSION	30
METODDISKUSSION	30
RESULTATDISKUSSION	32
ANSVARET ATT FÅ PATIENTEN ATT GÅ HEM	34
DET ORGANISATIONEN VÄRDERAR	34
SJUKSKÖTERSANS AUTONOMA ANSVAR	35
ÖVERORDNING OCH UNDERORDNING	36
FÖRDELAR OCH NACKDELAR MED ATT VARA GENUSBLIND	37
STRATEGIER FÖR FÖRÄNDRING	38
FORTSATT FORSKNING OCH KLINISKA IMPLIKATIONER	39
REFERENSER	40
BILAGA 1 – Forskningspersonsinformation	43
BILAGA 2 – Resultatfigur	45

INLEDNING

Ett vanligt inslag i sjukhusbaserad slutenvård är den så kallade avdelningsronden där olika professioner möts med eller utan patienten närvarande för att samråda och fatta beslut om patientens fortsatta vård och behandling. Ronden som är en organiserad och för det mesta tidsbestämd mötesplats ses i allmänhet som ett självklart inslag i det dagliga arbetet. Denna mötesplats är också ifrågasatt på många sätt utifrån sin utformning, tidsåtgång och sitt syfte. Även om det ofta hävdas att rondens ytterst är till för patienten är det sällan rondens utformas för att på ett optimalt sätt främja patientens delaktighet. Det är inte heller självklart att de olika yrkesgrupper som möts på rondens upplever att de har ett lika stort mandat eller inflytande på beslutsprocessen kring patienten. I mer populärvetenskapliga eller vårdvetenskapliga tidskrifter ses med jämna mellanrum debattinlägg där olika yrkesföreträdare problematiserar avdelningsronden som en föråldrad och ibland ineffektiv företeelse inom dagens sjukhusvård. Vetenskapliga studier saknas där rondens som social eller organisatorisk konstruktion fokuseras. En ytterligare dimension skulle sannolikt tillföras den vetenskapliga studien om forskaren antog ett genusperspektiv på frågan. I syfte att pröva denna utgångspunkt utgör denna pilotstudie ett försök att problematisera avdelningsronden i kirurgisk vårdmiljö utifrån ett genusperspektiv.

BAKGRUND

PERSPEKTIV OCH UTGÅNGSPUNKTER

Det genusteoretiska tänkandet har till uppgift att medvetandegöra könsrelaterade och kulturella orättvisor i samhället. Därför har denna forskningsplan med tillhörande pilotstudie sin grund i ett genusperspektiv då detta med fördel kan användas som analysinstrument för professionell vårdpersonal. Syftet med ett genusperspektiv är att ge kännedom om maktstrukturer och orättvisor samt att försöka hitta orsaksförklaringar till varför dessa uppstår (Gedda, 2006).

Fördelningen av kvinnor och män inom olika yrkesgrupper i hälso- och sjukvården har förändrats markant under senare tid. Trots det anses vårdorganisationen hierarkisk med en ålderdomlig genusstruktur där män ses på ledande positioner och kvinnor befinner sig i mellan- och bottenkiktet. Män är i majoritet bland politiker, läkare och chefstjänstemän även

om fördelningen av kvinnor och män inom läkarkåren utjämnats till 40 respektive 60 procent de senaste åren. I mellanskiktet ses sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och andra liknande kvinnoyrken. I botten på denna hierarkiska organisation finns undersköterskor, lokalvårdare, vårdbiträden och transportörer och även här är kvinnor i majoritet (*På tal om kvinnor och män : lathund om jämställdhet. 2010, 2010; Öhman, 2009*). Kön är alltså en organiserande faktor inom hälso- och sjukvården, liksom i många andra organisationer. Den könsarbetsdelning som råder och som skapats genom sociala konstruktioner är oftast omedveten för personerna som finns i organisationen. En konsekvens av den hierarkiska organisationen är att arbets- och ansvarsområden blir tydligt uppdelade mellan olika yrkeskategorier. Eftersom de olika yrkeskategorierna har olika utbildning och kompetens är arbetsdelningen ofrånkomlig. På vissa områden krävs t.ex. att läkaren har ett tydligt medicinskt ansvar. Maktordningen inom hälso- och sjukvården bidrar i viss mån till ett ineffektivt arbete då arbetsuppgifter inte delegeras vidare och kompetenser inte utnyttjas på bästa sätt (Öhman, 2009). Här blir det intressant att studera rondens som en arena för fördelning och delning av arbete och ansvar mellan olika professioner.

GENUS

Genus som begrepp

Genus definieras som den sociala dimensionen av biologiskt kön. Normer och värderingar i samhället, men också attityder och uppfattningar hos varje enskild individ, ligger till grund för vad vi uppfattar som manligt och kvinnligt (Öhman, 2009). Dahlborg Lyckhage (2007) menar att det förekommer olika förväntningar på kvinnor och män beroende på vad som betraktas som kvinnligt och manligt. Redan små barn bemöts olika beroende på vilket kön de har. Det formar barnets upplevelse av sig själv och har betydelse för vilka intressen hon eller han utvecklar samt vilka val som personen gör (Bourdieu, 2000). Definitionen av vad som är kvinnligt och manligt uppkommer således av sociala konstruktioner (Beauvoir, 1995). Enligt Harding (1986) har genus varit viktigt för att dela upp människor och aktiviteter i olika kategorier genom alla tider. Samhällets olika områden delas in i kvinnliga eller manliga, och på individnivå påverkas den egna självbilden och identifieringen som antingen kvinna eller man. Harding (1986) beskriver tre aspekter som könsbestämmer det sociala livet, symboliskt kön, könsarbetsdelning och könsidentitet. Dessa aspekter är tidsspecifika och skiftar beroende

på sammanhang. Utöver kön påverkas de även av klass och etnicitet. Grundtanken i Hardings teori är att i relationen mellan manligt och kvinnligt får det manliga ett högre värde (Harding, 1986). Den rådande könsordningen i samhället är i sin tur förklaringen till varför vissa egenskaper inom vården värdesätts högre än andra (Dahlborg Lyckhage, 2007). Utifrån ovanstående forskning och definitioner väcks frågan om det också finns en rådande könsordning inom vården som präglar den kirurgiska avdelningsronden och om detta är möjligt att observera. Vidare uppstår frågan om de tre aspekter som könsbestämmer det sociala livet också går att applicera på avdelningsronden som en social konstruktion.

Symboliskt kön

Symboliskt kön beskriver det värde en handling, ett arbete eller ett ting får beroende på om det associeras till kvinnlighet eller manlighet (Harding, 1986). Dessa värden är sociala konstruktioner som uppstått utifrån vilka som genom historien har utfört handlingen eller arbetet, eller vem som har använt tinget. Då det gäller handlingar är det också beroende av om det förknippas med teori eller praktik, av den orsaken att sådant som förknippas med teori tillskrivs ett högre värde än praktiska handlingar (Cockburn, 1985). En diskussion om symboliskt kön skulle i detta sammanhang innebära att läkarens handlingar och resonemang tillskrivs ett större värde utifrån att de förmodas vara baserade på en mer omfattande teoretisk skolning än hos andra professioner inom vården.

Könsarbetsdelning

Könsarbetsdelning syftar till uppdelningen av arbetsmarknaden mellan kvinnor och män. Denna uppdelning har sett olika ut över tiden och den har varierat beroende på plats och kultur. Det ses en tydlig könsarbetsdelning och könsstämpling av olika arbetsuppgifter och yrken både i Sverige och i andra länder (Wikstrand, 2011). Genom historien har kvinnor och män ansetts lämpade för skilda sysselsättningar. Bilden som ges är att män behärskar kvinnliga kvalifikationer, men att kvinnor har svårt för att lära sig manliga kompetenser (Dahlborg Lyckhage, 2007). Kvalificerat arbete har oftast förknippats med män. De arbeten som förr utfördes oavlönat i hemmen t.ex. omvårdnad av barn och sjuka har, när de förändrats till lönearbeten, ansetts som okvalificerade med ett lågt värde (Wajcman, 2006). I *På tal om*

kvinnor och män: lathund om jämställdhet 2010 som är en statistiksammanställning om jämställdhet mellan kvinnor och män i Sverige utgiven av Statistiska centralbyrån (SCB) kan ses att det skiljer sig inom vilka yrken och sektorer kvinnor respektive män arbetar. Inom vården är flertalet av de som arbetar närmast patienten, d.v.s. sjuksköterskor, undersköterskor och biträden, kvinnor. Männerna inom vården har istället yrken som läkare, vaktmästare och tekniker. Ju mer tekniskt ett arbete är desto större är andelen män i yrket (Dahlborg Lyckhage, 2007; *På tal om kvinnor och män : lathund om jämställdhet. 2010*, 2010). Rent teoretiskt skulle könsarbetsdelning kunna påverka avdelningsronden i form av att omvårdnad av patienten ses som mindre kvalificerat än medicinsk diagnostik och kirurgisk behandling.

Enligt Dahlborg Lyckhage (2007) har begreppen maskulinitet och femininitet sedan 1800-talet använts för att beskriva karaktärsdrag. Maskulinitet kännetecknas, utöver dominans över kvinnor som grupp, även av auktoritet och handlingskraft. Femininitet i sin tur förknippas med egenskaper som att vara emotionell, eftertänksam och empatisk (Dahlborg Lyckhage, 2007). Burell (1997) menar att trots att vårdvetenskap är ett självständigt akademiskt ämne ses bristande respekt gentemot sjuksköterskors omvårdnadsarbete hos läkare och högre tjänstemän. En anledning till det kan tänkas vara den tysta kunskap som finns inom yrket och som genom tiderna ansetts som en kvinnlig kompetens (Burell, 1997).

Könsidentitet

Enligt Harding (1986) syftar könsidentitet till en persons subjektiva upplevelser av att tillhöra ett visst kön, som inte nödvändigtvis är baserade på biologiska aspekter eller sexuell läggning.

Stängningar, distinktioner, symboliskt våld och kollektiv skam

De yrkesgrupper som företrädesvis möts på den kirurgiska avdelningsronden utgör en så kallad profession. Nationalencyklopedin (2011) beskriver en profession som ett yrke som uppnåtts genom utbildning vid högskola eller universitet, och som i och med det tillskrivs status och auktoritet. Den akademiska synen på vad som kännetecknar en profession är t.ex. att den i grunden måste ha ett vetenskapligt ämne som disciplin och att attityder ska grunda sig på teorier (*Nationalencyklopedin. [Bd] 35, 2010, 2011*). Bentling (1995) menar att en

profession ska byggas på teoretisk och vetenskapligt framtagen kunskap, det ska finnas en etisk kod för yrkesutövarna att arbeta utifrån, yrket ska vara sanktionerat av samhället och professionen ska vara autonom i sin yrkesutövning. Wikstrand (2011) beskriver en profession som en grupp som utför vissa, för yrket, specifika arbetsuppgifter och att de till viss del utövar en kontroll över dessa åtaganden. Kunskapsbasen är en av förutsättningarna för en professions stabilitet. Kunskapen ska anses viktig och vara behövd. Dessutom ska professionen ha kontroll över sitt kunskapsområde (Wikstrand, 2011).

För att behålla sin position som profession tillämpas metoder, så kallade stängningar, för att stänga ute andra yrkesgrupper från att utföra professionens arbetsuppgifter. Dessa stängningar innebär alltid en form av maktutövning (Witz, 1990). Den grupp som besitter störst makt och flest resurser kan stänga sina arbetsuppgifter för grupper eller personer som har mindre makt och resurser (Wikstrand, 2011). Bourdieu (1984) uttrycker detta med att vi definierar oss själva genom att särskilja oss från andra. Om detta resonemang knyts till avdelningsronden skulle ett antagande kunna vara att läkarna vilka förmodas besitta störst makt och flest resurser teoretiskt sett kan stänga sina arbetsuppgifter för sjuksköterskor och undersköterskor som har mindre makt och resurser, ett antagande som behöver prövas och problematiseras empiriskt.

Wikstrand (2011) menar att distinktioner är ett sätt att skildra hur yrkesidentiteter konstrueras i relation till andra yrkesgrupper och hur olika yrken och arbetsuppgifter får olika värden för att höja eller sänka dess status (Wikstrand, 2011). Med makten som den dominant gruppen besitter kan de avgöra vad som anses lämpligt eller är god smak och på så sätt tillskriva vissa sysslor ett visst värde. Genom dessa distinktioner kan de ta avstånd från vissa arbetsuppgifter och grupper med mindre makt och inflytande. På så sätt kan grupper eller individer ge sysslor ett lägre värde genom att själva avstå från att utföra dem och därmed särskiljer de det egna arbetet från gruppen med lägre statusarbete (Bourdieu, 1984). Wikstrand (2011) exemplifierar distinktion genom läkarna som inte vill utföra omvårdnadsarbete då det anses vara sjuksköterskornas och undersköterskornas arbete. Distinktioner är således en metod för att stänga sin yrkesgrupps arbetsuppgifter och hindra andra att inkräkta på deras område. På så sätt blir de egna arbetsuppgifterna en del i vad som kännetecknar professionen (Wikstrand, 2011).

Enligt Bourdieu (2000) kan individer utföra så kallat symboliskt våld för att upprätthålla en maktstruktur i en organisation eller i ett samhälle. Makt och maktutövning ses då som en normalitet, något normalt. Det är genom att de som blir dominerade accepterar och genom sina handlingar legitimerar makten som den reproduceras och får utrymme för fortsatt maktutövande. När en individ, till följd av det symboliska våldet, förstår att hon eller han saknar de resurser eller kapital som behövs för att få vara en del av den dominanta gruppen och den världsbild som den symboliserar ger det upphov till en känsla av social skam. Skammen grundar sig i att individen inte kan utföra uppgifterna på samma sätt som den dominerande gruppen gör (Bourdieu, 2000).

Makt och maktrelationer

Beskrivning av begreppet makt

En del i att anta ett genusperspektiv på en forskningsfråga innebär att förhålla sig till makt som företeelse. Etymologiskt sett har ordet makt germanskt ursprung och det är besläktat med verb som kunna och förmå (*Nationalencyklopedin. [Bd] 35, 2010, 2011*). De vanligaste synonymerna till och beskrivningarna av begreppet makt i litteraturen sker i termer som förmåga, kraft, styrka, auktoritet, inflytande, bestämmande och kontroll (Malmström, Györki, Sjögren, & Hedin, 2006; Petti, 2000; Strömberg, 2000; *Svenska akademins ordlista över svenska språket*, 2006; *Synonyms : Engelsk synonymordbok*, 1990). Thylefors (1991) beskriver följande villkor för makt:

Förmåga - de olika förmågor man har att utöva makt avgör dennes natur och blir då en förutsättning för maktutövande.

Frihet/motstånd – friheten att göra motstånd leder till att maktutövandet blir mer än en handling som inte påverkas av värderingar.

Kommunikation – utan att kommuniceras kan makt inte brukas.

Kunskap – utgör ett villkor för maktutövning.

Position – därifrån makten kan utövas. T.ex. auktoritet.

Relation – makt kan endast bedrivas i en relation mellan individer där ett beteende påverkar någon annan.

Vilja till maktutövning – utöver förmågor att utöva makt måste det finnas en vilja att använda dessa för maktutövning.

I en studie med fokus på genusaspekten i rondsituationen är det av särskilt intresse att beskriva makt i förhållande till auktoritet. Nationalencyklopedin beskriver auktoritet som en social relation där en person har legitimt inflytande över en annan person (*Nationalencyklopedin. [Bd] 35, 2010, 2011*). Rätten att utöva makt förknippat till en position eller roll benämns som byråkratisk auktoritet, vilket kan jämföras med traditionell auktoritet där traditionen förespråkar hur auktoriteten ska representeras utifrån hur det ”alltid” har varit (Thylefors, 1991).

Maktrelationer

Enligt Løgstrup (1994) är det omöjligt att inte ha makt över den människa som vi möter. Att ha en annan människas liv i sin hand, då den ene är utlämnad åt den andre, innebär alltid att man har mer eller mindre makt över den andres liv. Det inbördes förhållandet blir alltid en maktrelation (Løgstrup, 1994). Foucault (1993) beskriver makt som något som uppstår i interaktioner mellan människor. Det finns makt i alla relationer och den är ständigt skiftande och dynamisk (Foucault, 1993). Nationalencyklopedin (2011) förklarar makt som en handling, där maktutövningen sker genom att en aktör inverkar på en annan, även om det strider mot individens vilja och intresse. Denna maktutövning sker med hjälp av de maktresurser som beskrivs som härskartekniker (*Nationalencyklopedin. [Bd] 35, 2010, 2011*). Genusstrukturen som finns inom vårdorganisationen samt de processer som utövas för att bibehålla professionspositionerna skapar maktrelationer, vilket innebär att avdelningsronden skulle kunna utgöra en av flera arenor för olika maktrelationer. Dagens genusforskning menar dock att makt inte alltid behöver vara förtryckande och utföras av en överordnad grupp mot en underordnad (Gedda, 2006).

Härskartekniker

Maktaspekten inom feministisk etik beskrivs utifrån härskartekniker. Redan i början av 1980-talet formulerade Berit Ås en teori utifrån det faktum att många kvinnor blir förbisedda, förtryckta och ignoreras i samhället och inom organisationer där män är styrande. Härskartekniker kan användas mot alla undertryckta grupper och individer, där den som befinner sig i maktposition på så sätt kan förminska den andre (Ås, 1982). Gedda (2006) beskriver härskarteknikerna utifrån en vårdvetenskaplig kontext där hon menar att sjuksköterskor kan utsättas för härskartekniker av läkare, andra beslutsfattare, arbetsledare och politiker (Gedda, 2006). De fem härskartekniker som förekommer är dubbelbestraffning, förlöjligande, osynliggörande, underhållande av information samt påförande av skuld och skam (Ås, 1982). Dubbelbestraffning innebär att sjuksköterskan ställs inför en situation där oavsett vad hon/han väljer så klandras hon/han för det. Förlöjligande betyder t.ex. att sjuksköterskan på ett nedvärderande sätt blir tillrättavisad eller får påtalat för sig att hon/han inte har kunskap eller förstår. Får sjuksköterskan inte gehör för sina åsikter eller respons på det hon/han för fram utsätts hon/han för osynliggörande. Undanhållande av information går ut på att sjuksköterskan medvetet inte får del av upplysningar som påverkar hennes/hans arbetssituation. Påförande av skuld och skam innebär att maktutövaren förmedlar en negativ bild av sjuksköterskan som på så sätt förminskar henne/honom. Avsaknad av intresse och uppmärksamhet hos beslutsfattare som t.ex. läkare kan skapa en etisk stress hos sjuksköterskan då hon/han får stå tillbaka i det som hon/han anser som moraliskt och etiskt korrekt. Hindras sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete av krav som inte går i linje med det som hon/han finner relevanta, kan det ge konsekvenser som minskad lyhördhet och känslighet som i sin tur kan påverka vårdandets kvalitet (Gedda, 2006).

RONDEN

Denna studie fokuserar den kirurgiska avdelningsronden som ur ett genusperspektiv är en förmodat intressant arena för planering och beslut kring patientens vård. I Nordstedts etymologiska ordbok (2008) ses att ordet ”rond” härstammar från glosorna omgång och runda. Det beskrivs som läkares rundvandring till patienter på sjukhus eller som omgång i boxningsmatch (Ernby, 2008). Bra böckers stora läkarlexikon (1994) beskriver rondens som ett dagligt arbetsmoment inom sjukvården då läkare och sjuksköterskor m.fl. besöker samtliga

patienter på avdelningen med avsikten att ta reda på deras aktuella status, göra enklare undersökningar, inspektera operationssår, granska provsvar och ta beslut om fortsatt planering vad det gäller vidare undersökning och behandling. En väsentlig del vid rondens är att patienten ska delges fullständig information om sjukdom och prognos samt att samtycke till fortsatt behandling ska inhämtas (Lundh, 1994).

Enligt Pingel och Robertsson (1998) är rondens en arbetsorganisatorisk struktur där olika yrkeskategorier får tillfälle att samlas för informationsutbyte om och med patienten, i det som rör dennes akuta sjukdom och behandling. Samtalet grundar sig på information från journal, röntgensvar, provsvar samt sjuksköterskans och ibland även undersköterskans iakttagelser. Rondens ska inte bara resultera i förslag och planering inför fortsatt behandling, utan även fördelningen av arbetet omkring patienten. För patienten är rondens ett av de få tillfällen som ges att själv kunna ställa frågor direkt till läkaren (Pingel & Robertsson, 1998).

Pingel och Robertsson (1998) menar vidare att utformningen och omfattningen av rondens kan te sig olika beroende på hur avdelningsarbetet är organiserat. Traditionell rond betyder att patienten får besök av rondens deltagare vid sängen på salen (Pingel & Robertsson, 1998). Sittrond innebär att de olika yrkeskategorierna ”sitter ner” och tillsammans går igenom symtom, tecken, röntgen- och provsvar och därefter träffar patienten i mötesrummet. Det kräver att patienten kan förflyttas dit och har förmåga och ork att medverka (Lundh, 1994; Pingel & Robertsson, 1998).

I samband med rondens sker en jämförelse mellan de yrkesidentiteter som medverkar. Dessutom klagörs den inbördes rangordningen mellan personalen. Sjuksköterskor och undersköterskor har sin arbetsplats på avdelningen, medan övriga medverkande såsom läkare samt personal från paramedicinsk verksamhet ansluter till avdelningen i samband med rondens. Arbetet som rondens för med sig konkurrerar med avdelningens löpande arbete samt läkarens övriga arbetsuppgifter (Pingel & Robertsson, 1998).

Dahlborg Lyckhage (2007) ser en risk med rondstrukturen inom hälso- och sjukvården. Hon menar att rondens lätt kan uppfattas som en ritual inom vårdkulturen med syftet att bevara hierarkin mellan läkare, sjuksköterska och patient. Ges inte patienten möjlighet att känna sig jämlik, delaktig och ha möjlighet att påverka i rondsammanhang finns risken att denne känner sig hjälplös och därigenom gradvis förlorar sin identitet. I förlängningen kan det leda till

avsaknad av egna initiativ som för patienten i fråga missgynnar dennes hälsa och välbefinnande (Dahlborg Lyckhage, 2007).

Rondens aktörer

Patient, sjuksköterska och läkare är de tre aktörer som utgör den fasta gruppen vid rondens. Utöver dessa, kan även andra medverka, tillfälligt eller mer regelbundet. Undersköterskor samt olika yrkeskategorier från paramedicinsk verksamhet såsom sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och kurator kan närvara. Det förekommer även att studerande från olika yrkeskategorier deltar.

Enligt Fagermoen (2002) präglas patientrollen av beroende och asymmetri då patienten oftast är i beroendeställning och underordnad sjukvårdspersonalen. Vid kritiska tillstånd kan denna rollfördelning anses som ändamålsenlig då patienten inte har förmåga att ta ansvar för sin egen hälsa. När tillståndet stabiliserats ska dock patienten så snart som möjligt medverka och inta en mer aktiv roll. De rådande maktstrukturerna inom sjukvården försätter patienten längst ner i hierarkin, vilket kan motverka dennes förmåga att våga agera aktivt i situationen (Fagermoen, 2002).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) omfattar sjuksköterskans arbetsområden av omvårdnadens teori och praktik, forskning, utveckling och utbildning samt ledarskap. Handlingarna ska genomsyras av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. Vetenskap och beprövad erfarenhet ska prägla arbetet och gällande författningar och riktlinjer ska följas. Med ansvaret för omvårdnaden fungerar sjuksköterskan som en omvårdnadsordinatör (*Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*, 2005). Sjuksköterskan har utöver rätten att handla fritt inom sitt kunskapsområde, även en självständig funktion med juridisk rätt att handla autonomt. Sjuksköterskan har i sitt yrkesutövande dels ansvar för de omvårdnadsåtgärder som hon/han själv ordinerar, men även för de åtgärder som någon annan, oftast läkaren ordinerar (*Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*, 2005; SOSFS2000:1). I egenskap av ansvarig för medicinsk diagnostik, behandling och prioritering anses läkaren ha en självskriven roll på rondens.

I ovanstående har redovisats vad det innebär att anta ett genusperspektiv på avdelningsronden där centrala begrepp och företeelser såsom konstruerat kön, makt, arbetsdelning och härskartekniker antas ha betydelse för avdelningsronden som arena och mötesplats mellan olika professioner. Det är också av betydelse för studiens syfte och forskningsfråga hur tidigare forskning har inriktats. Eftersom inga studier har hittats med ett specifikt fokus på avdelningsronden kommer studier med ett allmänt genusperspektiv och med relevant koppling till studiens syfte att redovisas.

TIDIGARE FORSKNING

Nedan följer en översiktlig presentation av tidigare forskning. Artikelsökningar genomförda i databaser som omfattar omvårdnadsforskning har inte genererat något material som berör sjukhusronden och genus. Därför ligger avsiktligt fokus inom detta avsnitt på den allmänna genusordning som råder inom hälso- och sjukvården idag. Denna kartläggning är därmed inte heltäckande utan belyser endast valda delar av forskningsområdet utifrån två teman: genusperspektiv på vårdens organisation och personal samt genusperspektiv på patienten.

Genusperspektiv på vårdens organisation och personal

Tidigare forskning visade på att det var den manliga normen som var rådande inom hälso- och sjukvården. Beskrivningarna av hur den manliga normen påverkade organisation, personal och patienter skiljde sig i de olika artiklarna (Albinsson & Arnesson, 2000; Foss & Sundby, 2003; Smirthwaite, 2007; Socialstyrelsen, 2008; Öhman, 2009; Öresland, Jakobsson, & Segesten, 1999). Att den manliga normen var styrande kunde på organisations- och individnivå påvisas genom skillnader i lön mellan män och kvinnor med samma yrke, men även genom att det som kvinna var svårare att avancera inom organisationen samt att nå högre beslutspositioner (Socialstyrelsen, 2008; Öhman, 2009; Öresland, et al., 1999).

Könsskillnaderna inom hälso- och sjukvården har sammankopplats med den rådande hierarkin mellan professionerna, där män av tradition har arbetat som läkare och kvinnor som sjuksköterskor. Denna könsfördelning gäller dock inte inom läkarutbildningarna idag där cirka hälften av de antagna studenterna är kvinnor. Inom sjuksköterskeutbildningarna

dominerar dock det kvinnliga könet. Den genusordning där männen ägde mer makt än kvinnorna utgjorde grunden för hur den strukturella organisationen utformades och det fick även betydelse på individnivå. Mönstret har sedan upprepats från generation till generation både inom organisationen och för personalen (Albinsson & Arnesson, 2000). Eftersom män i större utsträckning har haft befogenhet att fatta beslut på organisationsnivå har den manliga normen kvarstått trots att fler kvinnor utbildat sig till läkare. Därmed har kvinnorna fortfarande befunnit sig inom mellan- och bottenskiktet av vårdens hierarki (Socialstyrelsen, 2008; Öhman, 2009; Öresland, et al., 1999). Inom sjuksköterskeyrket har det under senare år skett en utveckling där fler män anslutit sig till yrkeskåren. Studier har visat att de manliga sjuksköterskorna har fått mer organisatoriska arbetsuppgifter och att de har haft lättare att avancera inom yrket. Det har lett till att de erhållit en högre lön än sina kvinnliga sjuksköterskekollegor (Socialstyrelsen, 2008; Öhman, 2009; Öresland, et al., 1999). Öresland och medarbetare (1999) visade i sin studie att främst den kvinnliga sjukvårdspersonalen upplevde vården som en icke jämställd arbetsplats. De kände sig orättvist behandlade på områden som lön, möjligheten att nå högre positioner samt att de upplevde att deras ord och kunskap inte vägde lika tungt som de manliga kollegornas inom samma yrke (Öresland, et al., 1999). Värt att notera att studien av Öresland publicerades för tretton år sedan och den kritiska frågan är om samma resultat skulle stå sig idag.

Genusperspektiv och patienten

Genusordningen inom hälso- och sjukvården har påverkat hur vården utövats till exempel när det gäller bemötandet av kvinnliga respektive manliga patienter. På patientnivå har studier påvisat att kvinnor och män fick olika vård samt att bemötandet skiljde sig beroende på om patienten var kvinna eller man (Arslanian-Engoren, 2000, 2001, 2002; Frich, Malterud, & Fugelli, 2006; Macintyre, Ford, & Hunt, 1999; Socialstyrelsen, 2008). Studier visade att det var den manliga patientens beteende som utgjorde normaliteten. Kvinnors uppträdande betraktades som avvikande från männens och kvinnorna ansågs som mer besvärliga att vårda. T.ex. upplevdes kvinnliga patienter som mer krävande och frågvisa. Sjuksköterskor ansåg även att manliga patienter visade mer uppskattning och tacksamhet mot sjuksköterskorna än vad kvinnliga patienter gjorde (Foss, 2002; Foss & Sundby, 2003).

Resultatet i Foss och Sundbys (2003) studie visade att det inom hälso- och sjukvården talades om kommunikation och kvinnlig kommunikation. Kvinnors och mäns sätt att kommunicera skedde och värderades på olika vis, där det manliga sättet utgjorde normen (Nilsson & Larsson, 2005). Kommunikation kring patienters symtom har styrt triagering av akuta patienter och det utgick då ifrån vad som sågs som normalt hos män (Arslanian-Engoren, 2000, 2001, 2002; Frich, et al., 2006). Studier i Finland visade att sjukdomar och symtom värderades olika av samhället. Vad gäller forskningen om olika sjukdomar har den i allmänhet varit inriktad på den manliga kroppen, vilket därmed har lett till att synen på vad som är normala symtom på sjukdom har styrts av den manliga normen (Honkasalo, 2004). Majoriteten av all forskning inom sjukvården har genomförts på män, med konsekvensen att hälso- och sjukvården har haft svårigheter att tolka och bedöma kvinnors symtom (Öhman, 2009). Arslanian-Engoren (2000) visade i sin studie att det fanns en föreställning hos sjuksköterskor att män sökte vård senare än kvinnor och att kvinnor överdrev sin ohälsa, vilket fick konsekvensen att mäns tillstånd ansågs allvarigare än kvinnors. Vidare framkom att män var mer specifika i sin symtombeskrivning, medan kvinnor redogjorde för sina symtom i mer allmänna ordalag. Oberoende av om patienten använde samma ord för att skildra en upplevelse tolkades innebörden olika utifrån personens klass, etniska tillhörighet och kön (Arslanian-Engoren, 2000, 2002). Telefonrådgivning, unga kvinnors kommunikation med läkaren och samtal om allvarliga diagnoser var de situationer då kvinnans sätt att kommunicera värderades högre än männens (Foss & Sundby, 2003; Høglund & Holmström, 2008).

Sammanfattningsvis antyder olika sociologiska forskare (Bourdieu, 1984, 2000; Harding, 1986; Wikstrand, 2011) samt vårdforskare med ett genusperspektiv (Dahlborg Lyckhage, 2007; Gedda, 2006; Öresland, et al., 1999) att det finns en problematisk genusordning inom hälso- och sjukvården som kan vara belastande för såväl yrkesutövarna som i förlängningen patienten och dennes välbefinnande. Utifrån att den kirurgiska avdelningsronden är en organisatoriskt etablerad mötesplats och en viktig arena för specialistsjuksköterskan är det relevant att vetenskapligt studera rondens sociala konstruktion och företeelse. Att anlägga ett genusperspektiv ger en möjlighet att medvetandegöra eventuella könsrelaterade orättvisor i vårdorganisationen eftersom det är först genom kännedom om maktstrukturer och orättvisor som dessa kan förändras på ett såväl individuellt som strukturellt plan.

SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka vad som är mest angeläget för den kirurgiska avdelningssjuksköterskan (jmf. eng. main concern) i samband med avdelningsronden och hur hon hanterar detta i relation till rondens övriga aktörer.

METOD

Den för studien valda metoden Grounded Theory (GT) är en induktiv forskningsmetod som lämpar sig väl för undersökning av sociala processer. Glaser och Strauss var först med att beskriva metoden som därefter har kommit att utvecklas. Syftet med att använda GT är att teoretisera det undersökta området genom att utveckla begrepp och kategorier samt att finna sambandet mellan dem. Teorin som framkommer ska grunda sig helt på insamlad data och inte ha tvingats till att passa en redan existerande teoretisk struktur (Charmaz, 2010).

URVAL

I enligt med Charmaz (2010) antogs ett ”*point of departure*” vars syfte är att definiera urvalsgruppen och vilka kriterier som skall gälla. Som följd av att ett *point of departure* kommer att användas, i enlighet med Charmaz (2010) och varifrån det teoretiska urvalet kommer att göras går det inte att i förväg definiera det slutliga urvalet. Det slutliga urvalet kommer att avslutas och fastställas när en teoretisk mättnad infinner sig. Mättnad kan sägas vara nådd när inga nya sub- och huvudkategorier framkommer ur informanternas berättelser under dataanalysen. Därmed kommer datainsamlingen att bestämmas utifrån de kategorier som framkommer under dataanalysen.

Allmänna krav för deltagande i studien är att sjuksköterskan vid tidpunkten för datainsamlingen ska ha patientansvar och vara delaktig vid rondens på en kirurgisk vårdavdelning. Hon/han ska sedan tidigare ha vana att medverka vid rondens på avdelningen och väl känna till rutinerna kring detta arbete. Datainsamlingen kommer att ske på tre kirurgiska vårdavdelningar vid ett universitetssjukhus. Kontakt kommer att tas med avdelningscheferna på respektive avdelning och de i sin tur ombeds att tillfråga sjuksköterskor på avdelningen om de har intresse av att delta i studien. Forskningspersons-

informationen, där studiens syfte och förfarande framgår, skickas till avdelningscheferna för kännedom i samband med kontakten. Avsikten är sedan att de vidarebefordrar informationen till intresserade sjuksköterskor. Innan datainsamlingen påbörjas kommer informanterna att skriftligen få delge sitt samtycke till att delta i studien.

DATAINSAMLING OCH DATAANALYS

Utgångspunkten för denna studie är sökandet efter förståelse för den process av upplevelse och hanterande som deltagarna genomgått i samband med den kirurgiska avdelningsronden. Eftersom den grundade teorin i denna studie utgår från ett konstruktivistiskt perspektiv innebär det att insamlad data och efterföljande analys ses som sociala konstruktioner mellan forskaren och enskild deltagare, vilka återspeglar de aspekter som ingick i deltagarens subjektiva upplevelse (Charmaz, 2010). Utgångspunkterna är: *Vad är det som på ett centralt sätt engagerar sjuksköterskan i samband med rondan* (eng. main concern) *och hur de hanterar detta*. Datainsamlingen kommer att genomföras i form av både observation och intervju. Observationen genomförs i samband med morgonarbetet på avdelningen. Forskaren observerar informanten i dennes arbete under tiden fram till rondan, då hon/han inhämtar information och aktuellt status av patienten och utifrån det planerar sin rond. Därefter fortsätter observationen tills rondan anses avslutad. I samband med observationerna kommer forskaren att göra noteringar utifrån ett observationsschema, som sedermera kommer att sammanställas till en sammanhängande text. Efter att observationen är genomförd sker en intervju med informanten. Tiden som förlöper mellan observation och intervju beror delvis på när sjuksköterskan har möjlighet att tillfälligt lämna sitt patientansvar. Om verksamheten tillåter kommer det dock inte vara mindre tid däremellan än att forskaren kan förbereda vissa av intervjufrågorna, utifrån det data som framkommit i observationerna. I möjligaste mån kommer intervjuerna att ske under ordinarie arbetstid. Intervjuerna kommer att genomföras i avskildhet på eller i anslutning till avdelningen. Varje intervjutillfälle beräknas pågå i ungefär 20 till 60 minuter, beroende på hur mycket informanterna har att delge forskaren.

Intervjun kommer att genomföras med en öppen intervjuguide och baseras på observationerna. Intervjuerna kommer att spelas in digitalt för att sedan transkriberas ordagrant. Intervjuguidens frågor kommer att utgå från Charmaz (2010) rekommendationer för hur en intervju kan nå djupare än en alldaglig konversation för att kunna undersöka

tidigare händelser, subjektiva känslor och perspektiv. Frågorna kommer att vara av *open-end* karaktär för att göra det möjligt för deltagaren att mer intensivt genomsöka sitt minne av upplevelsen och kunna utveckla sina svar. Intervjuerna kommer att ske i nära anslutning till den genomförda rondan.

Memos

Memos kommer att skrivas i form av enstaka ord eller korta meningar specifikt för varje deltagares transkription, för att på ett koncist sätt sammanfatta varje intervju. Memoskrivningen är även en del av analysförfarandets initiala del där koder tillåts att utvecklas till kategorier och där tillvägagångssättet bidrar till att öka abstraktionsnivån under analysarbetet. Denna del kommer att pågå samtidigt med den initiala kodningen och innefatta tankar och frågor som uppkommer under denna process.

Initial analys

För att kunna utforska syftet gjordes en tidig litteratursökning för att fastställa om liknande studier gjorts och publicerats förut. Studiens bakgrund är också uppbyggd utifrån denna genomgång av litteraturen och har ökat min motivation och mitt intresse för problemområdet. Initial kodning kommer att göras *line-by-line* enligt Charmaz (2010) för att i ett första skede söka efter ord och fraser som indikerade viktiga kategorier, kvaliteter eller sammanhang relaterade till syftet. Här kommer kodning att ske av det som på ett centralt sätt engagerar sjuksköterskan.

Fokuserad analys

I nästa steg kommer kodningen att bli mer fokuserad för att kunna skilja ut och försöka förklara de mest vanligt förekommande koderna och av betydelse. Den fokuserade kodningen kommer förhoppningsvis att hjälpa till att upptäcka vilken kod som är av störst betydelse och därmed sannolikt det huvudsakliga problemet i sjuksköterskornas upplevelser av rondan. Parallellt med kodningsarbetet kommer sedan en kontinuerlig jämförelse, s.k. constant comparative method (CCM) att göras mellan data, kategorier och eventuellt teoretiserande (Charmaz, 2010).

Teoretisk analys

Det återstår att se om det baserat på den fokuserade kodningen går att initiera någon teoretisk konstruktion (Charmaz, 2010). Teorins funktion i denna studie skulle kunna vara att på ett mer tydligt sätt spegla och specificera det gemensamma förhållandet mellan koderna eller att klargöra det sammanhang och de specifika omständigheter som råder när sjuksköterskor deltar i rond inom kirurgisk vård.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Inför denna studie har ett övervägande skett om ansökan till forskningsetisk kommitté bör göras eller inte. Ämnet och frågeställningen är inte av privat eller personlig karaktär, men har efter pilotstudiens genomförande framstått som mer känsligt än vad som framstod innan studien. Studien innefattar inte hämtning av biologiskt material eller försök till att påverka personerna fysiskt eller psykiskt. Därmed faller den inte under lag SFS 2003:460 om etisk prövning. Pilotstudien sker dessutom inom ramen för studier på avancerad nivå vilket gör att den inte går under samma krav på etisk prövning som ”riktiga” empiriska studier.

Deltagandet har varit frivilligt och informanterna har i enlighet med Helsingforsdeklarationen (WMA, 2003) blivit informerade om studiens syfte och metod. Ett skriftligt samtycke inhämtades innan datainsamlingen och informanterna har fått besked om att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan.

PILOTSTUDIE

En pilotstudie genomfördes med fyra sjuksköterskor i syfte att pröva metoden. Kontakt togs med avdelningscheferna på tre kirurgiska vårdavdelningar med skiftande specialiteter vid ett universitetssjukhus. Avdelningscheferna i sin tur ställde frågan om deltagande i studien vidare till sjuksköterskor som arbetade dagtid och som förväntades medverka vid ronderna i sitt arbete. I samband med kontakten med avdelningscheferna sändes också forskningspersonsinformationen till dem, som de i sin tur vidarebefordrade till de sjuksköterskor som var intresserade av att medverka i studien.

Tre kvinnliga och en manlig sjuksköterska valde att delta i pilotstudien. Informanterna hade arbetat som sjuksköterskor mellan 15 månader och 11 år. Frånsett en av deltagarna som hade arbetat i 18 månader på en medicinavdelning, hade samtliga endast arbetat inom den kirurgiska verksamheten. En av informanterna var specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård sedan 7 år.

Informanterna delgavs inga intervjufrågor i förväg. Den främsta anledningen till det ställningstagandet baserades på tanken att det genusperspektiv som genomsyrar studien inte skulle påverka informanternas sätt att handla i samband med rondan. Frågorna utgjordes dels av i förväg planerade frågeställningar rörande t.ex. hur de upplevde rondan och hur de såg på sin egen funktion. Det ställdes därtill frågor som förberetts strax innan intervjun och som grundade sig på den observation som ägt rum tidigare.

RESULTAT

Utifrån analysen identifierades en kärnkategori, ”Att få patienten vidare i processen och att gå hem”. Denna kärnkategori illustrerar det som var mest angeläget utifrån den kirurgiska avdelningsronden för de fyra informanter som ingick i pilotstudien. Samtliga fyra informanter såg rondan som ett redskap för att få diskutera patientens situation och ta del av läkarens fattade beslut i syfte att undanröja hinder för hemgång eller hinder för att patienten skulle komma framåt i processen mot hemgång.

”Så man ser det ju som en hjälp till att få patienterna vidare liksom. Antingen komma vidare i om dom har väldigt ont eller så där, om dom behöver undersökning, fler undersökningar och så där. Dels på det sättet, men också att dom ska komma hem fortare”.

Strävan efter att få patienten vidare eller hem krävde olika strategier där den mest tydliga strategin utgjordes av att pendla mellan överordning och underordning. Kärnkategorin var relaterad till samtliga tre kategorier vilka belyser delar av det huvudsakliga problemet. Ibland utövas dessa strategier i olika fysiska rum på avdelningen, såväl inne hos patienten som i rum avsedda för rond och allmänna utrymmen såsom korridor. De fyra informanterna omfattades av dessa kategorier vilka beskriver processen i att få patienten vidare mot hemgång, från att informanterna började förbereda sig inför rondan såväl praktiskt som mentalt, via en

medveten pendling mellan överordning och underordning till att fortsatt och målmedvetet få doktorn att fatta nödvändiga beslut. Drivkraften i processen tycktes vara ett organisatoriskt krav på korta vårdtider och en upplevelse av att sjuksköterskan hade ansvaret för att detta krav skulle uppfyllas i alla fall där det var möjligt.

Informanterna var påtagligt medvetna om rondens betydelse som en mötesplats mellan läkare och sjuksköterska för att främja beslut om patientens situation. Rondens viktigaste funktion sågs som att samlas och gå vidare för varje dag. Vid datainsamlingen deltog inga andra yrkesgrupper än läkare, alternativt blivande läkare och sjuksköterska. För att rondens skulle upplevas som bra och meningsfull krävdes att den rondande läkaren uppfattades vilja göra sitt bästa, lyssnade på sjuksköterskan och besvarade hans/hennes frågor samt hade en plan för patienten.

”Att man känner att doktorn har någon sorts plan och bryr sig om vad man har gjort innan med patienterna och hur man har tänkt framöver”.

Kännetecknande för motsatsen, det vill säga en dålig rond, var att det var nya doktorer hela tiden, där ingen känner patienten riktigt och alla tycker mer eller mindre olika. När sjuksköterskan märkte att rondande doktorer skulle iväg någonstans och bara ville få det överstökat utan engagemang upplevdes rondens som dålig eller meningslös.

Informanterna använde medvetna strategier i relation till rondens vilka alla syftade till patientens bästa och att ”*få saker att hända*”. Första steget var att göra sig redo för rondens för att sedan under själva rondens pendla mellan överordning och underordning i relation till den/de läkare man rondade med. Beroende på utfallet av rondens fortsatte processen med ett enträget arbete för att få doktorn att fatta nödvändiga beslut för att patienten skulle komma framåt på olika sätt, helst ut från avdelningen. Varje kategori innehåller subkategorier vilka illustrerar hur informanterna hanterade situationen genom processen. Dessa subkategorier varierar delvis beroende på hur informanten såg på sin roll under rondens och visas i bilaga 2. I den följande texten presenteras subkategorierna i form av fet, kursiverad stil.

GÖRA SIG REDO FÖR RONDEN

Processen att göra sig redo inför ronden startade redan när sjuksköterskan såg patienten första gången på morgonen. Att göra sig redo innebar att *samla in data om patienten* vilket skedde genom att iaktta patienten, utvärdera smärtlindring och samla ihop olika provsvar. Denna inledande datainsamling följdes av att *tänka igenom patientens situation noga* för att på bästa sätt kunna berätta hur patienten mår och vara patientens advokat.

”Jag tänker att jag har en informativ roll eller vad man ska säga.... Att jag kan berätta hur patienten mår och vad jag har iakttagit... ja föreslå saker vad jag eventuellt tycker skulle kunna göras...ja dom är ju väldigt lite hos patienterna doktorerna, dom ser ju inte så mycket.... ”

Eftersom sjuksköterskan aldrig kunde veta hur mycket tid som doktorn hade att lägga på rondens blev det viktigt att *sammanställa frågor kring patienten* och sedan ytterligare *prioritera att ta upp rätt saker*. De frågor som var lättast att få svar på av doktorn gällde i regel svar på prover och undersökningar. Därför *upprätthölls också rutiner och traditioner* kring just detta vilket upplevdes både föråldrat och tidskrävande. Svårast var att få svar på vilken plan som fanns för patienten och hur man skulle gå vidare.

”Det finns lite onödiga traditioner, man ska skriva ner alla provsvar inför rondens och vara förberedd när doktorn kommer och sådana saker och det kan kännas lite uråldrigt och tidskrävande bara, ineffektivt..... många av dom äldre läkarna har nog det som önskemål för att dom är vana vid att jobba på det sättet...jag har ju fått klagomål när jag inte har skrivit ner provsvaren”.

Eftersom det sämsta utfallet av en rond ansågs vara att det blir rörigt, få beslut som fattas och att ingen plan är upprättad för patienten syftade hela förberedelsearbetet för informanterna till att skapa en så klar bild av patientens situation som möjligt utifrån svar på prover och undersökningar, resultat av insatt behandling samt att förbereda remisser, recept, intyg och andra nödvändiga handlingar för att patienten skulle komma vidare alternativt gå hem. Den mentala förberedelsen utgjordes av att försöka bli lyssnad på och respekterad i sin roll där en starkt uttalad strategi blev att pendla mellan överordning och underordning.

PENDLAR MELLAN ÖVERORDNING OCH UNDERORDNING

Genom den kontinuerliga analysen av såväl intervjuer som observationer framstod att en central strategi för att få patienten vidare i processen var att under rondan pendla mellan överordning och underordning. Avgörande för valet av förhållningssätt var doktors erfarenhet, position och förhållningssätt till sjuksköterskan som person, men också till rondan som företeelse och verktyg. Skillnaderna upplevdes stora beroende på vem man rondade med.

”Så jag tycker att det är som natt och dag vem man rondar med”.

Rollen som överordnad i relationen mellan sjuksköterska och läkare intogs alltid när doktorn var ny på avdelningen eller saknade lång yrkeserfarenhet. Då tog sjuksköterskan tydligt kommando över rondan både vid sitttrond och när man gick runt till patienterna även om hon/han inför patienterna försökte backa så att läkaren var den som förde talan.

”Det är ganska vanligt förekommande här att det kommer någon som man inte känner särskilt väl eller bara har träffat någon gång förut och då hoppar man plötsligt in i den rollen att man blir, att man ger förslag..... Det är nästan lite som att man själv håller i rondan istället för att läkaren håller i rondan, kan man ju känna. Fastän man lämnar liksom, man lämnar ju utrymme åt dom när man ska gå runt till patienterna och så, men då lägger man ju fram det till dom i stället”.

Motivet till att agera på ovanstående sätt var att det går fortare och att patienterna kommer hem fortare om sjuksköterskan ger en kortare förklaring till varför patienten är där och vad som ska ske under dagen. Att göra det smidigare för doktorn blir alltså ett sätt att snabbare få hem patienten. Att lägga sig i ordinationer och ta beslut ansågs dels vara negativt och hota patientsäkerheten eftersom det tillhör läkarens kompetensområde.

”Det känns ju även lite farligt för patienten om man tänker patientsäkerhet här och att en sjuksköterska ska, ja, ...blanda sig i vilka doser som dom ordinerar och så där”.

Dels upplevdes det positivt när ett förslag som lagts fram av sjuksköterskan gick igenom eftersom det utjämnade maktbalansen och minskade känslan av underordning.

”Det känns ju bra för en själv att kunna lägga fram förslagen för läkaren och så tar dom det förslaget och tycker att det är ett bra förslag...för det känns som att man är på ganska lika våglängd här och att man jobbar tillsammans istället för att det är

liksom hierarkiskt. Med det är ju olika med olika läkare också. Är det någon som har varit här länge så ger dom absolut inga utrymmen för det kan man tycka”.

Oavsett vilken roll som intogs försökte sjuksköterskan att **berätta för läkaren hur patienten mår** och också **svara för patienten** genom att förmedla dennes berättelse. Sjuksköterskan intog således rollen som språkrör och **var patientens advokat**.

”Att svara för patienten, hur dom mår och fungerar, allting, hela den allmänna kliniska bilden..... patientens advokat eller vad man ska säga”.

Ett annat sätt att ta kommando över rondan och att få ett underlag för det fortsatta arbetet under dagen blev att **insistera på att få svar** på sina frågor och att **lägga sig i ordinationer** som inte stämde med sjuksköterskans uppfattning om patientens tillstånd. Motivet var att underlätta för patienterna.

”Annars brukar jag försöka stå på mig och ta allting. Det gör jag oftast, annars förstör det ju för patienten och det blir ju oftast att någon får ligga en extra dag och så där.....för vissa [läkare] finns det inget utrymme att diskutera liksom, utan så är det bara och då är det ju dom som bestämmer vilka av ens punkter dom tycker är viktiga och vilka som kan vänta. Och då har man inte så där mycket att säga till om till slut ändå”.

Ovanstående citat leder också in på den andra polen som sjuksköterskan pendlar mellan, det vill säga rollen som underordnad avseende mandat och beslut. Observationerna visar hur sjuksköterskan i rond med överläkaren förhåller sig passiv, är tyst när de möter patienterna och också tyst **accepterar att bli överkörd** eller avsnäst i syfte att inte väcka obehag hos läkaren. I samtliga observationer framkommer att det är överläkaren som för talan och bland sjuksköterskorna fanns det en **rädsla att bli avhyvlat**.

”Alltså, det är ju inte så bra med sådana personer [läkare] som man känner att man inte riktigt vågar fråga saker utan då blir dom irriterade och ... alltså vågar... att man kanske inte vågar ta upp vissa saker för att man är rädd för att få en avhyvling eller vad man ska säga.... Det känns ju ändå hela tiden som att dom är överordnade, det gör det ju hela tiden”.

På en rond där rollen intogs som underordnad var den tydliga ambitionen **att göra arbetet smidigare för doktorn**. Detta skedde dels genom att lägga fram patientens situation, men också genom att **avstå från att delta i diskussion och beslut**. I mötet med den mycket erfarna läkaren uppstod också **känslan av att vara misslyckad** när man trots stora ansträngningar inte kunde leva upp till läkarens krav på information.

”Eller om man tänker på någon som har jättemycket erfarenhet då kan man ju känna sig lite misslyckad, om den personen frågar mycket och man inte har dom uppgifterna.....Då kan man få tillbaka att det här ska du veta. Ja, då kan man ju känna lite förtvivlan över att man har gjort sitt allra bästa och man har jobbat hela morgonen och försökt att ta reda på så mycket som möjligt om alla personer och ändå är det inte tillräckligt”.

Att upprätthålla sitt grundmotiv inför rondens i form av att patienten ska komma vidare mot hemgång innebar således att pendla mellan överordning och underordning vilket skedde genom att ständigt **anpassa sig till respektive läkare**.

”Det är ju också varierande beroende på vilken läkare man rondar med. Är det någon av dom som har varit här länge då blir det på ett helt annat sätt att man känner sig som en person som samlar ihop uppgifterna liksom, jag menar alla kontroller på personen och så där så att man har koll på den biten och lägger fram det till läkaren. Medans då om man rondar med någon som har mindre erfarenhet då känner man att man själv är den som har huvudansvaret, men att man rådfrågar den nya läkaren..... Man är lite mer som en assistent kan man ju känna när man rondar med någon som har mer erfarenhet. Och när man rondar med någon som har mindre erfarenhet så är man själv den som håller i det liksom”.

ATT FÅ DOKTORN ATT FATTA BESLUT

Vid rondens påbörjades arbetet med att få doktorn att fatta nödvändiga beslut. Detta blev särskilt tydligt på ronder som inte ansågs effektiva eller optimala av informanterna. Arbetet fortsatte även efter att rondens var avslutad. En strategi var att målmedvetet **undvika ansvar utanför sitt eget kunskapsområde**. Denna strategi innebar en balansgång mellan att inte

behöva ta ett ansvar som inte tillhörde den egna professionen eller kompetensen och samtidigt se till att det händer saker.

”Det känns som man själv driver allting för mycket framåt och att då hamnar ju helt plötsligt ansvaret på mig om det är någonting som inte görs..... Det är ju min roll att förmedla läget, men ibland händer det liksom inte saker om man inte säger till dom att göra det. Och det är ju inget ansvar som egentligen ska behöva ligga på oss”.

En för patients process avgörande del är att **se till att remisser och sjukintyg blir skrivna**. Detta upplevdes som det allra jobbigaste i relationen till läkarna. Informanterna fick **tjata och ligga på** i samband med rondan.

”Det som är jobbigast är ju att få remisser skrivna och intyg, därför att det aldrig blir gjort.... Det kan ta timmar innan det blir gjort och i värsta fall och inte så ovanligt så får jag oftast påminna dom om och om igen så att dom inte glömmer det”.

En konsekvens av att doktorn inte fattar beslut eller tar ansvar för sina åligganden blir en kedja av frustration för patienter och personal. Det tar tid för sjuksköterskan att hantera och **bemöta missnöjda patienter som får vänta utan besked** där informanterna upplevde att vårdtiden förlängdes på grund av bristande kommunikation och samarbete på rondan.

”Vårdtiden förlängs för att kommunikationen mellan vårdpersonalen kan vara bristande och att undersökningar blir fördröjda och väntetider långa..... dels så har man ju missnöjda patienter som får ligga och vänta. Det kan vara svårt att komma vidare i sitt arbete”.

Från samtliga informanters berättelser och genom analysen av observationerna framstår en klar bild av att en dysfunktionell rond där sjuksköterskan inte bara känner sig underordnad utan också upplever att hon förväntas vara underordnad leder till **känslor av otillräcklighet, frustration** och kanske värst av allt minskad arbetsglädje.

”Vissa [läkare] gör så att det känns som att man inte har ett så roligt jobb som man har med andra. Dom är ju också mycket mer beordrande liksom när de har förslag. Många av de nya eller de som inte varit här så länge har mer sättet att dom rådfrågar en eller dom ger förslaget på hur man kan ska göra på ett fint sätt så att man liksom

känner sig delaktig. Medans andra, dom ger det mer som en order liksom, och det känns ju aldrig lika roligt då”.

”Det är inte krävande att behöva ta för sig mer, men det är krävande att behöva dra sig tillbaka, man upplever det så att man bör backa lite liksom”.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Kvalitativ metod valdes i studien med syftet att undersöka vad som är mest angeläget för den kirurgiska avdelningssjuksköterskan i samband med avdelningsronden och hur hon hanterar detta i relation till rondens övriga aktörer. Om kvantitativ metod istället hade använts hade datamaterialet kunnat baseras på ett större antal informanter. Däremot hade med största sannolikhet djupet i resultatet gått förlorat då kvalitativ metod är mer fördelaktigt när det gäller att samla in data rörande upplevelser och erfarenheter. En stor svårighet hade varit att konstruera frågor i en enkät som på ett relevant sätt hade täckt in den vetenskapliga frågeställningen och samtidigt hade visat på rimlig validitet och reliabilitet. Med utgångspunkt i att söka förståelse för den process som informanterna upplevde i samband med den kirurgiska avdelningsronden och hur de hanterade det lämpade sig Grounded Theory (GT) väl då den med fördel används för att undersöka sociala processer. En annan teoretiskt sett möjlig metod hade kunna vara etnografi.

Valet att anlägga ett genusperspektiv på pilotstudien har självfallet fått konsekvenser för resultatet. Utan ett genusperspektiv hade t.ex. inte sjuksköterskornas handlande i rondsituationen satts i samband med makt och marginalisering. Tydligheten i att avhyvlingen som hänger i luften har med symboliskt våld att göra hade med stor sannolikhet gått förlorad. Att maktstrukturen som råder inom sjukvårdens djupt rotade hierarki får stora konsekvenser för personal, patienter och kanske även ekonomiskt är enligt forskaren skäl nog för att motivera valet av perspektiv.

Urvalet av informanter skedde enligt de allmänna kraven för deltagande som preciserats i metoden samt med hjälp av avdelningscheferna på respektive kirurgavdelning. Hur avdelningscheferna tillfrågade informanterna styrdes inte av forskaren, utan de var fria att använda det tillvägagångssätt som de fann lämpligt. Samtliga avdelningschefer tillhandahöll forskningspersonsinformation i samband med den första kontakten och fick på så sätt kännedom om studiens syfte och förfarande. Risken att urvalet och därmed också resultatet av pilotstudien påverkats av den selektering som avdelningscheferna ålades är sannolik. Att urvalet skulle skett på annat vis förhindrades dock av den begränsade tidsaspekten för arbetet. Samtliga informanter var redan innan datainsamlingen påbörjades både muntligt och skriftligt informerade om frivilligheten i att medverka samt att de närsomhelst kunde välja att avbryta deltagandet.

I studien deltog tre kvinnor och en man. Denna könsfördelning kan ses som representativ för kirurgkliniken på universitetssjukhuset där cirka 25 % av sjuksköterskorna är män. Att den manliga sjuksköterskan uttrycker en känsla av underordning ger en fingervisning om att fenomenet inte är förknippat med biologiskt kön. Tre av informanterna hade arbetat som sjuksköterskor mellan 15 och 18 månader och den fjärde hade arbetat i 11 år, varav 7 år som specialist i kirurgisk vård. För att möjligen få en större bredd i resultatet hade det varit önskvärt att även informanter med längre erfarenhet hade medverkat. Likaväl skulle informanter med kortare erfarenhet än 15 månader kanske kunnat ge en antydning om hur tidigt vissa processer och mönster anammas av nyfärdiga sjuksköterskor.

Datainsamlingen skedde i form av observation följt av intervju. Motivet till att kombinera dessa två metoder för datainsamlingen var forskarens förhoppning om att resultatet på så sätt skulle nå ett större djup. Genom att observera sjuksköterskorna i deras förberedelser inför ronderna, att studera rondprocessen samt att därefter ställa frågor kring det som forskaren nyligen observerat gavs möjlighet att t.ex. klargöra bevekelsegrunden för sjuksköterskornas handlande. Om istället endast observation använts som datainsamlingsmetod kan misstänkas att många frågor hade lämnats obesvarade. Dessutom antar forskaren att hennes subjektiva tolkningar i samband med observationerna blev mindre styrande i resultatet, då informanterna själva i efterhand fick möjlighet att beskriva sina upplevelser om rondsituationen. Det innebär

alltid en viss risk att informanterna, medvetet eller omedvetet, skärper upp sig i samband med en observationsstudie, att det anpassar sitt handlande efter det som de tror är det korrekta eller förväntade. Att döma av resultatet i denna pilotstudie verkar det dock inte vara något som har påverkat utfallet i någon större omfattning.

En medveten avvägning gjordes innan kontakten med informanterna, beträffande att det genusperspektiv som genomsyrar studien inte skulle vara känt för deltagarna i förväg. Anledningen till detta ställningstagande var att det finns en förmodan hos forskaren om att det för informanten innebär ett visst mått av olust och skam att t.ex. blotta sig som underordnad. Hade informanterna varit medvetna om att det var maktstrukturen i samband med rondens som ämnades studeras hade möjligen resultatet blivit ett annat.

Att forskaren valde att genomföra fyra observationer/intervjuer, istället för två som var kravet för pilotstudien, baserades dels på den bristande erfarenheten av att samla in data enligt dessa metoder. Det var t.ex. först under den tredje och fjärde intervjun som frågorna kunde utvecklas så att svaren blev mer uttömmande. En annan anledning till valet av antalet observationer/intervjuer var att det med hänsyn till det kontroversiella området som pilotstudien berör kändes angeläget för forskaren att redan i detta resultat kunna se tendenser till ett eventuellt resultat i en storskalig studie. Den samstämmighet i de fyra observationerna/intervjuerna som tydligt kunde ses vid analysen, t.ex. rörande pendlingen mellan över- och underordning, var förvånande och antyder att det troligen inte skulle krävas mer än 15 informanter för att få mättnad i materialet.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna pilotstudie var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av rondens på en kirurgisk vårdavdelning. Kärnkategorin som framkom i resultatet: att få patienten vidare i processen och utskriven, byggde på tre underkategorier: *att göra sig redo för rondens, att pendla mellan överordning och underordning och att få doktorn att fatta beslut.*

Om man som forskare eller betraktare intar en ontologisk utgångspunkt att den inom kirurgisk vård verksamma sjuksköterskan är ett motivstyrt handlande subjekt blir det viktigt att söka efter motivet för hans/hennes handlingar. Genom analysen av data framkom att informanternas grundmotiv för sitt handlade och därmed också det som var mest angeläget vara att få patienten vidare i vårdprocessen och helst att den skulle gå hem. Detta grundmotiv väcker ett antal frågor som inte enkelt besvaras, framför allt inte genom denna pilotstudie. För det första, varför tar sjuksköterskan ett sådant stort ansvar för denna fråga? För det andra, är detta motiv så viktigt och högt värderat i organisationen att man är beredd att ställa upp på diverse maktuttryck och en delvis uttalad underordning? Den tredje frågan som bränner mest i angelägenhetsgrad är kanske det som informanterna inte talar om och som därmed saknas som motiv, nämligen det helt autonoma ansvaret att främja hälsa, bekräfta och lindra lidande, upprätta patientens värdighet, genomföra pedagogiska samtal och lotsa närstående i kontakter med den kirurgiska vården. I den kommande diskussionen ska jag göra ett försök att diskutera omkring dessa frågor.

Den andra delen som också är central är att denna pilotstudie utgick från ett genusperspektiv precis som den fullskaliga studien kommer att göra. Centralt i ett genusperspektiv är begrepp som makt och marginalisering och frågor om överordning och underordning blir synnerligen intressanta eftersom syftet med ett genusperspektiv är att ge kännedom om maktstrukturer och orättvisor samt att försöka hitta förklaringar till dessa (Gedda, 2006).

Informanternas uppenbara pendling mellan överordning och underordning kräver också en diskussion och reflektion. Slutligen kommer jag att försöka resonera omkring vilka konsekvenser denna pilotstudie och sedan fullskalig studie kan få avseende minskad genusblindhet och relevanta strategier för att genomföra den nödvändiga förändring som detta resultat pockar på. Vi tar det i tur och ordning.

ANSVARET ATT FÅ PATIENTEN ATT GÅ HEM

Det är intressant att spekulera kring varför sjuksköterskan känner ett så stort ansvar över att få patienten vidare i vårdprocessen och hem så att det präglar hela hennes/hans arbete. Varför väljer sjuksköterskan att engagera sig så till den milda grad i hur och när läkaren utför sina arbetsuppgifter, i stället för att låta läkarna själva ta konsekvenserna av sitt handlande? Närheten till patienten kan vara en rimlig orsak. I rollen som sjuksköterska har man vanligen en närmare relation till patient och anhöriga än vad man har som läkare. Sannolikt är att sjuksköterskan av den anledningen tydligare kan känna av patientens och även anhörigas krav på att saker och ting ska hända och att patienten ska komma framåt i vårdprocessen. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning ska omvårdnaden kännetecknas av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt, där rollen delvis ska omfatta att föra patientens och/eller anhörigas talan utifrån deras önskemål och behov. Då sjuksköterskan utifrån ovanstående många gånger fungerar som ett språkrör mellan patient och läkare är det rimligt att tro att det kan uppstå en känsla av vanmakt hos sjuksköterskan vid de tillfällen som läkaren inte fullföljer sina åligganden, till exempel att upprätta en plan över den fortsatta vården, skriva remisser och intyg. Sjuksköterskan blir då i regel den som tar emot patientens missnöje och som får förmedla det till läkaren, genom att tjata och ligga på. För att undvika att bli indragen i denna konflikt mellan patient och läkare inbillar sjuksköterskan sig att det går åt mindre energi genom att redan från början sträva efter att få patienten vidare i processen och hem, trots att det innebär att bli underordnad i sin yrkesroll och kräver stort engagemang i att få en annan profession att göra sitt jobb.

DET ORGANISATIONEN VÄRDERAR

Den kirurgiska vården bedrivs ofta utifrån elektiv verksamhet, där patienter via en väntelista sätts upp för tid till operation. Det innebär att det finns ett planerat inflöde av patienter som kirurgavdelningen dagligen förväntas ta emot. Många kirurgavdelningar kombinerar intaget av denna planerade patientgrupp med akuta inläggningar. För att kirurgisk verksamhet ska bedrivas kostnadseffektivt är det önskvärt att beläggningen på dessa avdelningar ligger konstant på hundra procent, d.v.s. in- och utskrivningar ska ta ut vartannat. Denna ekvation innebär att när det ska göras plats till en patient som kommer planerat eller akut för operation förutsätter det att en annan patient nyligen har skrivits ut. I de fall en plats inte kan uppbibras

kan den elektiva patienten komma att få sin operation uppskjuten. Det innebär dels ett lidande för patienten, men även ett stort misslyckande för verksamheten som har ett politiskt uppdrag att förhålla sig till och inte minst vårdgaranti och kömiljarder som står på spel. Att till varje pris kunna erbjuda platser till alla inkommande patienter är av organisationen så högt värderat och tydligt markerat att det påtagligt genomsyrar sjuksköterskans förhållningssätt till sitt arbete. Att grundmotivet för sjuksköterskans handlande är att få patienten vidare i vårdprocessen och helst hem torde kunna bero på att hon/han av organisationen premieras i så hög grad när målet nås, eller för den delen straffas när hon/han misslyckas, att det är värt att utstå att vara underordnad och föremål för maktutövning i sitt arbete.

SJUKSKÖTERSKANS AUTONOMA ANSVAR

Sjuksköterskans akademiska yrkesutbildning innebär att hon/han utgör en profession vilket enligt Bentling (1995) ska byggas på teoretisk och vetenskapligt framtagen kunskap samt att professionen ska vara autonom i sin yrkesutövning. Wikstrand (2011) beskriver en profession som en grupp som utför vissa, för yrket, specifika arbetsuppgifter och att de till viss del utövar en kontroll över dessa åtaganden. Kunskapsbasen är således en av förutsättningarna för en professions stabilitet (Wikstrand, 2011). Denna pilotstudie antyder att sjuksköterskan i väldigt liten utsträckning hävdar eller får gehör för den kunskapsbas som gäller omvårdnad.

I mötet med patienten utgör kritiskt tänkande och analys en central egenskap och förutsättning för sjuksköterskans professionella yrkesutövning och är något som bör gagna patienten. Kritiskt tänkande (jmf eng. critical thinking) främjas av en mängd olika attityder såsom att sjuksköterskan ser sig själv som autonom och självreflekterande. Vidare är ett förhållningssätt som utgår från lika förutsättningar och inte fördomar eller förutfattade antaganden viktigt. Det krävs insikt i att yrket innebär ett livslångt lärande samt intellektuellt mod att ifrågasätta rutiner och ritualer inom den organisation man är verksam. Integritet och självförtroende är andra viktiga förutsättningar för kritiskt tänkande (Berman & Snyder, 2012). Den intressanta frågan blir vad som händer om detta kritiska tänkande uteblir på grund av att så mycket tid och energi går åt att förhålla sig till strukturer som baseras på makt och marginalisering. Ett allvarligt scenario är om patienten drabbas i form av bristande eller utebliven vård.

Vad händer om vi skruvar resonemanget ytterligare utifrån resultatet i Foss och Sundbys (2003) studie som visade att det inom hälso- och sjukvården talades om manlig och kvinnlig kommunikation (Foss & Sundby, 2003) och att kvinnors och mäns sätt att kommunicera skedde och värderades på olika vis, där det manliga sättet utgjorde normen (Nilsson & Larsson, 2005)? Vi förstår oss då att den kvinnliga patienten framför sina symtom till den kvinnliga sjuksköterskan på ett sätt som värderas lägre än om hon hade varit man. Sjuksköterskan ska i sin tur kommunicera detta på rondan till en manlig kirurg som eventuellt utgår från det manliga sättet att kommunicera som en norm. Resultatet riskerar att missgynna patienten utifrån att hennes symtom i flera led tolkas som icke önskvärda eller överdrivna utifrån en etablerad manlig norm kring symtom och kommunikation. När dessutom sjuksköterskan inte förhåller sig kritisk i sin analys eller upprätthåller egenskaper såsom integritet, självförtroende och intellektuellt mod blir situationen problematisk.

ÖVERORDNING OCH UNDERORDNING

Sjuksköterskornas pendling mellan överordning och underordning framkom i pilotstudien som en central strategi för att få patienten vidare i processen och att gå hem. Användandet av härskartekniker finns skildrat i resultatet, t.ex. när sjuksköterskan utsätts för dubbelbestraffning då hon trots att hon gjort allt hon kan får motta missnöje från doktorn. Det ligger i linje med Ås (1982) beskrivning av att härskartekniker används av de som befinner sig i maktposition emot undertryckta grupper för att förminska dessa. Likaså kan paralleller dras mellan symboliskt våld och beskrivningen av sjuksköterskans underordning i resultatet. Att sjuksköterskan har en rädsla för att bli avhyvlat och accepterar att bli överkörd stämmer väl överens med Bourdieus (2000) framställning av symboliskt våld, där den dominerade finner sig i och legitimerar makten så att den reproduceras och får utrymme för fortsatt maktutövande. Makten reproduceras vidare eftersom sjuksköterskan är smidig och följsam.

Jämförelser kan göras mellan resultatet i pilotstudien och våldets normaliseringsprocess som Lundgren (2004), professor inom sociologi beskriver. Normaliseringsprocessen, som förekommer vid våld i nära relationer, innebär att våldet blir en normalitet både för den som misshandlar och den som blir misshandlad. Blotta vetskapen om risken att få stryk gör att den

dominerade håller sig på mattan. Med tiden reflekterar ingen av de inblandade längre över det felaktiga i handlingen (Lundgren, 2004). Det kan antas att sjuksköterskor och läkare på liknande sätt går igenom en normaliseringsprocess vad det gäller sitt handlande gentemot varandra i samband med rondan. Som sjuksköterska vänjer man sig vid att få en avhyvling av läkaren om man inte sköter sina kort rätt och tillslut blir beteendet en normalitet. Tre av informanterna i pilotstudien hade arbetat 18 månader eller mindre som sjuksköterskor, vilket tyder på att den typ av normaliseringsprocess man som sjuksköterska genomgår tenderar att ske relativt snabbt. Resultatet som framkommit i pilotstudien antyder även att det är en process som sker hos både kvinnliga och manliga sjuksköterskor.

Resultatet ger inget sken av att sjuksköterskorna reflekterat över att ifrågasätta den pågående maktutövningen. Svaret på vad konsekvenserna skulle bli om maktstrukturen skulle ifrågasättas av sjuksköterskorna omfattas inte av denna pilotstudie, men ett antagande är att sjuksköterskorna skulle försättas i en obekvämlig situation. En annan frågeställning som väcks utifrån ovanstående resonemang är om ändamålet helgar medlen? Försvaret för läkarnas beteende med att utöva symboliskt våld och att använda härskartekniker emot sjuksköterskorna som ingår i teamet kring patienten för att de inser att det ger de bästa konsekvenserna i slutändan? Kan det till och med vara så att sjuksköterskorna själva finner sig i att bli kuvade i sin yrkesutövning för att de tror att det får de bästa följderna? Svaren på dessa frågor omfattas inte heller av denna pilotstudies resultat, utan får bli föremål för vidare forskning. Dock har som ovan redovisats tidigare forskning visat att den manliga normen i sjukvården kvarstår trots att fler kvinnor utbildat sig till läkare. Kvinnliga sjuksköterskor kan därmed antas fortsätta befinna sig i mellan- och bottenskiktet av vårdens hierarki (Socialstyrelsen, 2008; Öhman, 2009; Öresland, et al., 1999).

FÖRDELAR OCH NACKDELAR MED ATT VARA GENUSBLIND

Att ta del av det resultat som pilotstudien genererat kan komma att öka insikten hos läsaren om den genusstruktur som förekommer inom hälso- och sjukvården i allmänhet, och i samband med avdelningsronden i synnerhet. Nackdelen med att undvika att öka insikten och att bevara den genusblindhet som råder är att det symboliska våldet oreflekterat kan fortsätta

att bedrivs. Maktutövningen kommer därmed att i enlighet med Bourdieus (2000) tankar att reproduceras i det oändliga. Det är först när rådande genusstruktur med dess tillhörande orättvisor har blivit känd som det finns möjlighet att få till stånd en förändring. Då kan de som är medvetna om förhållandet inte längre gömma sig bakom okunskapen. I motsats blir fördelen med att vara genusblind att det finns möjlighet att undvika det obehagliga i att reflektera över sin egen delaktighet i en struktur som inte är särskilt tilltalande att medverka i. Det innebär dock att man avsägar sig en av kärnkompetenserna inom en profession nämligen det kritiska tänkandet som förutsätter självreflektion och ifrågasättande av personliga antaganden och bias (Berman & Snyder, 2012).

STRATEGIER FÖR FÖRÄNDRING

Resultatet i pilotstudien indikerar att en stor del i sjuksköterskans arbete att få patienten vidare i processen och hem är att få doktorn att fatta beslut. Skulle resultatet stå sig i en storskalig studie bör det väcka tankar om hur ineffektiv sjukvården är, när en yrkesgrupp ägnar substantiellt mycket tid åt att få en annan yrkesgrupp att sköta sitt jobb. Detta resultat skulle i så fall befästa det som framkommer i Öhman (2009) om att maktordningen inom hälso- och sjukvården i viss mån bidrar till ett ineffektivt arbete då arbetsuppgifter inte delegeras vidare och kompetenser inte utnyttjas på bästa sätt. Det borde vara angeläget att vårdens knappa resurser rimligen skulle kunna förvaltas på ett bättre sätt.

Sammanfattningsvis kan sägas att en preliminär tolkning utifrån vad denna pilotstudie antyder är att den kirurgiska rondan kan utgöra en etablerad arena där problematiska företeelser som symboliskt våld och social skam kan utövas och befästas. Resultatet antyder också att dessa företeelser kan ske inom ramen för en normaliseringsprocess där aktörerna inte själva är medvetna om problemet i strukturen. Utifrån informanternas relativt korta tid som yrkesutövare finns också en indikation på att denna normaliseringsprocess inträder tidigt i yrket. Pilotstudien befäster vikten av att i den fortsatta datainsamlingen bibehålla ett genusperspektiv på avdelningsronden som en etablerad arena och mötesplats för olika professioner.

FORTSATT FORSKNING OCH KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatet av pilotstudien har väckt behovet av att färdigställa pilotstudien till en fullskalig studie. Först därefter kan fortsatt forskning diskuteras och planeras. I det kliniska vardagsarbetet kan även pilotstudiens resultat utgöra underlag för diskussioner inom sjuksköterskeprofessionen kring överordning, underordning, maktfördelning och vilka motiv som finns för det egna handlandet såväl under som utanför rondan.

REFERENSER

- Albinsson, Gunilla, & Arnesson, Kerstin. (2000). *Maktutövning ur ett organisations- och genusperspektiv : en studie vid tre vårdavdelningar*. Malmö: Institutionen för pedagogik, Lärarhögsk.
- Arslanian-Engoren, C. (2000). Gender and age bias in triage decisions. *J Emerg Nurs*, 26(2), 117-124.
- Arslanian-Engoren, C. (2001). Gender and age differences in nurses' triage decisions using vignette patients. *Nurs Res*, 50(1), 61-66.
- Arslanian-Engoren, C. (2002). Feminist poststructuralism: a methodological paradigm for examining clinical decision-making. *J Adv Nurs*, 37(6), 512-517.
- Beauvoir, Simone de. (1995). *Det andra könet* (Inger Bjurström & Anna Pyk, Trans.). Stockholm: PAN/Norstedt.
- Berman, Audery, & Snyder, Shirlee J. (2012). *Kozier & Erb's Fundamentals of nursing : concepts, process, and nursing /c Audrey Berman, Shirlee J. Snyder [eds.]*: Upper Saddle River, N. J. : Pearson.
- Bourdieu, Pierre. (1984). *Distinction : a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge.
- Bourdieu, Pierre. (2000). *Pascalian meditations* (Richard Nice, Trans.). Cambridge: Polity Press.
- Burell, Birgitta. (1997). *Vård som yrke : undersköterskor, sjuksköterskor och läkare berättar*. Hedemora: Gidlund.
- Charmaz, Kathy. (2010). *Constructing grounded theory – A practical guide through qualitative analysis*. London: SAGE publications Ltd.
- Cockburn, Cynthia. (1985). *Machinery of dominance : women, men and technical know-how*. London: Pluto.
- Dahlborg Lyckhage, Elisabeth. (2007). *Kvinnor, män och vårdens språk. Ingår i Määttä, Sylvia & Segesten, Kerstin. Vårdens språk : en antologi*. Stockholm: Liber.
- Ernby, Birgitta. (2008). *Norstedts etymologiska ordbok : [20.000 uppslagsord]*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- Fagermoen, May Solveig (Ed.). (2002). *Patientundervisning. Ingår i: Almås, H (red) Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.
- Foss, C. (2002). Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scand J Caring Sci*, 16(1), 19-26.
- Foss, C., & Sundby, J. (2003). The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Educ Couns*, 49(1), 45-52.
- Foucault, Michel. (1993). *Diskursens ordning : installationsföreläsning vid Collège de France den 2 december 1970* (Mats Rosengren, Trans.). Stockholm ;: B. Östlings bokförl. Symposion.
- Frich, J. C., Malterud, K., & Fugelli, P. (2006). Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: a qualitative interview study. *Scand J Prim Health Care*, 24(1), 38-43. doi: 10.1080/02813430500504305
- Gedda, Kersti. (2006). *Kapitel 4, FEMINISTISK ETIK - EN ANALYTISK DIMENSION INOM VÅRDETIKEN. Ingår i Silfverberg, G. (Red.) Nya vägar i vårdetiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Harding, Sandra G. (1986). *The science question in feminism*. Ithaca: Cornell Univ. Press.
- Hoglund, A. T., & Holmstrom, I. (2008). 'It's easier to talk to a woman'. Aspects of gender in Swedish telenursing. *J Clin Nurs*, 17(22), 2979-2986. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02345.x
- Honkasalo, Marja-Liisa. (2004). Sjukdomsföreställningar och genus : hur kan forskning om vardagsteorier bidra till vår förståelse av kvinnor och män i kulturell kontext (Vol. S. 121-137): Medicinsk genusforskning : teori och begreppsutveckling 2004.
- Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [Elektronisk resurs]*. (2005). Stockholm: Socialstyrelsen.

- Larsson, Inga. (2008). *Patient och medaktör : studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.
- Lundgren, Eva. (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).
- Lundh, Bengt. (1994). *Bra böckers stora läkarlexikon. 8, Paré-Rök*. Höganäs: Bra böcker.
- Løgstrup, K. E. (1994). *Det etiska kravet* (Margareta Brandby-Cöster, Trans.). Göteborg: Daidalos.
- Macintyre, S., Ford, G., & Hunt, K. (1999). Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med*, 48(1), 89-98.
- Magnusson, H, Felländer-Tsai, L, Hansson, M, & Ryd, L. (2011). Cancellations of elective surgery may cause an inferior postoperative course. The »invisible hand« of health care prioritization? *J Clinical Ethics*, 6, 27-31.
- Malmström, Sten, Györki, Iréne, Sjögren, Peter A., & Hedin, Marie Louise. (2006). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Bonnier.
- Nationalencyklopedin. [Bd] 35, 2010*. (2011). Malmö: Nationalencyklopedin.
- Nilsson, K., & Larsson, U. S. (2005). Conceptions of gender--a study of female and male head nurses' statements. *J Nurs Manag*, 13(2), 179-186. doi: 10.1111/j.1365-2934.2004.00504.x
- Petti, Vincent. (2000). *Norstedts stora svensk-engelska ordbok = Norstedts comprehensive Swedish-English dictionary*. Stockholm: Norstedts ordbok.
- Pingel, Birgit, & Robertsson, Hans. (1998). *Yrkesidentitet i sjukvård - position, person och kön*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Polit, Denise F., & Beck, Cheryl Tatano. (2006). *Essentials of nursing research : methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- På tal om kvinnor och män : lathund om jämställdhet. 2010*. (2010). Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Regeringen. (2010). *Godkännande av en överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård*. Stockholm: Retrieved from <http://www.regeringen.se/content/1/c6/15/85/28/cfc4e21b.pdf>.
- Smirthwaite, Goldina. (2007). *(O)jämställdhet i hälsa och vård : en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Socialstyrelsen. (2008). *Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården Stockholm: Socialstyrelsen.
- Strömberg, Alva. (2000). *Nya stora synonymordboken*. Stockholm: Strömberg.
- Svenska akademiens ordlista över svenska språket*. (2006). Stockholm: Svenska akademien :. Svensk författningssamling. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460).
- Synonyms : Engelsk synonymordbok*. (1990). Stockholm: Carlsson.
- Thylefors, Ingela. (1991). *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Wajcman, Judy. (2006). New connections: social studies of science and technology and studies of work. *Work, Employment & Society*, 20(4), 773-786.
- Wikstrand, Frida. (2011). *Det tekniska spelet [Elektronisk resurs] : förhandlingar om arbete, teknik och kön i relation till införande av nya informationssystem*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Witz, Anne. (1990). Patriarchy and professions : the gendered politics of occupational closure (Vol. 24(1990):4, s. 675-690): *Sociology* (Oxford. Print).
- World Medical Association (WMA) Declaration of Helsinki (2003). Ingår i: *The Swedish Research Council's guidelines for the ethical evaluation of medical research on humans*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR) 99-104 [in Swedish].
- Ås, Berit. (1982). *Kvinnor tillsammans : handbok i frigörelse* (Cilla Johnson, Trans.). Stockholm: Gidlund.

- Öhman, Ann. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Högskoleverket i samarbete med Nationella sekretariatet för genusforskning.
- Öresland, S., Jakobsson, A., & Segesten, K. (1999). To see or not to see. Perceptions of equality in a Swedish university hospital. *Scand J Caring Sci*, 13(4), 227-233.

BILAGA 1 - Forskningspersonsinformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Ronden på sjukhus inom svensk sjukvård är en företeelse med lång tradition, som idag har avsikten att samla olika yrkeskategorier för informationsutbyte och planering om och med patienten. Trots det saknas det idag systematiskt framtagen kunskap som beskriver upplevelsen av rondens organisatoriska konstruktion. Du tillfrågas om deltagande i denna studie eftersom Du som sjuksköterska är delaktig i ronder i Ditt dagliga arbete och därmed har erfarenhet av denna struktur.

Studiens genomförande

Datainsamlingen kommer att genomföras dels i form av att jag deltar och observerar det som sker när Du planerar och genomför en rond, samt genom att jag intervjuar dig efter rondens upplevelser av rondens observationer. Observationen kommer att påbörjas under de närmsta timmarna före rondens och fortsätta till rondens avslutats. I samband med observationen kommer jag att ställa frågor och göra anteckningar om Ditt arbete och Din planering. Intervjun kommer att spelas in på band och skrivas ut ordagrant till text för fortsatt analys. Resultatet kommer att redovisas i form av en uppsats vid Göteborgs Universitet. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna person.

Risk

Det är min förhoppning att inget obehag ska upplevas med anledning av studien. Eventuellt kan det upplevas som positivt att få dela med sig av sin erfarenhet.

Fördel

Dina svar kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem. Då data från studien redovisas kommer enskilda personer inte att kunna identifieras. Kassetbanden förvaras i ett låst skåp och den skrivna texten från intervjun och observationerna kommer inte att kunna kopplas till Dig som person. Deltagandet är frivilligt. Du kan avbryta ditt deltagande i studien när Du vill utan att ange skäl. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga för studien

Johanna Petersson

Legitimerad sjuksköterska

070-9697758

Anna Forsberg

Professor i vårdvetenskap

070-7301199

Jag har tagit del av ovanstående information om att delta i en studie om ronden som organisatorisk konstruktion. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Jag samtycker till att delta i studien.

Datum _____

Namnunderskrift

Namnförtydligande

BILAGA 2 – Resultatfigur

