

Sjuksköterskan och Intersektionalitet

“...multiple paradigms in research must coexist in
the nursing domain, if we wish to grasp the
complexity of this practice.”

— Holmes D, Roy B, Perron A.

The use of Postcolonialism in the Nursing Domain: Colonial Patronage, Conversion, and Resistance.
Advances in Nursing Science. 2008;31: s.41

FÖRFATTARE	Lina Kollberg
PROGRAM	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Lars Engen
EXAMINATOR	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Tack till mina snälla Genusvänner och Judith, H och I.
Tack till Lars. Tack till Erika. Tack till Johan.

*”... there can be and usually is, some degree of pain involved in giving up
old ways of thinking and knowing and learning new approaches.”*
- bell hooks

(Transformative pedagogy and Multiculturalism in Freedom's plow: Teaching in the multicultural classroom
edited by Theresa Perry, James W. Fraser. Routledge. 1993)

Titel:	Sjuksköterskan och Intersektionalitet
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program	Sjuksköterskeprogrammet
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	34 sidor
Författare:	Lina Kollberg, kontakt: lina.kollberg@hotmail.com
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Lars-Olof Persson

SAMMANFATTNING

Sjuksköterskestudenter får tidigt i utbildningen lära sig att de ska ta hänsyn till patientens sociala sammanhang. Faktorer som genus, etnicitet och ålder lyfts upp som väsentliga i omvårdnaden, men verktyg som kan hjälpa sjuksköterskan att resonera kring dessa faktorer är få. Ett av genusvetenskapens grundläggande begrepp, intersektionalitet, undersöker vad faktorer som exempelvis genus, etnicitet och ålder kan ha för påverkan på människors liv och upplevelser. **Syftet** med denna litteraturstudie är att undersöka hur sjuksköterskan kan använda sig av ett intersektionellt perspektiv i praktiserandet av god omvårdnad. Med hjälp av ett teoretiskt ramverk innehållande *personcentrerad vård* och *intersektionalitet* önskar denna litteraturstudie att begripliggöra hur intersektionalitetsbegreppet kan appliceras på sjuksköterskans profession, med målet att främja jämlik hälsa och sjukvård. En litteratursökning i databaserna *Cinahl* och *Pubmed* gjordes och tio kvalitativa artiklar fick utgöra grunden för resultatet. Artiklarna analyserades och kategorierna - *Sjuksköterskan, intersektionalitet och utbildning*, - *Sjuksköterskan, intersektionalitet och praktisk omvårdnad*, - *Sjuksköterskan, intersektionalitet och arbetet för jämlik hälsa och sjukvård*, och *Sjuksköterskan, intersektionalitet och forskning* identifierades. **Resultatet** visar att sjuksköterskan bör använda sig av ett intersektionellt perspektiv i både utbildning, praktisk omvårdnad och forskning. Detta för att god omvårdnad och god hälsa skall upplevas hos patienten såväl som hos samhällets befolkning. De **slutsatser** som kan dras utifrån denna studie är bland annat att sjuksköterskan med hjälp av ett intersektionellt perspektiv kan medvetandegöra, problematisera och reflektera över vilka kunskapssyner, människosyner och maktmekanismer som finns i både sjukvården och i omvårdnadsvetenskapen. Om dessa dominanta diskurser och maktrelationer osynliggörs blir arbetet mot målet, vilket alltid bör vara rättvisa och jämlikhet, för sjuksköterskan svårare. Därför erbjuder ett intersektionellt perspektiv verktyg till sjuksköterskan i hens strävan efter jämlik och rättvis hälsa och sjukvård.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
INLEDNING	
BAKGRUND	2
Ojämslaldhet och ojämlighet i hälsa och vård	2
ICNs etiska kod för sjuksköterskor	
Kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor	2
Begreppsförklaringar	3
Health inequality	3
Health inequity	3
Social rättvisa	3
Sårbara/marginaliserade grupper	3
Genus och ras	3
Teoretisk referensram	4
Personcentrerad vård	4
Person och "personcentrerad"	4
Partnerskap och bemötande	4
Dokumentation och vårdinstitution	5
Intersektionellt perspektiv	5
Ansvar, etik och moral	5
Situatad knowledge	6
Feministisk ståndpunktsepistemologi	6
Intersektionalitetsbegreppet	6
Intersektionalitet och hälsa	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Metodval	8
Litteratursökning	9
Analys	11
RESULTAT	13
Sjuksköterskan, intersektionalitet och utbildning	13
Social rättvisa	13
Politiska kunskaper	14
Folkhälsovetenskapens relevans för sjuksköterskan	14
Representation	14
Självreflektion	14
Sjuksköterskan, intersektionalitet och praktisk omvårdnad	15
Att se till patientens behov	15
Identitet och makt	16
Diskriminering, stigmatisering och marginalisering	17

Sjuksköterskan, intersektionalitet och arbetet för jämlik hälsa och sjukvård	17
Sjuksköterskan som politisk aktör	17
Svårigheter och hinder för politiskt aktörskap	18
Sjuksköterskan, intersektionalitet och forskning	19
Hälsobestämmande faktorer	19
Dominans och Förtryck	20
Forskning mot rättvis hälsa	21
Forskarens position och självreflektion	21
DISKUSSION	22
METODDISKUSSION	22
Genusvetenskap kontra Omvårdnadsvetenskap	22
Litteratursökningen	23
Ansvar och analys	23
Artiklarnas begränsningar	24
RESULTATDISKUSSION	24
Sjuksköterskan, intersektionalitet och utbildning	25
Sjuksköterskeutbildningen	25
Sjuksköterskan, intersektionalitet och praktisk omvårdnad	26
Självreflektion och normkritik	26
Vems behov formar vården	26
Sjuksköterskan, intersektionalitet och arbetet för en jämlik hälsa och sjukvård	27
Behovet av att sjuksköterskan står upp för tid och utbildning	27
Sjuksköterskan, intersektionalitet och forskning	28
Behovet av en mer inkluderande omvårdnadsvetenskap	28
Personcentrerad vård	30
Problematiken med personcentrerad vård	30
KONKLUSION	31
REFERENSER	32
Referenslista	32
Bilaga 1	

INTRODUKTION

INLEDNING

Intersektionalitet är ett begrepp som har lyfts in i sjuksköterskeutbildningen men upplevs ofta som något väldigt teoretiskt och svårhanterligt. I utbildningen skall studenter ta hänsyn till faktorer som exempelvis genus, etnicitet, sexualitet och ålder. Jag upplever dock att vi studenter inte har fått tillräckliga verktyg för att kunna reflektera och analysera kring dessa faktorer. Jag ser en risk i att bristen på kunskap relaterat till dessa faktorer, kan leda till att stereotyper och skillnader blir det som lyfts upp i utbildningen. Det kan i sin tur leda till en reproducering och producering av fördomar relaterat till olika grupper i samhället. Sådana fördomar lyfts upp i omvårdnadslitteratur som ogynnsamma för vårdkvaliten.

Med min bakgrund i genusvetenskaplig teori, där intersektionalitetsbegreppet utgör en av grundvalarna, upplever jag en konflikt mellan omvårdnadsvetenskap och genusvetenskap. För att ringa in min känsla väljer jag här att citera mig själv från en uppsats skriven VT-12 på institutionen för kulturvetenskaper vid Göteborgs Universitet.

”Som sjuksköterskestudent och undersköterska har jag varit i kontakt med många situationer där jag upplevt att människors värde och integritet har negligerats. Ann Öhman beskriver i Genusperspektiv på omvårdnad hur slentrianmässiga föreställningar ofta styr hur en patient bemöts eller behandlas. ... Det har visat sig i flertalet studier att genushierarkier och stereotyper har stärkts och lever kvar i kvalitativ hälso- och sjukvårdsforskning, ändå säger sig omvårdnadsvetenskapen baseras på en värdegrund där alla människor är lika värda och skall bemötas utifrån sin person, och inte utifrån generaliseringar relaterat till exempelvis kön/genus.” Kollberg L. Personcentrerad vård – föreställningen om den oreflekterade kroppen. Göteborgs Universitet: 2012.

I denna uppsats som jag skriver på institutionen för vårdvetenskap och hälsa har jag valt att luta mig mot begreppet personcentrerad vård då detta begrepp ofta får definiera god omvårdnad i sjuksköterskeutbildningen. Jag har valt detta begrepp delvis på grund av att Personcentrerad vård är aktuellt i och med forskningen som sker på Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet, men också på grund av att begreppet säger sig ha fokus på patientens upplevelser, värderingar och sociala sammanhang vilket är intressant utifrån ett intersektionellt perspektiv. Vikten av att anlägga ett intersektionellt perspektiv på hälsa lyfts fram av Ann Öhman, forskare inom folkhälsa och vårdvetenskap.

”Genus har stor betydelse för hälsa, ohälsa och bemötande i hälso- och sjukvården. Vi vet att vissa hälsoproblem tolkas som ”manliga” eller ”kvinnliga”, vilket innebär att patienter inte får adekvat vård och rehabilitering. Att dessutom anlägga intersektionella perspektiv skulle öka kunskapen om hur genus skapas eller förändras när man tar med andra analytiska kategorier såsom social klass, etnicitet eller ålder.” Ann Öhman i Genus – populärvetenskapligt magasin från nationella sekretariatet för genusforskning. 2012:1:36.

BAKGRUND

2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (1).

Ojämsällldhet och ojämlighet i hälsa och vård

Ovan presenteras ett av de mål som Hälso- och sjukvårdslagen har upprättat, vilket sjuksköterskor skall leva upp till. *Sveriges Kommuner och Landsting* gav år 2007 ut en kunskapsöversikt relaterat till (o)jämsällldhet i hälsa och vård. Ojämsällldhet syftar på relationer mellan grupperna kvinnor och män. I denna rapport som heter *(O)jämsällldhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt* beskrivs både statistiska redovisningar om människors hälsa och ohälsa såväl som genusvetenskapliga förklaringsmodeller relaterat till dessa statistiska resultat. Exempel på ojämsällldhet inom hälsa- och sjukvård som rapporten tar upp är:

- Kvinnor står för två tredjedelar av alla sjukskrivningar.
- I alla åldersgrupper rapporterar kvinnor mer ångslan, oro och ångest än män.
- När det gäller rehabilitering får män bättre stöd än kvinnor av såväl arbetsgivare som Försäkringskassan.
- Kvinnor drabbas oftare av kvalitetsbrister i vården
- Att fler kvinnor drabbas av problem i vården kan tyda på en manlig norm inom vissa behandlingar och att vården i mindre grad är anpassad efter kvinnors behov (2).

Folkhälsorapporten från Stockholms läns landsting år 2011 beskriver att ojämligheten i hälsa består. Ojämlighet syftar till relationerna mellan olika grupper i samhället. Rapporten beskriver att utsatta grupper, som utrikesfödda personer, ensamstående mödrar, personer med låg ekonomisk standard och personer med låg utbildning upplever sämre hälsa och sämre hälsorelaterad livskvalitet än andra i samma åldrar (3).

ICNs (International Council of Nursing) etiska kod för sjuksköterskor syftar till att beskriva sjuksköterskans ansvarsområden. Den etiska koden är uppdelad i fyra huvudområden; *Sjuksköterskan och allmänheten*, *Sjuksköterskan och yrkesutövningen*, *Sjuksköterskan och professionen* och *Sjuksköterskan och medarbetare*. Den etiska koden syftar till att hjälpa sjuksköterskor att reflektera över etiska spörsml och i vidare reflektion fundera över vad god omvårdnad innebär. Sjuksköterskan har enligt ICNs etiska kod ett ansvar för allmänheten, bland annat att ”initiera och stödja åtgärder som tillgodoser, i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov.” *Sjuksköterskan skall också verka ”för en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattning hos individ, familj och samhälle respekteras.”* (4).

Kompetensbeskrivning för sjuksköterskan är framtagen av Socialstyrelsen som med denna beskrivning vill uttrycka ”rekommendationer med avseende på den legitimerade sjuksköterskans yrkeskunnande, kompetens och förhållningssätt”. Socialstyrelsen har utformat kompetensbeskrivningen efter tre huvudområden: *Omvårdnadens teori och praktik*, *Forskning, utveckling och utbildning* och *Ledarskap*. Genomgående i dessa områden beskrivs att en helhetssyn och etiskt förhållningssätt alltid ska vara närvarande (5).

Begreppsförklaringar

Inequality

Inequalities (läs olikheter) beskrivs av Weber som sociala konstruktioner vilka är situerade i sociala sammanhang och strukturer bortom den enskilda individen. Olikheterna existerar i samhällen, institutioner och familjer och är karaktäriserade som maktskillnader mellan dominanta och underordnade grupper (6).

Health inequality

Health inequality är ett begrepp som syftar på de olikheter i hälsostatus som existerar mellan olika befolkningsgrupper eller på hur hälsobestämmande faktorer är distribuerade mellan olika befolkningsgrupper (7). I denna uppsats kommer "health inequality" översättas till "olik hälsa" utifrån Urban Jarnlerts översättning i artikeln *Olik eller ojämlik hälsa?* (8).

Health inequity

Inequity är i relation till inequality ett begrepp som har en tydligare moralisk och etisk dimension. Denna dimension är resultatet av att vissa skillnader i hälsostatus mellan grupper ses som möjliga att undvika och att dessa skillnader är orättvisa. Health inequity betyder att det är en olikhet i hälsan som ses som orättvis (7). I denna uppsats kommer "health inequity" översättas till "ojämlik hälsa" utifrån Jarnlerts översättning (8).

Social rättvisa

Iris Marion Young, rättviseteoretiker, påpekar att verktyg måste hittas som kan diskutera vad social rättvisa innebär. Rättviseteorier bör handla om vilka faktorer som behövs för att människor skall kunna använda sina rättigheter och leva "det goda livet". Young gör en mycket generell beskrivning av de värden som kan känneteckna det goda livet. Dessa är:

- Möjligheten att utveckla och använda sina förmågor och att uttrycka sina erfarenheter.
- Möjligheten att ha inflytande över det man gör och över de villkor som påverkar det man gör.

Social rättvisa, menar Young, handlar om i vilken mån ett givet sammanhang kan tillhandahålla dessa möjligheter till människor. Kravet på rättvisa bör vara att alla människor i hela världen bör ha rätt till självdefinition och självbestämmande (9).

Sårbara/ marginaliserade grupper

Detta är begrepp som används i beskrivandet av grupper av människor som på grund av olika faktorer (vilka ofta är utanför deras kontroll) inte har samma möjligheter att leva i samhället på ett sådant sätt som andra mer gynnsamma grupper har (7). Young betonar att sociala grupper inte är självvalda utan är de grupper som omgivningen placerar in individer i och att de aldrig är konstanta utan tvärtom - hela tiden flytande och föränderliga (9).

Genus och ras

I Boken *Gender, Race, Class, and Health: Intersectional approaches* definieras begreppet "ras" som ett socialt konstruerat begrepp som *inte* är biologiskt eller genetiskt bundet hos en person. Ras ses som något som skapas i relationer mellan grupper och inte någonting som färgade människor "har" och vita människor inte har. Ras är ett begrepp som har en historia som inte går att ignorera och som har levt och lever kvar i många föreställningar om människan. På samma sätt ses begreppet "gender" (genus) som något som skapas i sociala relationer och inte som ett personligt attribut (10).

Teoretiska referensramar

Denna uppsats kan sägas utgå från två teoretiska referensramar. Den ena är personcentrerad vård och den andra behandlar ett intersektionellt perspektiv. För att kunna förstå den teoretiska referensram som intersektionalitetsbegreppet befinner sig inom behövs en generell genomgång som på ett övergripande sätt beskriver det intersektionella perspektivets hemvist. Följande teman kommer att belysas utifrån de två teoretiska referensramarna:

Personcentrerad vård

- *Person och ”personcentrerad”*
- *Partnerskap och bemötande*
- *Dokumentation och vårdinstitution*

Intersektionellt perspektiv

- *Ansvar, etik och moral*
- *Situated knowledge*
- *Feministisk ståndpunktsepistemologi*
- *Intersektionalitetsbegreppet*
- *Intersektionalitet och hälsa*

Personcentrerad vård

Person och ”personcentrerad”

För att kunna tala om personcentrerad vård behövs en definition av vad en person är för något. Axel Wolf diskuterar personbegreppet i sin avhandling, *Person-centered care – Possibilities, barriers and effects in hospitalised patients*, med hjälp av filosoferna Mounier, Buber och Ricœur. En person kan utifrån dessa diskussioner definieras genom sina interaktioner med andra människor såväl som i interaktionerna med sammanhangets övriga kontext. En person kan inte definieras som en isolerad enhet eller som en isolerad individ. En person är något som växer och utvecklas i mötet med andra och annat. Konceptet ”personcentrerad” kan ses som ett koncept som tar hänsyn till personens sociala värld, kontextuella faktorer i personens dagliga liv, relationer och interaktioner med andra såväl som en hänsyn till personens egna värderingar och mål (11).

Partnerskap och bemötande

I den personcentrerade vården skall patienten ses som en person i en social värld där kontextuella faktorer påverkar personens dagliga liv och där relationer med andra, personens egna värderingar och mål skall tas tillvara på i utformandet av vårdplanen. Det är viktigt att se patienten som en kapabel person som tillsammans med vårdpersonalen skall utforma en vårdplan som tar tillvara på det unika med patienten. En grundläggande förutsättning för att kunna praktisera personcentrerad vård är att patientens berättelse får ta plats i vårdmötet. Det är i berättelsen som patientens kunskaper, värderingar, möjligheter och hinder etc. lyfts upp och blir synliga. Detta är grundläggande för att en respektfull och ömsesidig vårdrelation skall kunna formas. Vårdrelationen skall ses som ett partnerskap och är en grundläggande faktor i tanken om personcentrerad vård. Det innebär att vårdaren och patienten möts som två experter på respektive område – patienten med bäst kunskap om upplevelsen att leva med sin sjukdom – och vårdgivaren med sin kunskap om sjukdomen på en mer generell nivå. Det har visat sig i forskning att om patienten inte aktivt deltar i utformningen av vården kan detta bero på att patienten inte känner sig trygg eller respekteras som person av vårdpersonalen. Detta visar att även om patienten vill vara engagerad i vården så kan deras grad av delaktighet bero på vårdgivarens oförmåga att skapa ett äkta partnerskap med patienten (11).

Dokumentation och vårdinstitution

Vikten av dokumentation lyfts upp som central i relation till personcentrerad vård. Patientens berättelse måste inkluderas i journalen och där bör även den överenskomna vårdplanen och partnerskapet få plats. Detta ger en transparens, en slags genomsynlighet, av vårdtiden samtidigt som det ger personcentrerad vård en legitimitet då man kan se vilka interventioner som gjorts och vilka mål som har uppnåtts. En annan faktor som har visat sig vara viktig för att kunna praktisera personcentrerad vård är vårdinstitutionens uppbyggnad. Trots att sjukhusstyrelser ofta omfattar konceptet av att flera discipliner skall samarbeta i vården visar flera studier att det är den biomedicinska disciplinen som dominerar i de vårdprocesser som sker. Det biomedicinska perspektivet misslyckas i att möta patientens subjektiva behov och det faktum att biomedicinen är dominant kan leda till att patienten känner sig osynlig och maktlös (11).

Intersektionellt perspektiv

Perspektiven inom denna teoretiska referensram vägrar att rama in sig i specifika kategorier då själva inramandet skulle begränsa möjligheterna att inkludera människor i respektive perspektivs strävan att uppnå social rättvisa. Själva grundvalarna bygger på öppna kategorier, flytande gränser, subjektiva upplevelser och normkritiska ansatser. Postmodern feministisk epistemologi, feministisk ståndpunktsepistemologi, poststrukturalistisk feminism, postkolonial feminism och queerteori är de kunskapsfält uppsatsen kommer att röra sig inom. Dessa beskrivs av Nina Lykke, i boken *Genusforskning – en guide till feministisk teori, metodologi och skrift*, som kunskapsfält som inte har några skarpa gränser utan överlappar varandra och som med (o)lika strategier vill verka frigörande för alla människor. Det är viktigt att poängtera att genusvetenskapliga och feministiska analysstrategier inte är inskränkta till att endast undersöka kön/genus och könsrelationer. Tvärtom kan de användas i förhållande till all möjlig forskning och kritisk teori för att på ett kritisk och problematiserande sätt undersöka och utveckla kunskap i olika ämnen. Vad som är nödvändigt hos dessa teorier är att bryta mot den avpersonaliserade, dekontextualiserade och den ansiktslösa traditionellt vetenskapliga rapporteringen. Forskaren skall träda fram och ta ansvar för sin forskning och vara tydlig med vilken position hen talar från (12).

Ansvar, etik och moral

Lykke talar om hur en postmodern epistemologi (kunskapssyn) är ett självreflexivt och kritiskt projekt som består i att problematisera och dekonstruera de skenbart stabila fundament som den vetenskapliga kunskapsproduktionen baseras på. Det innebär att kritisera och undersöka begrepp som till exempel ”objektivitet”, ”civilisation”, ”framsteg”, ”kunskap”. Med ett postmodernistiskt synsätt är inte målet att nå fram till en ”sanning”, inte heller att beskriva en universell berättelse som belyser någon slags korrekthet. Detta är nämligen omöjligt då alla kategorier är instabila, mångtydiga och oberäknliga, någonting kan ha en betydelse i en situation men få en helt annan innebörd i en annan. Den postmoderna feministiska epistemologin arbetar ständigt med att lösa frågan om hur man kan ställa sig till att allting är flytande och föränderligt, alltså att allting är relativt. Vad den postmoderna feminismen då utgår från är att det alltid måste finnas en vilja att handla moraliskt och etiskt (13). På frågan om vad som är moraliskt och etiskt korrekt kan Judith Butlers tankar om relativismen lyftas in. Butler menar att vi måste skilja på de normer som tillåter oss att andas, leva och älska och de normer som begränsar och kväver själva livsvillkoren. ”God moral” kan aldrig baseras på normer som har med rasism, misogyni (kvinnoförakt), våld eller uteslutningar att göra (14).

Situated knowledge

Ett tydligt exempel på kritiken mot modern vetenskap beskrivs i Donna Haraways text, *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective* (15), där Haraway kritiserar det objektiva seendet som påstår sig kunna separera objekt och subjekt. Haraway kallar det ”The God Trick” och menar att ett seende eller ett kunskapsanspråk aldrig kan vara neutralt, objektivt eller universellt. Tvärtom är forskaren alltid involverad, medansvarig och delaktig i den vetenskapliga analysen. Haraway talar om hur seendet aldrig är passivt utan att det verkar inkluderande och exkluderande i vad det väljer att se. All kunskap och allt seende handlar om makt och kraft att se. Detta sätt att se på kunskap och makt är inspirerat av Foucaults maktteorier och är en central punkt hos många feministiska teoretiker. Haraway menar att de forskare som situerar (positionerar) sig i sina kunskapsanspråk visar på en medvetenhet om sin position som forskare. Därmed kan de problematisera sin position och undvika att hamna i utövandet av ”The God trick”. Detta synliggörande av sin situation och kunskapens sammanhang leder till mindre partiska och förvrängda sanningar (15, 16).

Feministisk ståndpunktsepistemologi

Lykke beskriver ett spår i feminismen som kallas feministisk ståndpunktsepistemologi. Denna kunskapssyn lyfter fram vikten i att låta marginaliserade grupper tala då de anses ha ett privilegierat tillträde till kunskap om hur samhällets maktmekanismer påverkar den unika individens vardag och upplevelser. Viktigt att påpeka är att ståndpunktsepistemologin har mött stark kritik från bland annat postkolonial teori och queerteori. Kritiken menar att det finns en risk för essentiellt tänkande kring de erfarenheter och identiteter som man utgår från. Kritiken pekar också på att en grupp aldrig kan representeras som en enhet då alla grupper av människor alltid har en inre diversitet. Trots denna kritik kan feministisk ståndpunktsepistemologi lämpa sig för intersektionell forskning då marginaliserade grupper kan betraktas som grupper som har insikt i dominanta maktordningar och i de dominanta maktordningarnas eventuella intersektioner med andra maktstrukturer. Marginaliserade gruppers erfarenheter kring en ståndpunkt bör lyftas fram och få en aktiv del i kunskapsskapandet. Det bör dock alltid finnas med ett problematiserande kring tanken om enhetlighet och essentialism (17).

Intersektionalitetsbegreppet

Intersektionalitet har blivit en av de ledande analysstrategierna inom den genusvetenskapliga teoribildningen. Vikten av att analysera samspelet mellan socialt konstruerade kategorier som genus, kön, ras, etnicitet, klass, sexualitet, nationalitet etc. i specifika historiska och geografiska kontexter har blivit en erkänd analysstrategi för att kunna studera de maktrelationer som hela tiden skapas och omskas i vårt samhälle. Intersektionella analyser är inte ute efter att hitta universella sanningar utan intresset ligger i att utveckla en djupare förståelse för de sociala processer och maktrelationer som formar vårt samhälle, dess identiteter och relationer (12).

Lykke beskriver hur intersektionalitetsbegreppet fick sitt genomslag i och med att Kimberlé Crenshaw, en amerikansk feminist och juridikprofessor, skrev den berömda artikeln *Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color* (18). I denna artikel beskrev Crenshaw hur feministiska och antirasistiska diskurser hade misslyckats med att behandla de erfarenheter som färgade kvinnor upplevde. Dessa kvinnor blev varken representerade inom den feministiska rörelsen eller inom den antirasistiska rörelsen. Därför pekade Crenshaw på vikten av att använda sig av intersektionalitetsbegreppet för att kunna se hur interaktioner mellan socialt konstruerade faktorer som ras, kön och kontext påverkar och

marginaliserar människor. Hon menade att om bara ett feministiskt perspektiv används missgynnas färgade kvinnor av rasismen inom detta perspektiv på samma sätt som den antirasistiska rörelsen missar analysen av kön och genus (12, 18).

”The narratives of gender are based on the experiences of white, middle-class women, and the narratives of race are based on the experience of black men.”
(18 s. 1298)

På samma sätt som Crenshaw beskriver hur färgade kvinnor osynliggörs i feministiska och antirasistiska diskurser beskriver queerteoretiker hur intersektioner mellan sexualitet, genus, kön, ålder etc. skapar och omskapar identiteter som befinner sig utanför de normer som det feministiska huvudspåret har skapat. Vad som beskrivs här är att intersektionalitetsbegreppet kan användas och används av alla möjliga teoretiker som vill undersöka hur multipla maktrelationer påverkar individers erfarenheter både på en makronivå (institutionella sammanhang) och på en mikronivå (individuella möten)(12).

Intersektionalitet och hälsa

”Because it emerged from a very different scholarly and social justice impulse than traditionally bio medically driven scholarship on health and health disparities, feminist intersectional scholarship is a good place to look for a fresh critical approach to science” (6 s. 30)

Lynn Weber beskriver i sitt kapitel *Reconstructing the landscape of Health disparities research: Promoting Dialogue and Collaboration Between Feminist Intersectional and Biomedical Paradigms* i boken *Gender, Race, Class, and Health: Intersectional approaches* (6) hur ett feministiskt intersektionellt perspektiv behövs för att komma tillrätta med de olikheter som finns relaterat till hälsa och sjukdom. Weber menar att det biomedicinska paradigmet inte räcker till för att förstå de sociala olikhetsprocesser som påverkar hälsan. Ett av målen i det biomedicinska paradigmet är att i sina undersökningar separera effekter av bestämmande faktorer (såsom ras, genus, klass) från varandra och analysera dess påverkan på hälsa och ohälsa var och en för sig. Detta menar Weber är fel tillvägagångssätt för att förstå hur sociala faktorer påverkar hälsan. Weber menar att det intersektionella perspektivet, som används för att uppnå social rättvisa, kan bidra med värdefulla kunskaper kring hälsa. Perspektivet kan belysa hur multipla sociala olikhetsfaktorer skapas, utmanas och bibehålls, hela tiden i samspel med varandra. För att sedan forma hälsan hos hela samhällen, grupper och individer (6).

“If we hope to develop a more equitable and engaged scholarship and practice to eliminate health disparities, we must promote a more inclusive intellectual landscape to support dialogue and collaboration across intersectional, critical public health, and bio medically derived paradigms.”(6 s. 49)

Weber beskriver hur biomedicinen och feministisk intersektionalitetsteori skiljer sig åt i uppfattningarna om vad som bör undersökas för att kunna eliminera olikheter i hälsa. Det intersektionella perspektivets relationella förståelse av sociala faktorer som ras, genus, klass etc. skiljer sig radikalt från biomedicinens förståelse av dessa begrepp. Biomedicinens förståelse fokuserar inte på relationerna mellan och inom grupperna utan ser istället ras, klass, genus etc. som fasta i människors kroppar, i deras sociala roller, i deras materiella resurser och i deras kulturella traditioner. Detta innebär att biomedicinen ser ras, genus, klass och

sexualitet som någonting människor har eller är. När biomedicinen sedan har lyft ut dessa faktorer ur sitt sammanhang undersöks hur värden, handlingar, roller, materiella resurser hos underordnade grupper avviker från de dominanta gruppernas värden, roller och materiella resurser. De dominanta gruppernas värden skapas och återskapas hela tiden som den icke-ifrågasatta normen. Därmed blir faktorer som ras, klass, genus och sexualitet markörer för färgade människor, arbetarklass och underklass, kvinnor och sexuella minoriteter. Medan den vita medel- och överklassen, män och heterosexuella är och blir sedda som om de inte har någon ras, klass, genus eller sexualitet. De blir en slags neutral norm. Dessa procedurer som jämför och behandlar dominanta grupper som den omarkerade och neutrala normen undagömmar hur ras, klass, genus och sexualitet är sociala relationer mellan dominanta och underordnade grupper och gömmer då också maktens roll i producerandet och bibehållandet av sociala olikheter (6).

Ett intersektionellt perspektiv erbjuder forskaren att se och tänka kring ras, klass, genus och sexualitet som maktrelationer. Detta gör det i sin tur möjligt att förstå att dessa faktorer inte är självständiga utan att de är beroende av varandra och gemensamt förstärker och skapar maktstrukturer i samhället. Weber menar att detta intersektionella perspektiv kan öka kunskapen om hur maktrelationer mellan olika individer och grupper påverkar vem eller vilka som upplever hälsa och ohälsa. Vi bör inte titta på faktorer som genus, klass, ras och sexualitet utanför personens kontext och upplevelse av hälsa och ohälsa. Detta eftersom samspelet mellan dessa faktorer är föränderliga och kan innebära olika saker och upplevelser beroende på tid och plats (6).

PROBLEMFORMULERING

Sjuksköterskor lär sig att de skall ta hänsyn till bland annat patientens sociala situationer, genus och etnicitet. I relation till personcentrerad vård talas det om vikten av att se hela människan, en relevant fråga tycks då vara; vad är en hel människa? Vilken kompetens behöver sjuksköterskan för att kunna vårda hela människan? Vilka verktyg skall användas när detta skall göras? I denna litteraturstudie vill jag undersöka hur sjuksköterskan kan använda sig av ett intersektionellt perspektiv i sin omvårdningspraktik och vidare vilka kunskaper som krävs för att utgången skall bli den bästa för patienten.

SYFTE

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur sjuksköterskan kan använda sig av ett intersektionellt perspektiv i praktiserandet av god omvårdnad.

METOD

Metodval

I denna litteraturbaserade uppsats har jag tagit hjälp av modellen *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning* som går att finna i boken *Dags för uppsats* (19). Jag valde denna modell då dess syfte mötte syftet med min uppsats.

Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning innebär enligt Friberg bland annat att:

- Skapa sammansatt kunskap om ett specifikt fenomen för att öka förståelsen av det valda ämnet.
- Granska och analysera forskningsresultat och sedan sammanställa det till en ny helhet, vilken kan fungera som vägledande i det praktiska vårdarbetet.

- Modellen har sitt ursprung i metasyntes – som innebär att redan publicerad forskning sammanställs, analyserad och tolkas. Begreppet metasyntes, kan enligt Friberg, ses som ett samlingsnamn för forskningsaktiviteter där tidigare forskning analyseras med avsikt att skapa något nytt (19).

Jag valde i denna uppsats att inte kalla den metod jag använde för *Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning* då jag upplevde att denna formulering skulle begränsa mig i mitt arbete. Jag valde därför att kalla den metod jag skulle använda för: *Att bidra till omvårdnadsforskning och omvårdnadspraktik med grund i analys av kvalitativ forskning*. På detta vis begränsade jag inte mitt resultat till att endast möta tanken om evidensbaserad omvårdnad då jag ansåg att detta begrepp i sig är fullt med antaganden om vad god omvårdnad är och bör vara. Genom att benämna metoden med *Att bidra till omvårdnadsforskning och omvårdnadspraktik med grund i analys av kvalitativ forskning* öppnade jag upp för fler möjligheter i det kommande resultatet.

Jag kom att använda mig av en typ av metasyntes. En tolkande syntes gjordes av de artiklar som låg till grund för uppsatsen. Detta innebär att jag tolkade artiklarna och försökte fånga in deras ”helhet”. Därefter formulerade jag ett ”nytt” resultat som på ett mer konkret sätt kunde appliceras på sjuksköterskans profession (19).

Litteratursökning

Första sökningen (Tabell 1)

Utifrån syftet på uppsatsen, *Att undersöka hur sjuksköterskan kan använda sig av ett intersektionellt perspektiv i praktiserandet av god omvårdnad* plockades ett antal sökord ut. ”Intersectionality”, ”nurs*”, ”power relations”, ”nursing care”, var sökord som användes i första sökomgången då databasen Cinahl användes. Olika kombinationer av dessa sökord provades, vilket kan ses i Tabell 1, tills lämpligt antal träffar infann sig. Då sökordet ”intersectionality” gav ett begränsat antal träffar i databasen valdes att lägga till ”or ”intersectionality” utöver de andra sökorden då alla artiklar som behandlade intersektionalitet valdes att läsas igenom. Detta för att inte missa något som kunde vara relevant i relation till uppsatsens syfte.

58 träffar ansågs vara ett lämpligt antal artiklar vars abstracts kunde läsas igenom. Därefter valdes 14 artiklar ut, vars abstracts var relevanta utifrån syftet, och lästes i sin helhet för vidare bedömning. Efter en noggrann genomläsning ansågs 6 artiklar möta syftet med uppsatsen varför dessa valdes ut till vidare analys.

Andra sökningen (Tabell 2)

Denna sökning gjordes i Pubmed. Varför denna databas valdes denna gång var för att minska risken att någon relevant artikel missades. Utifrån artiklarna som hittats i första sökningen togs nya sökord ut som visat sig vara genomgående i de artiklar som hittills plockats ut. Sökorden som användes i andra sökningen var: ”health”, ”inequities”, ”social justice”, ”intersectionality”, ”nursing care”. Då sökordet ”intersectionality”, i likhet med sökningen i Cinahl, gav ett begränsat antal träffar i databasen valdes att lägga till ”or intersectionality” utöver de andra sökorden då alla artiklar som behandlade intersektionalitet valdes att läsas igenom. Återigen gjordes detta för att inte missa något som kunde vara relevant i relation till uppsatsens syfte.

77 träffar ansågs vara ett rimligt antal abstracts att läsa igenom då många av träffarna var samma träffar som lästes igenom i första sökningen. 7 abstracts mötte syftet (förutom de som

redan plockats ut i första sökningen) och därför lästes dessa 7 artiklar i sin helhet. Efter den genomläsningen valdes 4 av dessa artiklar ut till vidare analys.

Tabell 1 – Sökning utförd 120905

Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Valda artiklar	Artiklens referensnummer i uppsatsen
Intersectionality AND nurs*	Peer reviewed, 2002-2012, English language, abstract available	13	0 – ny sökning		
Power relations AND nurs*	Peer reviewed, 2002-2012, English language, abstract available	127	0 – ny sökning		
Power relations AND nursing care	Peer reviewed, 2002-2012, English language, abstract available	32	0 – ny sökning		
Nursing care AND power relations OR intersectionality	Peer reviewed, 2002-2012, English language, abstract available	58	14	6	21, 22, 24, 27, 28, 29

Tabell 2 – Sökning utförd 120909

Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa artiklar	Valda artiklar	Artiklens referensnummer i uppsatsen
Health AND inequities AND social justice OR intersectionality	2002-2012, Abstract available, English language	136	0 – ny sökning	0	
Health AND inequities AND social justice AND nursing OR intersectionality	2002-2012, Abstract available, English language	77	7	4	20, 23, 25, 26

Inklusionskriterier

- Att ett intersektionellt eller liknande perspektiv aktivt arbetades med genom hela artikeln
- Att artikeln var relevant för sjuksköterskeyrket/praktiken/vetenskapen
- Att artikeln hade reflekterat över etisk problematik
- Att artikeln ville uppnå god rättvis vård
- Att artikeln inte var äldre än från år 2002
- Att artikeln var skriven på engelska
- Att artikeln var Peer reviewed (i Cinahl)

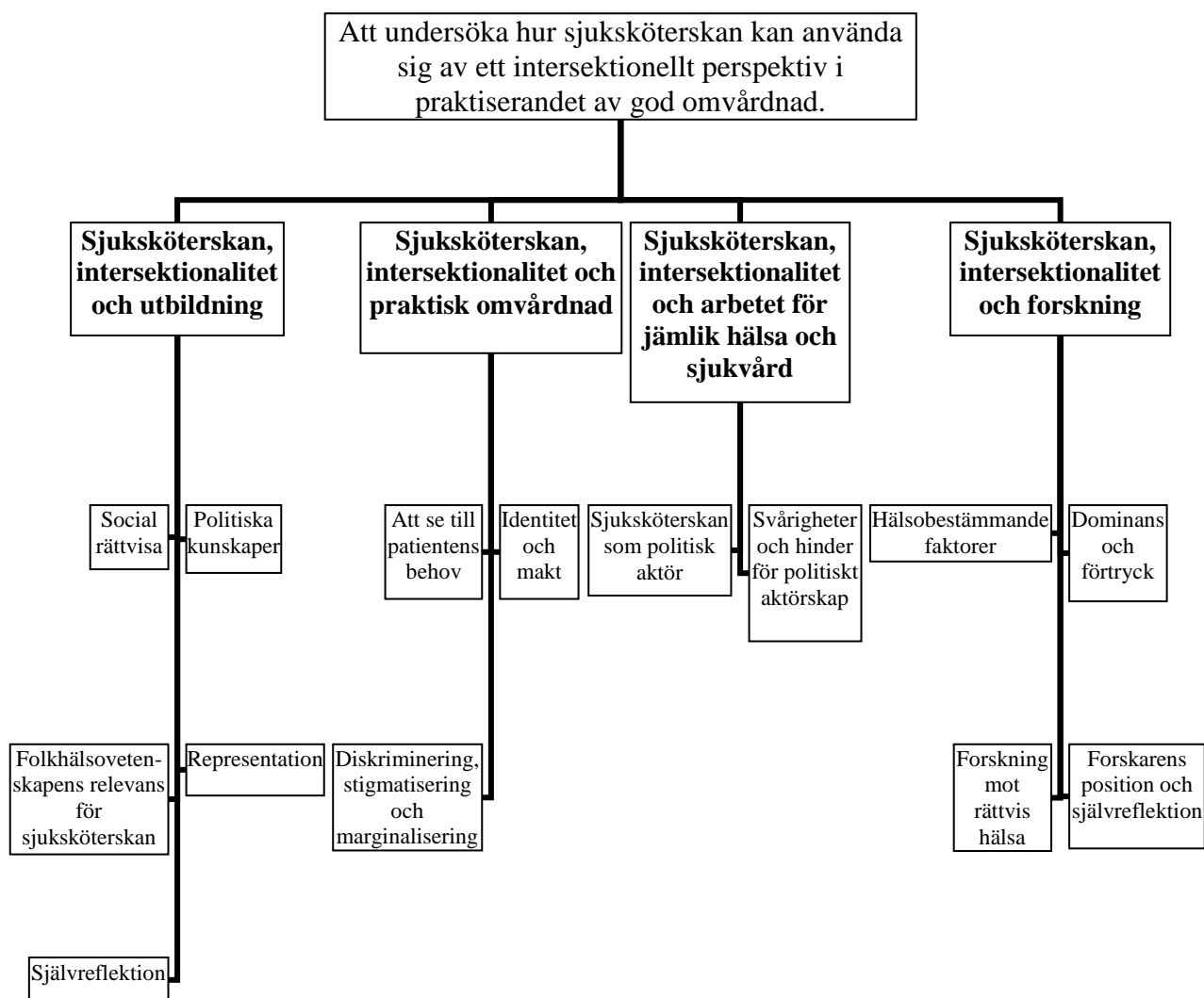
Analys

10 artiklar valdes efter noggranna överväganden ut till att utgöra materialet till denna uppsats. Artiklarna lästes igenom flertalet gånger för att få en känsla för vad de behandlade och resulterade i. Då alla artiklar inte följde den klassiska uppdelningen med inledning, metod, bakgrund etc. valdes att artiklarnas helhet (inte bara deras resultat) skulle analyseras. Det bedömdes att artiklarnas helhet var nödvändiga för att förstå författarnas tankar kring bl. a social rättvisa, intersektionalitet och omvårdnad. Utifrån den valda metodmodellen analyserades artiklarna, nyckelfynd plockades ut och de olika artiklarna relaterades till varandra och syftet genomgående under hela analysen (19). Artiklarnas likheter fördes samman och fyra övergripande kategorier skapades:

- Sjuksköterskan, intersektionalitet och utbildning
- Sjuksköterskan, intersektionalitet och praktisk omvårdnad
- Sjuksköterskan, intersektionalitet och arbetet för jämlik hälsa och sjukvård
- Sjuksköterskan, intersektionalitet och forskning

När dessa kategorier var skapade lästes artiklarna igenom i sin helhet återigen. Material sorterades in under respektive kategori. Därefter skapades subkategorier, i denna uppsats kallade teman, till de fyra kategorierna. Den slutgiltiga kategoriseringen och tematiseringen presenteras i Figur 1.

Under hela denna analys pendlade jag mellan syftet, artiklarna, kategoriseringen och tematiseringen. Detta enligt Friberg för att skapa en så god tolkning av materialet som möjligt. För att ge innebörd till kategorier och teman skapades en text till varje del utifrån artiklarna. Återigen poängteras att artiklar, kategorier och teman, och den ”nya” texten hela tiden arbetades med varandra för att känslan av min tolkning av artiklarna på ett så rättvist sätt som möjligt skulle bli redovisat i texten (19).



Figur 1. Visar uppsatsens syfte och de fyra kategorierna som togs fram i analysen, samt respektive kategoris teman.

RESULTAT

Resultatet kommer att redovisas i följande kategorier och teman (vilka togs fram enligt metoanalysen som beskrivits ovan):

SJUKSKÖTERSKAN, INTERSEKTIONALITET OCH UTBILDNING

- **Social rättvisa**
- **Politiska kunskaper**
- **Folkhälsovetenskapens relevans för sjuksköterskan**
- **Representation**
- **Självreflektion**

SJUKSKÖTERSKAN, INTERSEKTIONALITET OCH PRAKTISK OMVÅRDNAD

- **Att se till patientens behov**
- **Identitet och makt**
- **Diskriminering, stigmatisering och marginalisering**

SJUKSKÖTERSKAN, INTERSEKTIONALITET OCH ARBETET FÖR JÄMLIK HÄLSA OCH SJUKVÅRD

- **Sjuksköterskan som politisk aktör**
- **Svårigheter och hinder för politiskt aktörskap**

SJUKSKÖTERSKAN, INTERSEKTIONALITET OCH FORSKNING

- **Hälsobestämmande faktorer**
- **Dominans och Förtryck**
- **Forskning mot rättvis hälsa**
- **Forskarens position och självreflektion**

SJUKSKÖTERSKAN, INTERSEKTIONALITET OCH UTBILDNING

”We propose that nurses need a conceptual understanding of social justice that is consistent with addressing the conditions that shape inequities in healthcare.”
(20 s. 118)

Social rättvisa

Kopplingen mellan intersektionalitet och social rättvisa är stark. Intersektionalitet är i grund och botten alltid drivet av att uppnå social rättvisa (21, 22, 23). För att sjuksköterskan ska kunna använda sig av ett intersektionellt perspektiv krävs därför en förståelse av begreppet social rättvisa. Innebörden av begreppet social rättvisa bör undersökas och ingå i sjuksköterskeutbildningen. Detta kan ge en förståelse av såväl ojämlikheter inom hälso- och sjukvården som förståelse för de privilegier och förtryck som ständigt pågår i vårt samhälle (20, 24, 27) Grundutbildningen bör ge en grundläggande förståelse kring hur social rättvisa, jämlikhet och riktlinjer i hälso- och sjukvården påverkar individuella patienter såsom större patientgrupper (20, 24, 25, 26).

Författarna till artikeln *Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing* (26) ger flera konkreta förslag på hur man kan få studenterna att tänka kring social rättvisa och hur det i sin tur kan påverka patienten på individnivå. Reflektionsfrågor som exempelvis; Vem löper störst risk att utveckla dålig hälsa? Varför är det så? Vilka policys medverkar till patientens hälsosituation? Varför ser policyn ut som den gör? Vem tjänar på det? Vad är sjuksköterskans roll i att efterlysa och jobba för mer hälsofrämjande policys?, föreslås som ett sätt att öka studenternas medvetenhet kring samhälleliga ojämlikheter och hur de kan visa sig i det kliniska mötet med patienten.

Studenterna får på detta vis hjälp med att hantera och identifiera situationer där samhällsliga ojämlikheter påverkar den unika patienten (26).

Politiska kunskaper¹

Pauly et al. och Reutter et al. beskriver att en djupare förståelse av politiska faktorer bör vara det första steget för sjuksköterskan i hens undersökande av ojämlik hälsa. Läroplanen för såväl grundutbildningen som de högre utbildningarna bör hjälpa studenter att utveckla en kritisk och politisk hållning som kan hjälpa dem att förstå den samhällsliga hälsokontexten. Kunskaper om ekonomi och politik är essentiella för att kunna förstå hur omgivningsfaktorer påverkar patientens/människors hälsa (20, 26). Lärare på sjuksköterskeutbildningarna måste bli medvetna om hur institutionella företeelser; som exempelvis vilken kunskap som lärs ut, maktrelationer mellan lärare och student och lärares människosyn; kan påverka och bibehålla ojämlikheter i hälsa. Det behövs diskussioner och reflektioner kring hur nyliberalistiska antaganden om ”personligt ansvar för sin hälsa” influerar och påverkar nästa generations sjuksköterskor (20).

Folkhälsovetenskapens relevans för sjuksköterskan

Genomgående i flera av artiklarna är den nära kopplingen till folkhälsovetenskap. Doris Boutain skriver att sedan folkhälsovetenskapen fått en större plats i samhället så har sjuksköterskans fokus förskjutits från att ha vårdat samhället till att nu endast vårda enskilda individer. Denna förskjutning, menar Boutain, har lett till att sjuksköterskan har förlorat förståelsen om social rättvisa och hur det påverkar den unika individens hälsostatus och upplevelse. Med tanke på att sjuksköterskan ska se till patienten som en person i en social kontext, behöver sjuksköterskan en större inblick i den folkhälsovetenskapliga kunskapsutvecklingen för att få tillbaka förståelsen om hur de samhällsliga strukturerna påverkar individens upplevelser av hälsa och ohälsa (25).

Representation

Flera av artiklarna (20, 24, 27) pekar på att universiteten behöver anstränga sig i undersökandet av vilka grupper av studenter som antas till och fullföljer sjuksköterskeutbildningen. Det behövs forskning som undersöker vilka möjligheter och hinder det finns för studenter under utbildningen, speciell ansträngning krävs för att undersöka de möjligheter och hinder som upplevs av studenter som är marginaliserade inom utbildningen (20). Det finns forskning som har undersökt den diskriminering som marginaliserade professorer och studenter upplever inom den akademiska miljön. Denna forskning pekar på att det krävs att de som befinner sig inom den akademiska miljön behöver hitta nya sätt för att skapa en tryggare och mer tillgänglig miljö för både professorer och studenter från olika bakgrunder (20, 24). I detta arbete bör det ständigt tillämpas antirasistiska och antidiskriminerande policys (24). Lärare och studenter inom professionen skall kunna representera den diversitet av identiteter som finns i den population som de skall arbeta och arbetar med (20, 24, 27).

Självreflektion

Utbildningen spelar en viktig roll i att hjälpa sjuksköterskan att ständigt reflektera över sig själv och i hur de praktiserar sitt yrke. Självreflektionen bör vara kritiskt undersökande och ständigt närvarande under utbildningen (20, 24).

¹ Med politiska kunskaper syftas i detta sammanhang på kunskaper kring samhällsstrukturer och policys, inte på partipolitisk kunskap.

SJUKSKÖTERSKAN, INTERSEKTIONALITET OCH PRAKTISK OMVÅRDNAD

”Nurses need to shift their gaze from a predominant emphasis on individual recipients of care and a general acknowledgement of the factors that shape individual access to health care toward a broader set of social conditions, environmental factors, and structures that impact health outcomes particular for those who are experiencing health inequities as a result of poverty, homelessness, violence and other social factors.” (20 s. 118)

Att se till patientens behov

Sjuksköterskor arbetar ständigt med att utforma lämpliga individuella interventioner till familjer och individer som upplever ohälsa. Självklart skall sjuksköterskan fortsätta med detta men det krävs också en förståelse av en större kontext för att kunna se till och möta de behov som patienten upplever. Med en förståelse av patientens hälsosituation i en större kontext kan sjuksköterskan identifiera vad det är för samhällsstrukturer som påverkar denna patients hälsosituation. Om sjuksköterskan kan identifiera detta kan det resultera i att sjuksköterskan kommer att utföra en mer känslig och ickedömande vård. Ett exempel på hur bristen av sådan kunskap går ut över vården som ges beskrivs i artikeln *Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing* (27). Författarna beskriver hur vårdgivarna ofta talar om patientens compliance utan att lägga märke till varför inte patienten följer vårdgivarnas råd. Patientens ekonomiska situation kan ofta vara orsak till att patienten inte kan följa de råd som vården erbjuder. Författarna till artikeln menar att istället för att fokusera på modeller som talar om individens val bör sjuksköterskan kritiskt undersöka hur de dominanta diskurserna som styr världen påverkar patientens möjligheter att göra hälsosamma val. Det inkluderar faktorer som hur globalisering, kolonialisering, marginalisering påverkar vilka val och möjligheter patienten har att följa de råd den får av vården (27). En inadekvat förståelse av patientens sociala och historiska kontext kan alltså leda till ett okänsligt och ickevårdande möte mellan patient och sjuksköterska. Om sjuksköterskan förstår samhällseliga strukturer och ojämlikheter i dess sammanhang kan det ge sjuksköterskan en större kunskap om hur sårbara populationer upplever sina dagliga liv. För även om roten till ojämlik hälsa är strukturell så upplevs effekterna av dess strukturer på individuell nivå. Sjuksköterskan måste reflektera över hur patientens sociala kontext påverkar patientens möjligheter att ta emot vården som ges och utifrån det forma interventioner så att de blir effektiva för den unika patienten (20, 24, 26, 27).

”All nurses need to look beyond the immediate to address the inequities that give rise to their client’s health.”(26 s. 276)

I Saarino, Arman och Ekstrands studie om hur maktrelationer påverkar patienters lidande under cancerbehandling belyses hur en sårbar social situation konkret ökade patienters lidande. Patienter som upplevde sociala olikheter och sociala hierarkier hade ett större lidande. Intersektioner mellan genus, ålder, etnicitet och utbildning undersöktes i studien. Författarna kom fram till att patienter som tillhörde sårbara populationer upplevde ett större lidande än privilegierade grupper. I de privilegierade grupperna fanns exempelvis medelålders svenska män med hög utbildning. Denna grupp upplevde jämlikhet och känslan av att ha kontroll som patient. Olika sorters maktrelationer samverkade och påverkade patientens erfarenheter av hälsa och lidande. Genom att öka medvetenheten och skapa mer kunskap om hur maktrelationer påverkar mänskliga upplevelser relaterat till lidande och sjukdom kan vårdpersonal få hjälp med att förstå patienters behov i ett större sammanhang. När ett yrke (i

detta fall sjuksköterskor) ignorerar olikheter i samhället så finns det en risk att sjuksköterskor fortsätter konstruera olikheter genom att repetera stereotypa mönster (28).

Identitet och makt

Undersökandet av ens egna sociala position och identitet och även patientens borde bli inkorporerat i en reflexiv praktik som ett sätt för sjuksköterskan att undersöka hur privilegier och förtryck tar sig uttryck i de vårdande mötena. Sjuksköterskan måste börja uppmärksamma vilka identiteter som är närvarande i mötet med patienten och dessa identiteters relation till varandra. Genom att uppmärksamma detta och sätta dem i ett större sammanhang, där man kan se hur strukturella faktorer gynnar en del identiteter och missgynnar andra, kan sjuksköterskan anpassa sin vård så att hen inte reproducerar de maktrelationer som, på ett strukturellt plan, finns mellan sjuksköterskans identiteter och patientens identiteter.

Betydelsen av vårdarens och patientens identiteter undersöks i studien *Identity matters: Aboriginal mothers' experiences of accessing health care* (24) där mödrar i Kanadas inhemska befolkning, *First Nations*, *Inuits* och *Metis*, berättar om sina upplevelser av vården. Studien visar att vårdpersonalens föreställningar om patientens identiteter påverkar vården som ges, antingen på ett positivt eller negativt sätt beroende på om det finns en medvetenhet hos sjuksköterskan om patientens situation eller inte. Sjuksköterskan måste bli medveten om att det ibland krävs specifika ansträngningar för att bekräfta vissa patienter, här i exemplet med aboriginska mödrar. Sjuksköterskan måste sätta sig in i de värderingar, historiska erfarenheter etc. som patienten upplever i mötet mellan sina och vårdarens identiteter. Sjuksköterskan måste undersöka identiteter som en del av vårdmötet, sjuksköterskan bör fokusera på betydelsen av sina egna identiteter och vilka värderingar de signalerar till patienten. Det fokuseras ofta på de marginaliserade populationernas identiteter och hur man kan hjälpa dem att få den vård de behöver. Vårdgivaren måste dock inse att problemet också ligger i vad det är med hens egen kultur och identiteter som gör att det är svårt för människor att känna sig säkra när de söker och tar emot vård (24).

Van Herk et al. (27) menar att sjuksköterskan måste ta ett eget personligt initiativ och undersöka hur makt, privilegier och förtryck tar sig uttryck i sjuksköterskans praktiska arbete. Medvetenhet om att biomedicinens dominans formar sjuksköterskor är viktig. Utan denna personliga medvetenhet missar sjuksköterskan möjligheter att kritiskt undersöka vilka biomedicinska maktmekanismer som ingår i och påverkar den vård sjuksköterskan ger. Dominansen av den vita, västerländska och biomedicinska förståelsen av vad hälsa och ohälsa är för något påverkar sjuksköterskor. Om sjuksköterskor är omedvetna om detta kommer de, trots alla goda intentioner, riskera att påtvinga marginaliserade grupper de dominanta diskurser och värden som verkar förtryckande mot dessa grupper och individer. Intersektionalitet kan hjälpa sjuksköterskan att bli medveten om de maktrelationer som hela tiden finns runt omkring en i relation till ens varande, inklusive ens sociopolitiska situation och ens historiska position. Därtill finns ytterligare ett antal maktfaktorer som påverkar i mötet med patienten (27). Undersökandet av sina egna identiteter har betydelse för sjuksköterskan i hens strävan att ge säker vård till olika populationer och unika individer. Studien om de aboriginska mödrarna indikerar att ett intersektionellt perspektiv har potential att hjälpa sjuksköterskan att noggrant undersöka och lägga märke till de nyanserade sätt som makt medverkar i de vårdande relationerna (24).

Diskriminering, stigmatisering och marginalisering

”Even if a person does not intend to act in a discriminatory manner his/her historical location as a member of a privileged group is implied by and implies the systematic and historical relations that sustain his/her existing locations as a privileged member of society.” (27 s. 36)

För att kunna påverka ojämlikheter i hälsa måste sjuksköterskan undersöka bakomliggande orsaker till varför vissa människor upplever ojämlik hälsa. Sjuksköterskan måste till exempel börja problematisera den diskriminering och stigmatisering som en del människor upplever när de söker vård. Det kan vara människor som är missgynnade i vårt samhälle relaterat till exempelvis klass, genus, ras etc. Det räcker inte att sjuksköterskan har kulturell kompetens i mötet med marginaliserade grupper, sjuksköterskan måste också ha en kunskap om hur strukturella faktorer såsom rasism och sexism påverkar vem som har tillgång till god vård. Om inte denna kunskap om strukturer finns kan jämlik hälsa ej uppnås. De som är marginaliserade inom hälso- och sjukvårdssystemen är ofta missförstådda av vårdgivaren. Det resulterar i att det skapas en klyfta mellan vårdgivare och patient som i sin tur kan leda till att patienten får sämre vård som inte tar hänsyn till vem patienten är som människa (20, 26).

Professionella attityder och värderingar hos sjuksköterskor har ett klart inflytande i de ojämlikheter som finns inom hälso- och sjukvården, vilka tjänster som erbjuds, hur de erbjuds och vilka ansträngningar som görs. Därför måste sjuksköterskor synliggöra vilka moraliska värderingar som ligger bakom deras val av handlingar. Sjuksköterskor behöver reflektera mer kritiskt till deras egna antaganden om människor och fundera över hur deras egna handlingar kan medverka i marginaliserande diskurser och praktiker som skapar och fasthåller ojämlikheter (20, 26).

SJUKSKÖTERSKAN, INTERSEKTIONALITET OCH ARBETET FÖR JÄMLIK HÄLSA OCH SJUKVÅRD

”As a nurse-clinican I cannot wait for social change to occur without seeking effective interventions for my patients who are suffering ill health. As a proponent of feminist intersectionality I cannot restrict my view to proximate and surface causes of illness and inequality and fail to take social action to address the social injustice of health disparities.” (21 s. 54)

Sjuksköterskan som politisk aktör

”Embracing social justice as a way to address inequities in health returns us [sjuksköterskor] to our roots as leaders in improving the social conditions of peoples lives with the goal of health for all people.” (20 s. 124)

I flera av artiklarna i denna litteraturstudie uppmärksammas att sjuksköterskor har en utmärkt utgångspunkt från vart de kan starta en kamp för människors rättigheter inklusive människors rätt till god vård (20, 21, 26, 27). Situerade i patienters dagliga liv och samtidigt inom organisationer kan de tillsammans samla krafter för att peka ut ojämlikheter i hälsan och sedan genom socialt och politiskt aktörskap kämpa för marginaliserade människors rätt till hälsa. Sjuksköterskan bör samla in historier från marginaliserade människors dagliga liv och öka medvetenheten om de ojämlikheter som existerar. Sjuksköterskeorganisationer kan anta en roll som förespråkare och samordnande i mobiliserandet som kan ge röst åt alla människor

som upplever ohälsa. Det finns en styrka i dessa organisationers stora och differentierade kollektiv. Återigen pekas det på sjuksköterskans utmärkta position för detta arbete i och med deras involvering i patienternas dagliga liv där det politiska ständigt möter det personliga. Denna specifika kunskap om hur sociala och institutionella processer påverkar den unika människans liv är unik och borde tas vara på i kampen för alla människors rätt till hälsa (20, 26, 27).

”Promoting social justice and health equity fits well with nursing’s historical and philosophical roots.” (26 s. 273)

För att nå jämlik hälsa krävs engagemang från ledningars håll såväl som socialt engagemang från det civila samhället. Författarna anser att sjuksköterskeorganisationer, som en del i det civila samhället, behöver anta dessa frågor på ett mer engagerat och målinriktat sätt. Arbetet med att förändra hälsopolicys är en nyckelstrategi i arbetet för att minska ojämlikheter (26).

“We need to ensure that healthy public policy addresses the ways in which inequities in access to healthcare interacts with access to social resources and with institutionalized oppression to produce inequities in health outcomes.” (20 s. 125)

Reutter et al. lyfter upp att flera stora sjuksköterskeorganisationer har pekat på sjuksköterskans ansvar i att arbeta för social rättvisa inklusive jämlik hälsa. Bland annat ICN fokuserar mycket på hur sjuksköterskan kan arbeta för att motarbeta olik och ojämlik hälsa hos befolkningen (26). Inkorporerandet av ett intersektionellt perspektiv kan hjälpa sjuksköterskor i arbetet med att sträva efter de rättviseideal som finns inom professionen. Genom att inkludera ”andras” röster i skapandet och utvecklandet av sjuksköterskeutbildningen, forskningen och praktiken skulle sjuksköterskor kunna komma närmare målet om social rättvisa och lika vård för alla (27).

Då sjuksköterskor i sitt dagliga patientarbete har mycket lite tid för att kunna förstå sina patienter måste sjuksköterskor ifrågasätta det system som prioriterar ekonomi och effektivitet framför den tid, utbildning och de resurser som de behöver för att kunna möta alla människor och ge dem den vård de har rätt till. Sjuksköterskor har inte bara blivit utbildade i att ge alla människor god vård utan själva professionen och legitimationen kräver detta av alla sjuksköterskor (27).

Svårigheter och hinder för politiskt aktörskap

Inadekvat kunskap och bristen på politisk kompetens har identifierats av många omvårdnadsforskare som ett hinder i att inkludera sjuksköterskor i utformandet och förändringsarbetet av riktlinjer inom hälso- och sjukvården. Andra hinder är att sjuksköterskan har så hög arbetsbelastning att tid och energi ofta saknas för att kunna engagera sig politiskt. Arbetsplatser som inte fokuserar på patienternas sociala kontext är också hinder för en sjuksköterska som vill arbeta för patientens rättigheter till god hälsa och vård. Om organisationen inte anstränger sig för att minska ojämlikheter genom policyförändringar är det väldigt svårt för sjuksköterskor att ta sig an denna uppgift, även om de har kunskapen och förmågan. Känslan av att arbeta på ett sätt som organisationen inte ställer sig bakom kan vara obehaglig och rädslan för att förlora sitt jobb försvårar sjuksköterskans situation (26). Bernadette et al. påpekar problemet med att sjuksköterskan ej har tillgång till ett dokumentationssystem som kan stödja sjuksköterskan i hens arbete med patientens sociala och intersektionella liv. Språket, tiden, datorsystemet och det institutionella

stödet saknas ofta för att sjuksköterskan skall kunna dokumentera, och på så vis även legitimera, arbetet kring patientens sociala situation och upplevelser (20).

SJUKSKÖTERSKAN, INTERSEKTIONALITET OCH FORSKNING

“A researcher using an intersectional approach is actively working to unveil power inequity and build knowledge that eliminates unjust ideology, practice and research. The ultimate goal of intersectionality research goes beyond achieving statistically significant results to achieving social justice.”(23 s. 405)

Hälsobestämmande faktorer

Det biomedicinska synsätt som har dominerat och fortsätter att dominera forskning inom hälsa och ohälsa skapar artificiella skillnader mellan medicinska och sociala faktorer påverkan på hälsan. Från ett intersektionellt perspektiv är det viktigt att identifiera de villkor som influerar hälsan på både ett medicinskt och socialt plan. Om forskare inte gör detta utan fortsätter att separera medicinska och sociala faktorer påverkan på hälsan kommer forskningen inte kunna möta och undersöka de ojämlikheter som finns relaterat till människors hälsa och ohälsa. Det är dags att gå framåt och identifiera och märka ut hur mycket det sociala påverkar hälsan, framför allt hos underprivilegierade grupper. Vidare bör också konsekvenserna av den ständiga ohälsa som ofta drabbar underprivilegierade grupper undersökas. För att kunna minska ojämlikheterna i hälsa måste alla de sammanhängande förtrycken, som bidrar till ohälsa, identifieras inom hälso- och sjukvårdsforskning (20, 22, 23).

“There is a need for coherent theoretical framework that help to explain the dynamic interrelationships among the social and biological determinants of health” (22 s. 274)

Forskare som utgår från ett intersektionellt perspektiv har påvisat det problematiska med att bara analysera en ensam faktor, exempelvis genus. När man bara fokuserar på genus så riskerar man att behandla alla kvinnor likadant och missa det faktum att det finns enorma skillnader inom gruppen och att genus är en flytande och föränderlig faktor. Man missar också det faktum att ekonomi, ras, funktionalitet, geografi, sexualitet etc. finns med i skapandet av genus. En analys som bara fokuserar på en hälsobestämmande faktor (genus i detta exempel) är också problematisk på det viset att det innebär att andra normer och faktorer inte problematiseras. Normativa antaganden om medelklass, heterosexualitet, funktionalitet och vithet problematiseras då inte och detta innebär att det fortsätter att skapas kunskap som är bäst anpassad för de människor som befinner sig innanför de normativa ramar som finns i vårt västerländska samhälle (24, 29). Fokus på endast genus resulterar ofta i analyser om skillnader mellan kvinnor och män, det skapar falska motsatsförhållanden som missar den diversitet som finns inom grupperna kvinnor och män. Inom sådana diskurser finns inte plats för intersexpersoner, transpersoner och andra individer som inte identifierar sig som kvinna eller man. Därför kan ett intersektionellt perspektiv, med sin förmåga att öppna upp kategorier och analyser, även inkludera personer som befinner sig utanför tvåkönsmodellen i de undersökningar som görs inom hälso- och sjukvårdsforskning (29). Från ett intersektionellt perspektiv är multipla faktorer alltid med i skapandet av människors liv och hälsoerfarenheter. Detta perspektiv visar vikten av att hitta nya sätt att beskriva komplexiteten i mänskligt liv och dess upplevelser (21, 22, 23, 24, 27, 29)

Intersektionalitet utmanar också tanken om att alla intersektioner alltid skulle vara relevanta. Genom att använda ett intersektionellt perspektiv kan man visa att vissa faktorer, såsom genus, etnicitet och klass, ibland är ”tysta”, alltså att de inte har någon betydelse i en specifik situation, på en specifik plats eller i ett specifikt möte. Intersektionalitet erbjuder ett perspektiv som är situerat i världen och som därför på ett mer realistiskt sätt kan beskriva hälsobestämmande faktorer. Det är ett perspektiv som komplicerar forskningen och som har höga intellektuella krav då perspektivet inte ser identiteter som entydiga utan istället ser hur olika influenser på ett komplext sätt är med och påverkar forandet av människor. Intersektionalitet ger därför en mer nyanserad bild av hur hälsa och ohälsa påverkar människan. Intersektionalitet omfamnar, istället för att undvika, komplexiteten som är nödvändig för att kunna förstå de sociala orättvisor som manifesteras i ojämlik hälsa. Ett intersektionellt perspektiv har potential att skapa en mer inkluderande och noggrann kunskap om mänskligt liv och dess hälsobehov (24, 26).

Sjuksköterskan behöver omvårdnadsforskning som tar hänsyn till intersektioner mellan klass, ras, genus etc. då människor upplever sina liv utifrån dessa faktorer och för att omvårdnadsforskningen bör sträva efter att fånga människors upplevelser. Frågor som rasism, sexism och klasskillnader ses ofta som något sjuksköterskan inte skall studera, utan hen lär sig att se varje patient som en unik individ. Van Herk et al. menar dock att det är viktigt att synliggöra historiska, samhälleliga och sociala sammanhang för att verkligen kunna möta patienter där de befinner sig. Omvårdnad behöver ett teoretiskt ramverk som kan ta hänsyn till de multipla sociala positioner som individer befinner sig i och ett ramverk som kan undersöka den sociala, historiska, politiska och ekonomiska kontexten av hälsa och sjukdom (27).

Dominans och Förtryck

”The tenets of biomedical science that were developed by the dominant group, white men, are operationalized in a hierarchical structure, in which the researcher is the source and developer of knowledge about subjects and their illness.” (21 s. 45)

Forskare från både biomedicinen och samhällsvetenskapen har identifierat biomedicinens misslyckande med att minska olikheterna i hälsan hos befolkningen. Ett intersektionellt perspektiv söker efter en kunskapsutveckling som kommer från de förtrycktas perspektiv hellre än kunskap från den dominanta gruppens perspektiv. Därför kritiserar biomedicinen då den är utvecklad av vårt samhälles mest dominant grupp, vita män. I och med detta har hälsa och ohälsa förklarats och arbetats med utifrån denna grupps frågor, upplevelser och behov. Intersektionalitet erbjuder redskap som kan utmana accepterade och idealiserade normer då analyserna istället kan utgå från de människor som är mest utsatta istället för att analyserna utgår från normen. Det finns alltid ett fokus på makt – vem som har rätt att definiera vem (21, 22).

”Most conversations about cultural difference depend upon and reproduce a privileged white norm” (27 s. 31)

Det finns få resurser som kan hjälpa sjuksköterskor att känna igen oförtjänta privilegier eller som kan hjälpa dem att bli medvetna om den vita normen inom omvårdnad. Det finns också få verktyg tillgängliga för sjuksköterskor för att de skall kunna lägga märke till andra typer av maktförhållanden som är relaterade till exempelvis genus, socioekonomisk status, funktionalitet och sexualitet, vilka alla existerar i sjuksköterskors vardag. Genom att

introducera ett intersektionellt perspektiv i omvårdnadsforskning tillförs en möjlighet för sjuksköterskor att engagera sig i kritiska dialoger angående deras egna förtryck och privilegier och vad dessa i sin tur har för påverkan på deras förmåga att agera professionellt. Det kan påverka sjuksköterskors förmåga att förstå och svara på de komplexa behov som finns i det multikulturella samhälle som de arbetar i. Analyser om hur rasism påverkar hälsan kan visa på hur makt och förtryck kan göra att marginaliserade populationer får mindre tillgång till- och sämre vård. Utan att känna till hur sociala positioner hos individer påverkar deras levda erfarenheter och möjligheter blir omvårdnads-interventioner mindre effektiva, mindre kompetenta och mindre vårdande (27).

“In a sense, being white means that you have the privilege of not having to reflect on your own identity” (27 s. 31)

Kunskap om hur det är att leva med ojämlikheter bör användas i forskning. Denna forskning bör ge röst åt sårbara populationer för att kunna blottlägga kontextuella faktorer som kan påverka de individbaserade riskfaktorer såväl som den hälsa och den sjukvård dessa populationer har tillgång till. Detta inifrån-perspektiv kan avslöja de tillgångar och den motståndskraft som sårbara populationer innehar vilket i sin tur kan ogiltigförklara de myter och stereotyper som leder till diskriminerande och stigmatiserande praktiker inom vården. Eftersom ojämlikheter i hälsa är resultatet av de attityder, övertygelser och handlingar hos dem som inte upplever ojämlikheter skulle det behövas forskning som belyser överordnade grupper syn på sårbara grupper situationer. En sådan forskning skulle kunna skapa en medvetenhet kring hur det kan vara att antingen leva med privilegier eller under förtryckande mekanismer (26).

Forskning mot jämlik hälsa

“It is worth noting that nursing literature, despite significant scholarship in health disparities, rarely considers the feminist intersectionality paradigm. Likewise, despite extensive discussion of the need for interdisciplinary scholarship and integration of feminist intersectionality in health disparities research, the discipline of nursing and nursing scholarship are absent in the feminist intersectionality literature. Scholarship and action within each of these disciplines would be strengthened by interdisciplinary collaboration.” (21 s. 54)

Om forskare inte applicerar ett intersektionellt perspektiv på all hälsoforskning kommer troligtvis inte jämlik hälsa att inträffa. Forskare inom omvårdnad bör använda sig av ett intersektionellt perspektiv tillsammans med biomedicinsk forskning för att på så sätt arbeta mot målet, som är social rättvisa, och samtidigt identifiera orsaker och behandlingar av hälsoproblem. Dessa två perspektiv bör användas och stödjer den utbredda diskussion som finns relaterat till behovet av integrering av olika vetenskaper. Omvårdnadsvetenskapen och intersektionell vetenskap skulle båda bli styrkta av ett tvärvetenskapligt samarbete. Feministisk intersektionalitet är ett sätt att kunna forska om ojämlikhet inom hälso- och sjukvården. Ett upphöjande av ett intersektionellt perspektiv inom forskning om hälsa och ohälsa är ett mycket viktigt steg mot jämlikhet inom hälso- och sjukvården och mot social rättvisa (20, 21, 22, 26, 27).

Forskarens position och självreflektion

Forskare bör vara medvetna om *varför* de väljer att undersöka vissa intersektioner, grupper och kategorier av människor och inte bara förklara *att* och *vad* de undersöker. Forskare bör

diskutera sina valda kategorier och inte bara använda kategorier utan att problematisera dessa. De kategorier som används jämförs alltid mot någonting annat. Forskaren måste vara självkritisk och normkritisk så att inte normen som kategorierna jämförs med är skapad av vita, funktionella, medelklassmän (21, 22). Ett intersektionellt perspektiv uppmuntrar forskaren att reflektera över det komplexa i sin egen sociala situation, hur forskarens värden, erfarenheter och intressen formar vilken typ av forskning hen bedriver inklusive vilka problem forskaren väljer att undersöka och hur hans sätt att se på problemen påverkar populationen (29).

Att inkorporera ett intersektionellt perspektiv i omvårdnadsforskning skulle innebära stora förändringar (21, 23, 27). Synen på kunskap och på vad som bör undersökas skulle ifrågasättas och forskningen skulle tvingas till en självkritisk hållning som inte har varit självklar i disciplinen tidigare. Det intersektionella perspektivet utmanar vedertagna begrepp, antaganden och kategorier som finns inom omvårdnaden. Till exempel vad mänskligt liv innebär, vad som är god omvårdnad och hur man kan se på den autonoma patienten. Med ett intersektionellt perspektiv problematiseras en människas autonomi då maktrelationer hela tiden skapar och omskapar en människas möjligheter att göra hälsosamma val. Vad ett hälsosamt val är för något blir också problematiserat då ett intersektionellt perspektiv kräver att sjuksköterskor omvärderar sin syn på vad hälsa och ohälsa är för något och problematiserar den biomedicinska och västerländska tolkningen som dominerar sjuksköterskors sätt att se på hälsa och ohälsa idag. Då intersektionalitet är drivet av att uppnå social rättvisa måste omvårdnadsforskningen först och främst ta sig an detta begrepp och fundera över vilka människor som hittills har inkluderats respektive exkluderats i forskning (20, 21, 22, 23, 26, 27, 29).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Genusvetenskap kontra omvårdnadsvetenskap

Då intersektionalitetsbegreppet är ett såpass komplext begrepp som inte är vedertaget inom omvårdnadsforskning upplevde jag att det krävdes en genomgång och presentation av begreppets historia och teoretiska hemvist i bakgrunden. Jag stödjer mig i detta resonemang på Webers diskussioner om att en förståelse av de aktuella analysverktygen inom respektive vetenskap inte räcker. Hon menar att det också krävs en förståelse av vetenskapernas olika historiska, politiska och sociala villkor (6). Detta anser jag motiverar den genusvetenskapliga inriktning som bakgrunden i denna uppsats kom att hamna i.

Redan i skrivandet av bakgrunden upplevdes det svåra i att arbeta över disciplinräns. Jag anser att själva beskrivandet av intersektionalitetsbegreppet och genusvetenskaplig teori kräver ständig positionering av mig själv, reflektion kring varför jag väljer att beskriva fenomenen på det viset jag gör och vad jag väljer att inkludera och exkludera. Ursula Kelly sätter ord på vad jag har upplevt när hon beskriver hur forskare som arbetar över dessa olika kunskapsparadigm (det biomedicinska respektive ett intersektionellt paradigm) hela tiden måste anpassa sig till hur de olika paradigmen ser på kunskapsskapande och god vetenskap (21). Även Weber diskuterar det svåra i det språkliga arbetet när man arbetar över disciplinräns. Begrepp, formuleringar, metoder och självklara antaganden kan se mycket olika ut i respektive vetenskap. Hon menar att det därför krävs en respekt för varandras

intellektuella och sociala positioner om ett utbyte och ett gott samarbete skall kunna ske över disciplinränder (6).

Litteratursökningen

Då det ej tillåts att i resultatet referera till annan litteratur än de artiklar som tagits fram i litteratursökningen i databaser anser jag att kunskap och analyser riskerar att missas. Endast kunskap som redan är erkänd får ta plats i resultaten i de flesta litteraturbaserade omvårdnadsvetenskapliga kandidatuppsatser som produceras på *Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet*. Jag anser att detta är begränsande för både studenternas och omvårdnadsvetenskapens kunskaps- och analysutveckling. Som resultatet i denna uppsats beskriver, uppmuntrar ett intersektionellt perspektiv också kunskap från icke-vetenskapligt håll då den kunskapen inte nödvändigtvis är färgad av de redan bestämda ramar och hierarkier som finns inom respektive vetenskap. I bakgrunden beskrevs feministisk ståndpunktsepistemologi, som har en tanke om att kunskap bör hämtas från marginaliserade människors upplevelser och kunskaper. Denna sortens kunskap har svårt att få plats i ett resultat som endast är utformat av vetenskapliga artiklar hämtade från vetenskapliga databaser där själva sökningen och sökorden skall följa en överordnad tanke om hur man bäst hittar litteratur och skapar kunskap.

Ansvar och analys

Analysen och valen av både artiklarna och de kategorier och teman som jag har skapat är mycket färgade av min position som forskare. Som Haraway menar kan ett seende aldrig vara passivt utan är alltid aktivt i vad det väljer att se och inte se (15). Jag har i läsandet av artiklarna aktivt valt ut material som jag har tyckt tillfört någonting till uppsatsen i relation till mitt syfte. Jag har skapat kategorier och teman med hjälp av mina erfarenheter och föreställningar om vad som är relevant utifrån ett genusvetenskapligt och omvårdnadsvetenskapligt perspektiv. Mina tolkningar av artiklarna har varit avgörande i skapandet av resultatet, dess kategorier, teman och text. Vad som har varit viktigt för mig i utformandet av resultatet har varit att kunskapen som skapas inte skall begränsa människor i deras varande utan istället verka för en mer inkluderande och rättvis sjukvård. Utifrån ett feministiskt postmodernt förhållningssätt är det alltid av största vikt att forskaren träder fram och tar ansvar för vad den skapar. Därför har jag ständigt reflekterat över vad jag skrivit, vad det kan få för konsekvenser och hur de artiklar jag använt mig av reflekterat över etiska frågor. Vad jag anser är problematiskt, utifrån mina erfarenheter, är att jag inte kunnat skriva ut mina reflektioner och min position i resultatet och i metoden. Genom att ignorera sin egna politiska position och strävan har vi, enligt Lykkes resonemang kring Sandra Hardings teorier, mindre chans att närma oss "god" vetenskaplig kunskap (16). Jag ställer mig därför frågande till de formaliska krav som denna uppsats kräver av mig, då de har gjort att jag har haft begränsade möjligheter att själv träda fram och erkänna min del i kunskapsskapandet. Jag anser att studenter, med sina olika erfarenheter och kunskaper, borde få större plats och möjlighet att utforma och analysera sina kandidatuppsatser efter deras specifika kunskaper om världen. Detta blir svårt när det i riktlinjerna till uppsatsskrivandet står: "*Kunskapsområdets karaktär och tradition utgör bakgrunden för bedömning av den teoretiska och metodologiska kompetensen*" (30). Som student är man i en underordnad position och vill man bli godkänd krävs alltså att man underkastar sig de traditioner som säger sig veta vad god teoretisk och metodologisk kompetens är för något. Om man hade fått utmana omvårdnadsvetenskapens traditioner och metodologiska ansatser tror jag att omvårdnadsvetenskapen skulle utvecklas mer och att studenter skulle bli mer motiverade till att göra egna analyser och värdesätta dessa på ett helt nytt sätt.

Artiklarnas begränsningar

Artiklarna som ligger till grund för denna litteraturstudie är skrivna i Canada, USA och en i Sverige. Canada har visat sig vara i framkant när det gäller att forska på omvårdnad, intersektionalitet och social rättvisa i relation till hälso- och sjukvård. Forskning från Sverige som har ett genusperspektiv eller intersektionellt perspektiv på omvårdnad har varit svårt att hitta. Detta har varit en begränsning i detta arbete då brist på svenska studier försvårar applicerandet av forskningen på en svensk hälso- och sjukvårdskontext. Vad gäller de artiklar jag har använt mig av har jag ändå bedömt att deras resultat och analyser är applicerbara på sjuksköterskans profession i Sverige. Ett exempel på hur kunskaper kan överföras över landsgränser är studien från Canada om de aboriginska mödrarna (24), där jag anser att analyserna till stor del kan överföras till en svensk kontext för att diskutera hur vissa befolkningsgrupper i Sverige drabbas av diskriminering och stigmatisering.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet föll ut i fyra kategorier:

- Sjuksköterskan, intersektionalitet och utbildning
- Sjuksköterskan, intersektionalitet och praktisk omvårdnad
- Sjuksköterskan, intersektionalitet och arbetet för jämlik hälsa och sjukvård
- Sjuksköterskan, intersektionalitet och forskning

Dessa har en hel del likheter med *Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor*. Därför anser jag att det är tydligt att resultatet är relevant för den praktiserande sjuksköterskan. Kompetensbeskrivningen visar att sjuksköterskans ansvarsområde sträcker sig utanför det praktiska omvårdnadsarbetet och även inkluderar utbildning och forskning (5). Kategorin *Sjuksköterskan, intersektionalitet och arbetet för jämlik hälsa och sjukvård* är relevant för sjuksköterskor utifrån *ICN:s etiska kod* som bland annat beskriver att sjuksköterskor skall ”*initiera och stödja åtgärder som tillgodoser, i synnerhet svaga befolkningsgruppers hälsa och sociala behov*”. Jag anser att resultatets fyra kategorier därför är relevanta i reflektioner kring vad god omvårdnad är och bör vara (4, 5).

I den här resultatdiskussionen kommer jag att reflektera utifrån mitt resultat och i mina resonemang ta stöd av andra forskares tankar och reflektioner kring sjuksköterskan, personcentrerad vård, intersektionalitet, människan och omvårdnadsvetenskap. Jag kommer att vara selektiv i resultatdiskussionen och lyfta upp ämnen från resultatet som jag anser behöver problematiseras och analyseras ytterligare. Detta för att jag vill ha möjlighet och plats att utveckla de analyser jag gör till en högre nivå. Friberg stödjer denna selektiva metod då hon menar att en djupare analys av resultatets alla delar ej hinns med i en uppsats på kandidatnivå (31).

Följande teman kommer att lyftas upp i resultatdiskussionen och placeras under den resultatkategori som de passar bäst in under. Dessa diskussionsteman blev till i min egen läsning av resultatet och syftar till att ringa in och göra vidare analyser av, enligt mig, intressanta delar i resultatet. Samtidigt fanns en vilja att, med hjälp av uppsatsens teoretiska bakgrund, knyta samman intressanta aspekter i bakgrunden med resultatet och det var även i denna vilja som dessa diskussionsteman skapades:

- Sjuksköterskeutbildningen
- Självreflektion och normkritik
- Vems behov formar vården?

- Behovet av att sjuksköterskan står upp för tid och utbildning
- Behovet av en mer inkluderande omvårdnadsvetenskap
- Problematiken med personcentrerad vård

Viktigt att påpeka är att de analyser som görs i diskussionen kan vara flytande och inte är begränsade till att endast fungera under respektive kategori. Kategoriseringen av diskussionsteman har gjorts därför att läsaren bättre skall kunna följa resonemangen efter att ha läst resultatdelen. I varje kategori kommer en kortfattad inledning att beskriva vad resultatet i respektive kategori kom fram till. En ytterligare kategori, *Personcentrerad vård*, kommer att avsluta diskussionen. Detta för att med stöd av resultatet och diskussionerna kring de fyra första kategorierna, reflektera kring den praktiska problematik som den personcentrerade vården står inför. Resultatdiskussionen kommer att presenteras på följande vis:

Sjuksköterskan, intersektionalitet och utbildning

- *Sjuksköterskeutbildningen*

Sjuksköterskan, intersektionalitet och praktisk omvårdnad

- *Självreflektion och normkritik*

Sjuksköterskan, intersektionalitet och arbetet för jämlik hälsa och sjukvård

- *Vems behov formar vården?*
- *Behovet av att sjuksköterskan står upp för tid och utbildning*

Sjuksköterskan, intersektionalitet och forskning

- *Behovet av en mer inkluderande omvårdnadsvetenskap*

Personcentrerad vård

- *Problematiken med personcentrerad vård*

Sjuksköterskan, intersektionalitet och utbildning

I resultatet lyfts i denna kategori följande teman upp: *Social rättvisa, Politiska kunskaper, Folkhälsovetenskapens relevans för sjuksköterskan, Representation och Självreflektion*. Resultatet visar att kunskap om social rättvisa och politik är viktigt att lära ut i sjuksköterskeutbildningen. Förslag på hur detta kan göras och lärarnas del i studenternas kunskapsutveckling poängteras. Vidare beskrivs att sjuksköterskor har förlorat den kunskap de förut hade relaterat till folkhälsa. Resultatet pekar därför mot att sjuksköterskor måste, på ett mer avancerat plan än vad som görs idag, ta del av folkhälsovetenskapens rika kunskap kring hur människor i vårt samhälle upplever hälsa och ohälsa. Antirasistiska och antidiskriminerande policys lyfts i resultatet upp som essentiella i relation till vilka studenter och lärare som dominerar respektive är marginaliserade inom sjuksköterskeutbildningen.

Sjuksköterskeutbildningen

I resultatet lyfts det fram att kunskaper om social rättvisa och politik bör få en större plats i sjuksköterskeutbildningen. Jag är medveten om att de tre år som sjuksköterskeutbildningen pågår redan är fullspäckade med kunskaper som studenterna skall ta till sig. Jag vill med denna uppsats på intet sätt förminska det arbete som studenterna gör under dessa tre år, inte heller vill jag antyda att de inte är kompetenta sjuksköterskor som förtjänar goda arbetsförhållanden. Tvärtom anser jag att sjuksköterskestudenter är mycket kompetenta och har en kunskap som är unik. Trots detta anser jag att det alltid finns utrymme för utveckling och självkritik inom sjuksköterskeprofessionen och utbildningen. Resultatet i denna uppsats visar att sjuksköterskestudenter måste bli bättre rustade för att kunna möta patienter i det samhälle vi befinner oss i. Studenterna behöver lära sig ett mer samhällskritiskt och vetenskapskritiskt sätt att se på kunskap. Sjuksköterskeutbildningen bör inte lära ut

universella, västerländska sanningar som bara är applicerbara på vissa grupper av befolkningen. Om studenter inte lär sig att problematisera sina egna antaganden och de västerländska kunskaper, som dominerar sjuksköterskeutbildningen, riskerar de, som resultatet visar, att agera diskriminerande mot människor som inte har dessa uppfattningar om vad hälsa och ohälsa är för något.

Sjuksköterskan, intersektionalitet och praktisk omvårdnad

Att se till patientens behov, Identitet och makt och Diskriminering, stigmatisering och marginalisering är de teman som lyfts upp i resultatet under denna kategori. Att sjuksköterskan har till uppgift att se till patientens behov är en grundläggande princip för god omvårdnad. Denna uppgift är dock väldigt komplex, vilket beskrivs i resultatet. Att se till patientens behov innebär att inkludera patientens sociala värld. Denna värld, vilket beskrivs i resultatet, är nästintill omöjlig att förstå om man som sjuksköterska inte har kunskap om hur dominant diskurser och maktfaktorer styr vår värld. Även om roten till ojämlik hälsa befinner sig på ett strukturellt plan så upplevs effekterna av ojämlikheten på den individuella nivån. Sjuksköterskan skall i sin praktiska omvårdnad få patienten att känna sig omhändertagen och trygg, då behövs en medvetenhet om att patienter kan uppleva vården de får på olika sätt beroende på vilken social position de befinner sig i. De professionella attityder som florerar i sjukvården har ett klart inflytande i de ojämlikheter som människor upplever när de söker vård. Resultatet visar att sjuksköterskor måste reflektera över hur deras egna handlingar i den praktiska omvårdnaden kan medverka i skapandet och bibehållandet av ojämlikheter.

Självreflektion och normkritik

Självreflektion och ett normkritiskt förhållningssätt behövs hos den kliniskt praktiserande sjuksköterskan såväl som hos omvårdnadsforskaren. I resultatets avsnitt *Identitet och makt* belyses hur vårdarens personliga identitet påverkar vårdmötet. Det är viktigt att sjuksköterskan börjar uppmärksamma detta och undviker att se sig själv som en värdeneutral människa i mötet med patienter. Vi lever alla med förförståelser, erfarenheter, historier och normativa ideal som hjälper oss att leva och fungera i samhället. Jag som är vit, svensk, högutbildad, har en normativt funktionell kropp, socialt kvinnligt genus och ett biologiskt kvinnligt kön måste reflektera över vad jag representerar och sänder ut för signaler i mötet med patienter. Jag har med min utbildning verktyg för att kunna påverka de beslut som görs i vården, jag har med min vithet och svenskspråkighet haft tillträde till samhällets alla funktioner och kunnat genomföra diverse utbildningar utan större svårigheter, jag har med min normativa kvinnlighet och funktionalitet aldrig behövt försvara min rätt att respekteras och ses som en människa. Jag är som alla andra formade av mina erfarenheter och de är alltid närvarande i mötet med patienter. Detta bör varje sjuksköterska reflektera över för att i möjligaste mån undvika diskriminerande praktiker mot de människor som inte har samma förutsättningar och förförståelser som en själv. Resultatet visar att självreflektion är nödvändigt för alla sjuksköterskor om de vill kunna praktisera god omvårdnad. På samma sätt som vi bör reflektera över oss själva bör vi belysa de maktrelationer som hela tiden existerar i vårt samhälle, då ignorans av dessa maktrelationer försvårar och hindrar arbetet mot jämlik och rättvis vård.

Vems behov formar vården?

Wolf diskuterar i sin avhandling om hur sårbara patienter inom vårdinstitutioner inte upplever att deras vårderfarenheter varit optimala. De önskar att de fick vara mer delaktiga i beslutsfattandet och i utformandet av vårdplanerna. Wolf menar att sårbara patienter kan vilja ha eller behöver mer information och större involvering i beslutsfattandet (11).

Wolfs resonemang kring detta stämmer väl överens med resultatet som pekar på att marginaliserade och sårbara grupper ofta upplever mer lidande och sämre bemötande från vårdpersonal. Beror allt detta på att vården helt enkelt är utformad efter en viss normativ patient? Om sjuksköterskan inte kan begripa patientens identitet känns det för mig rimligt att påstå att det i sin tur blir omöjligt för sjuksköterskan att kunna begripa patientens sjukdomsupplevelse. Och om sjuksköterskan inte kan begripa denna upplevelse blir det för hen omöjligt att utforma en vårdplan som kan hjälpa patienten. Vilken förståelse finns egentligen bland sjuksköterskor om patienter som befinner sig utanför normerna vad gäller exempelvis genus, funktionalitet, etnicitet och klass? Blir det som är okänt för sjuksköterskan något svårhanterligt och därmed någonting som man påtvingar sina egna värden på - för att på så vis göra situationen hanterlig? Är det därför patienter som inte tillhör normen får sämre vård? Viktigt är också, som resultatet visar, att sjuksköterskan problematiserar vad det är i deras egen kultur och identiteter som gör att det upplevs svårt för vissa människor att känna sig säkra när de söker vård. Jag menar att sjuksköterskor behöver vidga sin förståelse för vad en person kan vara. Jag anser, som Butler, att vi bör öppna upp de gränser för vad mänskligt liv är och kan vara för något, då vår strävan alltid bör vara att bevara och skydda mänskligt liv (32).

Sjuksköterskan, intersektionalitet och arbetet för en jämlik hälsa och sjukvård

Resultatet i denna kategori presenteras i följande teman: *Sjuksköterskan som politisk aktör* och *Svårigheter och hinder för politiskt aktörskap*. Sjuksköterskan beskrivs i resultatet ha en utmärkt position för att kunna arbeta politiskt i relation till patienters rätt till god vård. Positionen som sjuksköterskan är situerad i erbjuder sjuksköterskan en unik insikt i patienters dagliga liv. Samtidigt är sjuksköterskan en del i en organisation och har på det viset också möjligheter att lyfta upp människors historier på en högre nivå. På detta vis kan sjuksköterskan inkludera marginaliserade människors upplevelser i utformandet av sjukvården. I resultatet påpekas dock att sjuksköterskan inte alltid har tillgång till de språk, den tid, det datasystem och institutionella stöd som krävs för att sjuksköterskan skall kunna arbeta utifrån patientens liv och upplevelser.

Behovet av att sjuksköterskan står upp för utbildning och tid

Den här uppsatsen belyser hur komplext det är att vårda en människa. En människa som är en del i det samhälle som hen lever i. En människa som upplever hälsa och ohälsa utifrån hens unika erfarenheter och kontexter. Sjuksköterskor bör omfamna denna komplexitet och kämpa för alla människors rätt till god vård. Det räcker inte med Hälso- och sjukvårdslagens riktlinjer om allas lika rätt till vård (1), eller de styrdokument och omvårdnadsteorier som beskriver att alla människor skall behandlas med lika värde. Folkhälsorapporter och Sveriges kommuner och landstings kunskapsöversikt över ojämlik i hälsa och vård visar på tydliga skillnader i hur människor upplever vården, där människor som är mest marginaliserade i samhället upplever sämst hälsa (2, 3). För att sjuksköterskor skall kunna leva upp till de utopiska mål som finns i *HSL* (1), *kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor* (5), *ICNs etiska kod* (4), *personcentrerad vård* och diverse omvårdnadsteorier krävs det att sjuksköterskor får den tid och utbildning som behövs för att kunna möta en människa i dess komplexa situationer. För att få denna tid och utbildning måste resursfördelningen inom hälso- och sjukvården ifrågasättas, vilket resultatet menar att sjuksköterskor måste göra.

Wolf menar att hälso- och sjukvårdssystemet måste börja lita på och använda sig av patientens resurser såväl som av kunskapen och erfarenheterna hos vårdpersonalen (11). Detta stämmer överens med hur resultatet lyfter fram vårdpersonalens/sjuksköterskans värdefulla position i

relation till sjukvårdens utveckling. Resultatet visar att sjuksköterskan har en utmärkt position för att kunna samla krafter och organisera politiska interventioner för att kämpa för bättre vårdmiljöer för alla patienter och dessutom för vårdpersonalen. Tanken om personcentrerad vård och överlag tanken om god omvårdnad bygger på att patienten och sjuksköterskan får tillgång till den tid som behövs för att tillsammans kunna samtala om patientens situation. Sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig och det bör därför vara sjuksköterskan, efter patienten själv, som bäst vet hur mycket tid det behövs för att tillgodose patientens behov. Vi får inte låta effektiviseringar prioritera bort utbildning och tid då det ofta är det som krävs för att vi ska kunna möta alla människor och bli bättre på att möta de som i dagsläget erhåller sämst vård och lider av mest ohälsa.

Att sjuksköterskor, med sina redan tuffa arbetsförhållanden, skall orka engagera sig i organisatoriska frågor, policy-utveckling etc. är problematiskt att påstå. Jag vill inte påstå att alla sjuksköterskor skall arbeta med dessa politiska frågor, men jag vill lyfta upp att sjuksköterskor faktiskt har en unik och värdefull kunskap som kan tillföra mycket till exempelvis hälso- och sjukvårdens styrning, organisering och policy-utveckling.

Sjuksköterskan, intersektionalitet och forskning

Hälsobestämmande faktorer, Dominans och Förtryck, Forskning mot jämlik hälsa och Forskarens position och självreflektion presenteras som teman i resultatet under denna kategori. I denna kategori får det intersektionella perspektivets kritik mot biomedicinsk forskning stor plats. Resultatet visar att med endast biomedicinens kunskapssyn kan ej patientens behov synliggöras och tillgodoses. De sociala faktorernas påverkan på hälsan kan inte undersökas som separerade från de resterande hälsobestämmande faktorerna. Ur ett intersektionellt perspektiv belyses vikten i att undersöka hur olika faktorer påverkar på hälsan verkar tillsammans och formar varandra. Det intersektionella perspektivet kan erbjuda verktyg till omvårdnadsforskning så att den kan ta sig an den svåra uppgiften att undersöka mänskligt liv och dess upplevelser.

Vidare i resultatet under denna kategori beskrivs hur biomedicinens dominans verkar förtryckande mot andra vetenskaper och världsbilder. Det intersektionella perspektivet söker efter en kunskapsutveckling som kommer från de förtrycktas perspektiv hellre än från den dominanta gruppens perspektiv. Intersektionalitet erbjuder verktyg som kan utmana de accepterade och idealiserande normer som verkar inom varje vetenskap. På detta vis kan omvårdnadsforskare ta fram kunskap som kan inkludera och ta vara på de människor som tidigare fallit utanför de ramar som format omvårdnadsvetenskapen. Resultatet visar att all forskning som görs på hälsa och ohälsa bör använda sig av ett intersektionellt perspektiv tillsammans med ett biomedicinskt perspektiv. Detta för att kunna arbeta mot social rättvisa och identifierandet av orsaker och behandlingar till diverse hälsoproblem.

Behovet av en mer inkluderande omvårdnadsvetenskap

“Nursing should never rest on a single research paradigm or on nursing theories alone; it should draw from different types of knowledge and learn to recognize (from specific situations) the multiple forms that nursing can take.”(33 s. 49)

Resultatet visar att sjuksköterskor behöver en vetenskap som undersöker intersektionerna mellan olika maktfaktorer som genus, ras, klass etc. Resultatet visar också att frågor som rasism, sexism och klasskillnader tidigare har setts som någonting sjuksköterskan inte skall

studera men att detta absolut är områden som sjuksköterskan måste närma sig. Det finns en stark föreställning bland omvårdnadsforskare att hälso- och sjukvården är en genusneutral arena. Talet om genusneutralitet anser jag, med stöd av Butler, förbiser den makt historia som innehåller genusdiskriminering, homofobi, klassbaserat förtryck, kolonialism och rasism (32). Det humanistiska talet om personen och individen kan ha fått omvårdnadsforskare att tro att de kan arbeta i ett rum fritt från maktförhållanden vad gäller genus, ras, klass etc. Med tanke på att dessa maktförhållanden existerar i resterande samhället finns ingen anledning att tro att de inte skulle göra det inom hälso- och sjukvården.

Som resultatet pekar på innebär forskning som applicerar ett intersektionellt perspektiv en komplicering av forskningen. Ett intersektionellt perspektiv kräver att forskaren överskrider disciplin gränser i sitt sökande efter att ge en mer nyanserad bild av hur människor upplever exempelvis hälsa och ohälsa. För att som omvårdnadsforskare kunna göra detta krävs att omvårdnadsvetenskapen öppnar upp sina dörrar till andra vetenskaper för att få tillgång till ett intellektuellt utbyte och samarbete. Detta resonemang vill jag förstärka med hjälp av Holmes, Roy och Perron som i sin artikel *The use of postcolonialism in the nursing domain – colonial patronage, conversion and resistance* beskriver att omvårdnaden måste arbeta på ett mer inkluderande och gränsöverskridande sätt. Holmes, Roy och Perron som alla är sjuksköterskor menar att omvårdnadsvetenskapen inte får göra samma misstag som biomedicinen, nämligen att skapa en inre hierarki för vad som är god och sann vetenskap. Holmes et al. anser att omvårdnadsvetenskapen inte bör ställa in sig i ledet under biomedicinen, inte heller bör den använda sig av biomedicinens positivistiska världsbild då detta sätt att se på vetenskap utesluter många av de subjektiva värden som sjuksköterskan borde ägna sig åt att undersöka. De påstår inte att det är en lätt uppgift att gå emot de dominanta värden som biomedicinen arbetar efter, men menar att sjuksköterskor måste kämpa för inkludering av fler människor och fler synsätt i kunskapsutvecklingen (33).

Holmes et al.s resonemang (33) stödjer resultatet som visar att omvårdnadsvetenskapen måste utveckla förståelse om bl. a sociala faktorer påverkan på hälsan, marginaliserade gruppers upplevelser av vården och hur sjuksköterskans kunskapssyn påverkar patientens upplevelse. Resultatet visar att ett intersektionellt perspektiv kan hjälpa sjuksköterskan att utöva forskning som kan skapa en mer inkluderande och noggrann kunskap om mänskligt liv.

“Furthermore, we contend that the emancipation of nursing cannot be assured only through a biomedical discourse. As stated before, multiple paradigms in research must coexist in the nursing domain, if we wish to grasp the complexity of this practice.”(33 s.41)

I en forskningsartikel, *Personcentered care and shared decisionmaking: Implications for Ethics, Public Health and Research*, som är knuten till *Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet* poängterar Christian Munthe et al hur tanken om en holistisk, personcentrerad vård kräver att vårdpersonalen har kompetensen för att kunna samla in och behandla patienters berättelser vilka sträcker sig över disciplin gränser (34). Patientens berättelse är ett tvärvetenskapligt fenomen och jag anser att mitt resultat tillsammans med Munthe et al och Holmes et al.s resonemang kring detta på ett starkt sätt visar vikten i att inkludera fler kunskapssyner, fler förståelser av vad en människa är för något och fler kunskapsskapande och metodologiska processer i omvårdnadsvetenskapen (33, 34).

Personcentrerad vård

Problematiken med personcentrerad vård

I Munthe et al.s artikel analyseras det kring patientens delaktighet och författarna menar att denna delaktighet måste problematiseras mer ingående i det personcentrerade vårdkonceptet. Vad har patienten egentligen rätt att bestämma och på vilka grunder? Munthe et al. menar att vårdpersonal kommer att mötas av mycket problematik där patientens önskemål står emot de interventioner som hälso- och sjukvården vill erbjuda. Det kan också bli problematiskt då patienter som på ett mer sofistikerat sätt kan uttrycka vad de vill ha får det på bekostnad av patienter som inte har de förväntningarna eller de verktyg som krävs för att uttrycka dessa önskemål (34).

Den personcentrerade vårdens sätt att tala om patientens val och autonomi ser jag som problematiskt då det sättet att tala om autonomi kan osynliggöra problematiken och maktrelationerna som uppstår när patientens värderingar inte överensstämmer med vårdarens. Detta kopplar jag till hur Butler resonerar kring autonomi och självbestämmande. Hon menar att självbestämmande enbart är ett rimligt begrepp när de val man vill göra stöds av den sociala världen runtomkring (32). Alltså spelar vårdarens värderingar stor roll i relation till patientens möjligheter att göra autonoma val. Jag anser som Wolf och Munthe et al. att den personcentrerade vården på ett tydligare sätt måste definiera vilka värden den bygger på, exempelvis vad självbestämmande egentligen betyder (11, 34). Jag menar att patientens autonomi annars riskerar att endast handla om hur väl patienten är anpassad till språket, människosynen och synen på kunskap som finns inom hälso- och sjukvården.

Ovanstående ser jag som problematiskt då det till slut kan leda till en värdekonflikt kring vilka värden som skall gälla i beslutsfattandet. Med den biomedicinska dominans som resultatet, Wolf, Weber och Holmes et al. beskriver existerar i dagens sjukvård ser jag risken att det blir de biomedicinska värdena som får det sista ordet. Jag tror att det blir de ”objektiva” och mätbara värdena som kommer prioriteras framför de sociala, psykologiska och kulturella värdena. På det viset blir tanken med personcentrerad vård, som är att ta vara på patientens subjektiva upplevelser, inte det som sker i praktiken då resultatets, Webers, Holmes et als, Munthes et als och Wolfs diskussioner pekar på att det biomedicinska perspektivet inte har de resurser som krävs för att ta vara på patientens kapacitet och helhet. (6, 11, 33, 34)

Jag anser att maktojämlikheten mellan biomedicinen och andra vetenskaper måste uppmärksammas i relation till den personcentrerade vården. Detta antagande stämmer väl överens med Webers analys då hon menar att om olika vetenskaper skall kunna ha ett jämlikt utbyte krävs att maktbalansen som existerar mellan traditionerna uppmärksammas (6). Personcentrerad vård bygger på ett partnerskap mellan patient och vårdgivare där båda parter skall ses som experter. Resultatet i denna uppsats beskriver att sjuksköterskor måste undersöka hur dominant diskurser styr och påverkar patientens möjligheter att göra hälsosamma autonoma val i detta partnerskap. Jag menar att biomedicinens dominans och den västerländska etnocentrismen måste problematiseras och uppmärksammas. Om inte detta görs riskerar den svenska hälso- och sjukvården, inklusive den personcentrerade vården, att diskriminera de patienter som inte erkänner sig till den biomedicinska och västerländska synen på vad hälsa och sjukdom är för något.

KONKLUSION

Resultatet visar att ett intersektionellt perspektiv kan hjälpa sjuksköterskan att bli medveten om de maktrelationer som finns i mötet med patienten och även uppmärksamma vilka samhällseliga maktfaktorer som kan ha betydelse i olika omvårdnadssituationer. Genom att applicera det intersektionella perspektivet på tanken om personcentrerad vård kan sjuksköterskan få verktyg som kan hjälpa hen att ta hänsyn till patientens sociala kontext, värderingar och identiteter, något som ofta framhålls att sjuksköterskan skall kunna i det praktiska arbetet.

Med denna uppsats vill jag öppna upp möjligheter för studenter att utforska omvårdnad på ett mer kritiskt och problematiserande sätt. Som resultatet visar är människors upplevelser komplexa och mångtydiga. Därför behöver sjuksköterskor kunna se utanför de biomedicinska och traditionellt omvårdnadsvetenskapliga kunskapsramar som ofta är de som erbjuds på sjuksköterskeutbildningen. Jag vill att sjuksköterskor skall stå upp för människan och hens subjektivitet och unikheter. Jag tror inte att detta är möjligt om inte biomedicinens och den traditionella vetenskapens dominans inom hälso- och sjukvården utmanas. Applicerandet av ett intersektionellt perspektiv på omvårdnad kan vara en av de faktorer som behövs om vi vill uppnå god och jämlik hälsa och sjukvård. Den här uppsatsen visar att ett intersektionellt perspektiv erbjuder ett nytt förhållningssätt för sjuksköterskan och för omvårdnadsvetenskapen som kan hjälpa till i utvecklandet av disciplinen. Det är ett nytt område som inte är speciellt utforskat, särskilt inte i en svensk kontext. Det behövs ytterligare forskning och ett större samarbete mellan olika kunskapsparadigm och institutioner för att kunna fortsätta undersöka hur det intersektionella perspektivet kan hjälpa sjuksköterskan att praktisera god omvårdnad.

REFERENSER

Referenslista:

1. Mål för hälso- och sjukvården 1997:142. In: Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763. Stockholm: Socialdepartementet.
2. Smirthwaite G. (O)jämslälldhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. 2007.
3. Forsberg B, Westling K, Lenhoff H. Folkhälsorapport 2011: Folkhälsan i Stockholm – Idag och imorgon. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. 2011
4. Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: 2008. Översatt från: ICN – International Council of Nurses. Code for Nurses. 2006
5. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen; 2005. Artikelnummer: 2005-105-1.
6. Weber L. Reconstructing the Landscape of Health Disparities Research: Promoting Dialogue and Collaboration Between Feminist Intersectional and Biomedical Paradigms. I: Schulz A J, Mullings L, editors. Gender, Race, Class, & Health: Intersectional approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. s. 21-59.
7. Social determinants of health: Key concepts. [webbsida]. World Health Organization; 2012. [läst 2012-10-05] Tillgänglig: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf
8. Janlert U. Olik eller ojämlig hälsa?. Socialmedicinsk tidskrift. 2001; 77(3):197-201.
9. Young I M. Rättvisa och fördelning. I: Att kasta tjejkast – texter om feminism och social rättvisa. Stockholm: Bokförlaget Atlas; 2000. s. 13-49.
10. Schulz A J, Mullings L. Intersectionality and Health: An Introduction. I: Schulz A J, Mullings L, editors. Gender, Race, Class, & Health: Intersectional approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. s. 3-17.
11. Wolf A. Person-centered care - Possibilities, barriers and effects in hospitalised patients. Göteborg: The Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg; 2012.
12. Lykke N. Intersektionell genusteori. I: Genusforskning – en guide till feministisk teori, metodologi och skrift. Stockholm: Liber AB; 2009. s. 104-126.
13. Lykke N. Postmodern epistemologi och feministisk postkonstruktionism. I: Genusforskning – en guide till feministisk teori, metodologi och skrift. Stockholm: Liber AB; 2009. s. 141-159.
14. Butler J. Frågan om social förändring. I: Genus Ogjort – Kropp, Begär och möjlig existens. Stockholm: Nordstedts akademiska förlag; 2006. s. 204-228.

15. Haraway D. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*. 1988;14(3):575-599.
16. Lykke N. Genusforskning – ett nytt kunskapsfält. I: *Genusforskning – en guide till feministisk teori, metodologi och skrift*. Stockholm: Liber AB; 2009. s. 18-39.
17. Lykke N. Feministisk empirism och ståndpunktsepistemologi. I: *Genusforskning – en guide till feministisk teori, metodologi och skrift*. Stockholm: Liber AB; 2009. s. 127-140.
18. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. 1993. Citation: 43 *Stan. L. Rev.* 1241 1990-1991.
19. Friberg F. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg F, redaktör. *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur. 2006. s. 105-114.
20. Pauly B M, MacKinnon K, Varcoe C. Revisiting “Who Gets Care?” Health Equity as an Area for Nursing Action. *Advances in Nursing Science*. 2009;32(2):118-127.
21. Kelly U A. Integrating Intersectionality and Biomedicine in Health Disparities Research. *Advances in Nursing Science*. 2009;32(2):E42-E56.
22. Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health*. 2008;18(3):271-283.
23. Rogers J, Kelly U A. Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research. *Nursing Ethics*. 2011;18(3):397-407.
24. Van Herk K A, Smith D, Andrew C. Identity matters: Aboriginal mothers’ experiences of accessing health care. *Contemporary Nurse*. 2011;37(1):57-68.
25. Boutain D M. Social Justice as a Framework for Professional Nursing. *Journal of Nursing Education*. 2005;44(9):404-408.
26. Reutter L, Eastlick Kushner K. Health equity through action on the social determinants of health’: taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*. 2010; 17(3):269-280.
27. Van Herk KA, Smith D, Andrew C. Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing. *Nursing Inquiry*. 2011;18(1):29-29.
28. Saarnio L, Arman M, Ekstrand P. Power relations in patient’s experiences of suffering during treatment for cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2012;68(2):271-279.
29. Hankivsky O. Women’s health, men’s health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*. 2012;74:1712-1720.

30. Arbetsgruppen för översyn och samordning av examenskurser inom institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Riktlinjer för examensarbete på grundnivå, 15 högskolepoäng, Version augusti HT-2012. Göteborg: Sahlgrenska akademien, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs Universitet. 2010.
31. Friberg F. Att utforma ett examensarbete I: Friberg F, redaktör. Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Studentlitteratur. 2006. s. 71-82.
32. Butler J. Att agera i samklang. I: Genus Ogjort – Kropp, Begär och möjlig existens. Stockholm: Nordstedts akademiska förlag; 2006. s. 23-36.
33. Holmes D, Roy B, Perron A. The use of Postcolonialism in the Nursing Domain: Colonial Patronage, Conversion, and Resistance. *Advances in Nursing Science*. 2008;31(1):42-51.
34. Munthe C, Sandman L, Cutas D. Person Centered Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health and Research. *Health Care Anal*. 2012;20:231-249.

Bilaga 1

Atrikelsammanfattning

Referens i uppsatsen: 20**Titel:** Revisiting “Who Gets Care?” Health Equity as an Area for Nursing Action**Författare:** Pauly B M, MacKinnon K, Varcoe C**Tidskrift:** Advances in Nursing Science**Publicerad år:** 2009**Land:** Canada**Syfte:** Att bredda sjuksköterskans professionella område till att inkludera både de faktorer som formar tillgången till hälso- och sjukvård och de strukturella faktorer som påverkar hälsa och skapar ojämlikheter i hälsa.**Metod:** Kvalitativ, argumenterande analys och reflektion med grund i teori.**Antal referenser:** 50**Key words:** *access, health, inequities, outcomes, social justice, vulnerable or marginalized groups***Referens i uppsatsen: 21****Titel:** Integrating Intersectionality and Biomedicine in Health Disparities Research**Författare:** Kelly U A**Tidskrift:** Advances in Nursing Science**Publicerad år:** 2009**Land:** USA**Syfte:** Att erbjuda en praktisk applicering av en integrering mellan det biomedicinska paradigmet och det feministiska intersektionalitets paradigmet inom omvårdnadsvetenskapen.**Metod:** Kvalitativ analys och teoretisk beskrivning av det biomedicinska respektive det intersektionella perspektivet. Därefter, med hjälp av en interventionsstudie med våldsutsatta ”Latino women”, exemplifiera de teoretiska perspektivens möjliga praktiska tillämpning.**Antal referenser:** 48**Key words:** *community-based participatory research, culture, domestic violence, feminism, health disparities, health disparities research, intimate partner violence, intersectionality, immigrant, intervention, Latina, mental health, nursing research, posttraumatic stress disorder, research methodology***Referens i uppsatsen: 22****Titel:** Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective**Författare:** Hankivsky O. Christoffersen A**Tidskrift:** Critical Public Health**Publicerad år:** 2008**Land:** Canada**Syfte:** Att tillföra kunskap till det teoretiska projektet kring folkhälsa genom att undersöka hur det intersektionella paradigmet kan hjälpa oss att på ett bättre sätt förstå och arbeta med de grundläggande orsakerna till illabefinnande och sjukdom.**Metod:** Kvalitativ analys med hjälp av teori och bl.a. officiella dokument och riktlinjer relaterat till folkhälsa.**Antal referenser:** 65**Key words:** *intersectionality, feminism, health inequalities, healthy public policy*

Referens i uppsatsen: 23**Titel:** Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research**Författare:** Rogers J, Kelly U A**Tidskrift:** Nursing Ethics**Publicerad år:** 2011**Land:** USA**Syfte:** Att erbjuda ett etiskt förhållningssätt relaterat till forskning på ojämlik hälsa som samtidigt verkar beskrivande och söker att eliminera ojämlikheter i hälsa.**Metod:** Med hjälp av ett feministiskt intersektionellt perspektiv, i relation till ojämlik hälsa, visa på de oskiljbara länkarna mellan hälsoforskning, etik, social åtgärder och social rättvisa. Kvalitativ analys och argumentation med grund i ett teoretiskt feministiskt intersektionellt ramverk.**Antal referenser:** 38**Key words:** *community-based participatory research, ethics, health disparities, intersectionality, justice, social justice***Referens i uppsatsen: 24****Titel:** Identity matters: Aboriginal mothers' experiences of accessing health care**Författare:** Van Herk K A, Smith D, Andrew C**Tidskrift:** Contemporary Nurse**Publicerad år:** 2011**Land:** Canada**Syfte:** Att fokusera på hur uppfattningar om aboriginiska mödrars identiteter inom vårdmöten påverkar kvinnors upplevelser av vården, vilket i sin tur också påverkar deras tillgång till vård.**Metod:** Studien var en del i ett större forsknings projekt; "Improving acces to preventive health and social services for pregnant and parenting Aboriginal families living in an urban setting". Detta projekt använde ett postkolonialt perspektiv i skapandet av en "participatory research". Vikt lades vid att studien skulle göras *tillsammans* med deltagarna. Kvalitativa intervjuer var grunden till det stora forskningsprojektet.

Nuvarande studie gör en andra analys av datan som var insamlad i projektet. 21

transkriptioner från studien analyserades och teman togs fram. Dessa teman diskuterades med medlemmar av den lokala aboriginiska organisationen för att analysen på ett så kvalitativt sätt skulle fånga vad de aboriginiska mödrarna upplevt.

Antal referenser: 36**Key words:** *feminist postcolonial, Aboriginal women, identity, intersectionality paradigm***Referens i uppsatsen: 25****Titel:** Social Justice as a Framework for Professional Nursing**Författare:** Boutain D M**Tidskrift:** Journal of Nursing Education**Publicerad år:** 2005**Land:** USA**Syfte:** Att beskriva hur social rättvisa lärdes ut i en kurs om professionell omvårdnad.**Metod:** Presenterar begreppet social rättvisas relevans för sjuksköterskor med grund i teori. Kursens utformning beskrivs och slutsatser/analyser görs.**Antal referenser:** 32

Referens i uppsatsen: 26

Titel: Health equity through action on the social determinants of health': taking up the challenge in nursing

Författare: Reutter L, Eastlick Kushner K

Tidskrift: Nursing Inquiry

Publicerad år: 2010

Land: Canada

Syfte: Att uppmuntra till dialog gällande sjuksköterskans roll i arbetet för att minska ojämlikheter i hälsa.

Metod: Kvalitativ ideologianalys relaterat till koncepten: "health disparities, health inequities and social inequities". Erbjuder rekommendationer i arbetet med att minska ojämlikheter i hälsa som är kopplade till internationella och Canadensiska styrdokument. Argumenterar för hur specifika strategier kan hjälpa sjuksköterskeprofessionen att arbeta mot ojämlikheter i hälsa genom att hantera de sociala faktorernas påverkan på hälsa.

Antal referenser: 69

Key words: *inequalities in health, nurse roles, population health, social determinants of health, social justice*

Referens i uppsatsen: 27

Titel: Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing

Författare: Van Herk KA, Smith D, Andrew C

Tidskrift: Nursing Inquiry

Publicerad år: 2011

Land: Canada

Syfte: Att visa på vikten och nyttan med att inkorporera in det intersektionella paradigmet i omvårdnadsdisciplinen.

Metod: Kvalitativt beskrivande av intersektionalitet, därefter beskrivs hur forskarna i tidigare studier använt sig av ett intersektionellt perspektiv för att exemplifiera hur applicerandet av det intersektionella perspektivet kan göras på omvårdnadsforskning. Avslutande argumentation och analys av vad det intersektionella paradigmet kan ha för konsekvenser på omvårdnads praktik, utbildning, forskning och riktlinjer.

Antal referenser: 29

Key words: *identity, intersectionality, postcolonial feminism, whiteness*

Referens i uppsatsen: 28

Titel: Power relations in patient's experiences of suffering during treatment for cancer

Författare: Saarnio L, Arman M, Ekstrand P

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Publicerad år: 2012

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva hur patienter som har cancer upplever lidande i relation till maktrelationer.

Metod: En hermeneutisk design användes. Kvalitativa intervjuer gjordes med 12 kvinnor och 14 män som genomgick cancerbehandling. Två teoretiska perspektiv, lidande och intersektionalitet, användes i analysen av datan.

Antal referenser: 30

Key words: *gender, hermeneutic, nursing, patients with cancer, power relations, suffering*

Referens i uppsatsen: 29

Titel: Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality

Författare: Hankivsky O

Tidskrift: Social Science & Medicine

Publicerad år: 2012

Land: Canada

Syfte: Att undersöka implikationerna av att använda intersektionalitet i arbete med och analyser av ojämlikheter i hälsa.

Metod: Kvalitativ analys, argumentation och forskningsrekommendationer med grund i intersektionell teori.

Antal referenser: 107

Key words: *women's health, men's health, gender and health, intersectionality, review*