

High five med heteronormen

Sjuksköterskors upplevelser och praktiker för att vårda patienter av motsatt kön

FÖRFATTARE	Jenny Axelsson
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad, grundnivå. OM5250
	VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Annika Janson Fagring
EXAMINATOR	Lisen Dellenborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Tack till min handledare Annika för motstånd och medhåll och för att du hela tiden fick mig att känna att jag visste vad jag höll på med.

*Tack till Tove för kloka synpunkter under arbetets gång.
Tack till Lena för korrekturläsning.*

Titel (svensk):	High five med patriarkatet – Sjuksköterskors upplevelser och praktiker för att vårda patienter av motsatt kön.
Titel (engelsk):	High five to patriarchy – Nurses' experiences and practices to care for patients of the opposite sex.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng. Examensarbete i omvårdnad, grundnivå, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Jenny Axelsson
Handledare:	Annika Janson Fagring
Examinator:	Lisen Dellenborg

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: Omvårdnadsforskning med genusperspektiv är ett eftersatt område. Ett vanligt använt begrepp när ett genusperspektiv ska anläggas är heteronormativitet. Det är tänkt att belysa de normer som strukturerar hur ett lyckat heterosexuellt liv bör levas. Där ingår en kontinuitet mellan kön, genus och sexualitet samt en rad normer för hur livsnarrativet ska se ut i övrigt. I sjuksköterskans arbete är begreppet professionalitet centralt. Att vara professionell innebär att ha en viss kunskap och att vara den som ska tillfredsställa patientens behov, hålla lagom distans och att inte engagera sig personligt. **Syftet** var att belysa hur sjuksköterskor upplever att vårda patienter av motsatt kön, och vilka praktiker som används för det. **Metod** för genomförandet var en metasyntes av tio kvalitativa artiklar. **I resultatet** från detta material framkom ett stort fokus på att hålla relationen avsexualiserad som ett sätt att vara inom det professionellas gränser. Vad som ska göras för att anses professionell skilde sig åt beroende på sjuksköterskans kön. Män riskerade att falla ur den rollen vid uppgifter som handlade om intima omvårdnads- eller undersökningsmoment av både kvinnliga och manliga patienter, då framförallt genom att misstas för att ta sexuell kontakt vilket inte ansas okej i den professionella rollen. Kvinnor riskerade att inte ses som professionella när manliga patienter inte litade på deras yrkeskunnande och hellre ville få kontakt med en läkare. För att hålla relationen professionell använde sjuksköterskorna olika praktiker som handlade om att avsexualisera kontakten med patienten. Exempel på dessa praktiker är att objektifiera patienten eller att använda en kvinnlig bisittare vid intima omvårdningsmoment. **Slutsatsen** är att sjuksköterskor i interaktionen med patienter befäster normer om genus och sexualitet. Man bör fråga sig vilka följder ett aktivt normbrytande arbete från sjukvårdspersonals sida skulle få för olika patientgrupper.

Nyckelord: Omvårdnad, genus, kön, sexualitet, heteronormativitet, makt, sjuksköterskans praktiker, vårdrelation, personcentrerad vård.

Innehåll

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Jämlik vård.....	2
Makt.....	3
Heteronormativitet.....	3
Kön/Genus.....	4
Vårdrelation.....	5
Personcentrerad vård.....	6
Profession och professionalitet.....	6
PROBLEMFÖRMULERING.....	7
SYFTE.....	7
METOD.....	8
Litteratursökning.....	8
Metasyntes som metod & analysprocessen.....	8
Etiska överväganden.....	9
RESULTAT.....	9
Att hålla sig inom det professionellas gränser.....	9
Risker med att röra sig utanför det professionella.....	10
När det professionella upplevs svåråtkomligt.....	11
Praktiker för att hålla interaktionen professionell.....	12
Att tänja gränser och röra sig utanför de professionella ramarna.....	13
DISKUSSION.....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	15
Implikationer för omvårdnad.....	19
REFERENSER.....	21
BILAGA 1.....	24
Litteratursökning.....	24
BILAGA 2.....	25
Modell för granskning av kvalitet.....	25
BILAGA 3.....	26
Artikelöversikt.....	26

INLEDNING

Omvårdnadsforskning med genusperspektiv är ett område som på många sätt är eftersatt. Omvårdnad är ett ämne som behandlar människor, människors upplevelser och deras relationer i en vårdkontext. Eftersom upplevelser, beteenden och relationer till mycket stor del påverkas av genus och maktfaktorer borde ett genusperspektiv kunna bidra till djupare förståelse. Ett genusperspektiv i omvårdnad kan anläggas på flera olika nivåer, från individnivå till organisationsnivå. Relationen mellan läkare och sjuksköterska är exempel på ett mer organisatoriskt område. Den relationen är präglad av läkarkårens manliga dominans och sjuksköterskekårens kvinnliga, varför den kan sägas vara starkt genuskodad. Detta kan exempelvis ha påverkan på sjuksköterskeyrkets underordning gentemot läkaryrket (Öhman, 2009).

De ojämlikheter som finns ute i samhället sipprar in i relationerna som finns i sjukvården (van der Gest & Finkler 2004). Det gör att mötet med en patient präglas av olika maktordningar, som kön, ålder, klass etc. Samtidigt har hälso- och sjukvårdspersonalen ett maktövertag i och med sin profession och kunskap. Mot bakgrund av det, vad är det då som händer när en manlig patient kallar sjuksköterskan ”lilla gumman”, när en patient i sina frågor utgår från att vårdaren är heterosexuell, eller när en manlig patient börjar onanera under ett omvårdnadsmoment? Hur är det rimligt att hantera det inom professionen och samtidigt bevara respekten för den maktposition sjuksköterskan har i förhållande till patienten?

Bristen på genusteoretisk förankring är en brist som jag upplevt under min tid som student på sjuksköterskeprogrammet. Det har väckt mycket frustration att inte få tillräckliga verktyg för att hantera de genusifierade, etnifierade och klassmässiga ojämlikheterna som finns både i mitt och patientens möte, men även inbakade i patienternas upplevelser och sjukdomsberättelser. Hur ska jag hantera det på ett sätt som är konstruktivt inom den profession jag ska utöva?

BAKGRUND

Att använda ett genusperspektiv går att göra på olika sätt. Ett sätt som varit frekvent använt i både medicinsk och vårdvetenskaplig verksamhet är att använda kön som variabel i statistiska analyser. Det gör att forskaren kan upptäcka om undersökningsområdet har en könsdifferentierad fördelning. Genom en sådan insats kommer man dock bara en bit på väg. För att skapa förståelse för vilka processer som skapat snedfördelningen krävs mer teorigrundade metoder. Även där finns olika metoder, allt från att hela den teoretiska bakgrundsförståelsen och motiven för undersökningen är genusteoretiskt förankrade, till att ett genusperspektiv anläggs för att forskaren ska förstå en mindre del av ett större resultat (Öhman, 2009).

Traditionellt sett så talar man inte om kön som strukturerande kategori i mötet med patienten inom omvårdnad. Istället för att tala om kön används könsneutrala ord som patient, person eller den sjuke. Detta gör att det blir svårare att förstå patienten som genuspräglad. Öhman (2009) betonar det näst intill paradoxala i att disciplinen omvårdnad har en så utpräglad könsblindhet och samtidigt beforskar en av de mest kvinnligt genuskodade verksamheterna som finns, nämligen omvårdnad. Ett ensidigt fokus på lyssnande, omhändertagande och konsensus mellan patient och personal riskerar att förskjuta fokus i mötet från maktförhållanden och genusrelationer till en föreställning om ett harmoniskt möte i förståelse och respekt. Här finns betydligt mer forskning i läkarvetenskapen. Där har man visat att genus både påverkar vilka frågor som ställs och hur själva samtalet ser ut men även vilket val av behandling som mötet resulterar i (Öhman, 2009).

Ett genus- och maktkritiskt perspektiv kan även anläggas på vilka patientgrupper och områden inom hälso- och sjukvårdens fält som anses ha hög status. Öhman (2004) menar att denna hierarkisering bland annat är präglad av i vilken mån patienterna inom de olika områdena kan presentera kroppar som stämmer överens med hälso- och sjukvårdens kroppsideal. Inom hälso- och sjukvården finns både under utbildningen och ute i verksamheten ett värderande av den hälsosamma kroppen, där exempelvis fysisk aktivitet betonas som essentiellt. De patienter som lyckas visa upp kroppar som stämmer överens med idealet är även de som får högst status att arbeta med. Därav finns föreställningen om att den gamla, multisyka kvinnokroppen med mycket oförklarad smärta har en lägre status än den vältränade både manliga och kvinnliga elitidrottarkroppen hos sjukgymnaster (Öhman, 2004).

Att genusperspektiv är ett eftersatt område inom vårdvetenskapliga fältet innebär att det finns en bristande förståelse för genusrelationer i sjukvården (Öhman, 2009). Detta trots att socialstyrelsen betonar jämlik vård som en av de sex viktigaste punkterna för att kunna bedriva en god vård. En del i den strategi som regeringen upprättat för att uppnå jämlik vård är att synliggöra och analysera skillnader i vård, behandling, bemötande och resultat med avseende på bland annat kön, bostadsort, ålder, religiös tillhörighet och sexuell läggning (Socialstyrelsen, 2013).

För att tolka de artiklar som återges i uppsatsens resultat kommer ett antal teoretiska modeller och begrepp användas. Jag börjar med att beskriva vad jämlik vård är och hur det är ett viktigt begrepp för att uppnå det man i hälso- och sjukvårdslagen kallar god vård. Sedan går jag vidare för att redogöra för begreppen makt, heteronormativitet och kön/genus. Dessa begrepp utgör de huvudsakliga modellerna för hur artiklarna lästs och analyserats. Genom en förståelse för de begreppen kan teorierna användas för att se när och hur normer kring genus/kön och sexualitet aktualiseras i artiklarna. Jag fortsätter sedan med att redogöra för vårdrelationen som den kontext i vilken makt- köns/genus- och heteronormen kommer utspela sig inom. Slutligen ger jag en kort introduktion till vad personcentrerad vård kan vara och hur det kan bidra till en jämlik vård, samt och en diskussion av begreppen profession och professionalitet som är centrala för uppsatsen.

Jämlik vård

Jämlik vård, som beskrivits i inledningen, är en av de sex huvudpunkter som socialstyrelsen fastslagit som viktiga för att kunna erbjuda god vård. Detta grundar sig i Hälso- och sjukvårdslagen som anger att vård ska ges baserat på behov och tillgången till vård ska vara på lika villkor för alla (Socialstyrelsen, 2013).

Det finns ingen entydig definition om vad man menar med begreppen jämlik eller jämställd vård (Socialstyrelsen, 2004). Socialstyrelsen menar att *”en jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning kort uttryckt utan diskriminering.”* (Socialstyrelsen, 2013 s. 9). Detta är menat att handla både om när patienten väl har kontakt med sjukvården, samt processen som leder fram till att patienten tar kontakt. Ett exempel som visar på att den processen är genuspräglad är att män söker sjukvård senare i sjukdomsförloppet än kvinnor och därmed oftare dör i sjukdomar som sjukvården kunnat erbjuda behandlande eller förebyggande insatser mot (Socialstyrelsen, 2004). För att kunna värdera huruvida vården är jämlik eller ej krävs mer än siffror som visar på skillnader mellan grupper. Det krävs även kunskap om hur livsvillkoren för olika grupper skiljer sig beroende på kön, klass etc. (Socialstyrelsen, 2004).

Makt

Ett teoretiskt ramverk att sätta in frågan om vad som skiljer människors livsvillkor åt är att tala om makt. I denna uppsats kommer en definition av makt användas som skiljer sig från hur det traditionellt brukar definieras i omvårdnad, nämligen att makt påverkar förhållandet mellan alla människor i form av beroende, särskiljande, över- och underordning. Makt beskrivs av som något man kan inneha och utöva mot andra människor (Määttä och Öresland (2009) Öresland och Lützén (2009)).

Den definition av makt som kommer användas i denna uppsats har ett annorlunda angreppssätt. En teoretiker vars teorier om makt varit betydelsefulla är Michel Foucault. Foucault menar att makt finns i alla relationer, i arkitektur, i samhällets institutioner, i familjen osv. Med Foucaults maktbegrepp går det inte att på ett enkelt sätt utskilja en förtryckare och en förtryckt. Makt handlar om att skapa skillnad mellan det normala och icke normala. Det kan handla om normer för hur en man och en kvinna ska vara, vilka uttryck hetero- eller homosexualitet antas ta eller hur en patient ska bete sig. Dessa normer erbjuder oss möjlighet att utöva kontroll över de vars beteende inte passar in i normen. Individerna blir duktiga på att själv förhålla sig till vad som föreskrivs som normalt för hen¹ och kan på så sätt själv reglera sitt eget beteende. Därigenom kommer normalitet och avvikelse präglade hela individens självuppfattning och sätt att se på världen (Ambjörnsson, 2006).

Maktens möjligheter är inte bara att berätta vad som är avvikande. Makten skapar även positioner, den är produktiv. De system som makt och normer bygger upp blir till fundament i hur vi förstår oss själva och andra och skapar gränser för vad som är begripligt. För att ge ett exempel som ligger i linje med uppsatsens: När en person kliver in i ett undersökningsrum hos en läkare och blir patient kommer den personens tolkas mot våra föreställningar om hur den goda patienten ska bete sig. Patienten ska redogöra för sina symtom, ställa upp på de undersökningar läkaren ordinerar. Läkaren har sedan mandat att uttala sig om patienten är frisk eller sjuk. Denna beskrivning visar på många risker för patienten, det finns många gränser att överträda. Lyckas patienten passera som ”duktig patient” kommer det dock ge en positiv känsla, hen har lyckats. Det visar på att makt och normer inte enbart är förtryckande och repressiva, utan även produktiva (Ambjörnsson, 2006). Normer skapar således ramar för vad som är en lyckad patient, en duktig flicka i skolan, en redig karl eller en vän kvinnlig sjuksköterska. Makt och normer är spännande och både de som är hårt reglerade och de som är mindre hårt reglerade är i allra högsta grad aktiva i att utforska sina handlingsmöjligheter (Connell, 2009).

Normerande praktiker existerar och utövas inte i konsensus utan förhandlas ständigt. Foucault menar att där makt finns där finns även motstånd. Ett sätt att studera makt kan därmed vara att studera hur motstånd utövas. Det kan hjälpa till att sätta ljuset på normen motståndet opponerar sig mot (Ambjörnsson, 2006). Det kan handla om patienten som inte accepterar läkarens bedömning, eller sjuksköterskan som ifrågasätter läkarens givna plats som högst i sjukvårdshierarkin.

Vissa normer för genus och sexualitet är mer framträdande än andra, en mer framträdande norm är heteronormativiteten, vilken fördjupas i nästkommande stycke.

Heteronormativitet

För att undersöka jämlik vård krävs kunskaper om livsvillkor för olika grupper i samhället (Socialstyrelsen, 2013). Ett strukturerande livsvillkor är heteronormativitet (Ambjörnsson, 2006).

¹ Att benämna kön är i de flesta fall relevant i denna uppsats. Ibland är det inte relevant, då används pronomenet ”hen”.

Heteronormativitet är ett begrepp som belyser de normerande system som upprätthåller idealet om heterosexualitet genom en specifik kulturell koppling mellan kön, genus och sexualitet. Begreppet heteronormativitet undersöker hur normen om heterosexualitet upprätthålls, skapas och fungerar utifrån en uppfattning om att heterosexualitet (liksom andra former av social organisering) är socialt, historiskt och kulturellt skapat. Att studera hur normer kring heterosexualitet skapas handlar om att intressera sig för hur normalitet skapas, snarare än att intressera sig för avvikelse (Ambjörnsson, 2006).

För att inom den heteronormativa ramen uppfattas som normal, eller begriplig, förutsätts att det finns en samstämmighet mellan kön, genus och sexualitet. Det som gör att vi förstår denna samstämmighet som begriplig och normal måste kontrasteras med en ickenormalitet, en avvikelse (Butler, 2007). Enligt Butler måste alltså en person uppfattas ha rätt biologiskt kön, uppträda som en kvinna, samt vara heterosexuell för att uppfattas som en riktig kvinna. Utan heteronormativitet existerar enligt Butler inte våra övriga föreställningar kring genus, varför sexualitet alltid måste vara med när ett genusperspektiv ska anläggas (Ambjörnsson, 2006).

Idén om heterosexualitet som en viktig identitetsmarkör är en historiskt sett relativt ny företeelse. Det var först för cirka hundra år sedan som begreppet heterosexualitet dök upp. Då som beteckning på en person som hade sex med någon av motsatt kön utan syfte att få barn. Då såg man detta som något oönskat som skulle botas. Ungefär vid samma tidpunkt uppstod begreppet homosexualitet. Människor hade dock även tidigare bestraffats för att ha haft sex med någon av samma kön, men det sågs som en handling snarare än en identitet. Nu ses sexuella praktiker inte enbart som enskilda sexuella handlingar utan knyts till identitet; Hur vi organiserar vår sexualitet, vilket kön personen vi har sex med har skapar även föreställningar kring vilken musik vi lyssnar på, vilken klädstil vi har, huruvida vi gillar schlager eller inte samt om vi önskar ha barn (Ambjörnsson, 2006).

Heterosexualitetens imperativ föreskriver alltså inte enbart vilket kön man ska välja som sexpartner. Normerna går långt utöver det. Heteronormativitet handlar även om vilken sorts heterosexuellt liv man ska leva (Ambjörnsson, 2006). Ambjörnsson och Bromseth (2010) beskriver detta i termer av ett heteronormativt livsmanus. Där finns normer för vad man ska göra i sitt liv, samt i vilken ordning detta skall komma. Att exempelvis byta partner i tonåren ses som helt normalt, men att byta partner lika ofta i pensionsåldern får helt andra betydelser, det ses som en avvikelse från det heteronormativa livsmanuset. Det är alltså en viss sorts heterosexuellt liv som premieras i heteronormativiteten.

Heteronormativitet upprätthålls på en mängd olika sätt. Det handlar om rent faktiska lagar och bestämmelser som skapar olika villkor för olika sätt att organisera sin sexualitet på. Det handlar om beskrivningar i läroböcker och andra texter som upprätthåller normer för den normala sexualiteten. Det handlar även om den förgivettagna normen om att alla är heterosexuella tills motsatsen bevisas, vilket skapar behovet av att ”komma ut” som homosexuell, en process som inte krävs för att presentera sig som heterosexuell (Ambjörnsson, 2006).

Kön/Genus

Distinktionen mellan kön och genus introducerades under slutet av 1980-talet och var tänkt att fungera som ett sätt att tala om relationer mellan könen utan att tala om biologi. Det var också ett sätt att visa att de vetenskaper som beforskade området som då hade namn i stil med kvinnovetenskap eller kvinnoforskning inte uteslutande skulle handla om kvinnor (Lykke, 2009).

Introduktionen av begreppet genus hade en viktig funktion då det gav verktyg för att prata om kultur och sociala konstruktioner utan att uttala sig om biologi. Oavsett hur tydligt man ansåg sig

kunna klarlägga biologin, så syftade iallafall begreppet genus på det som var socialt konstruerat (Butler, 2007). Utvecklingen har nu gått mot en kritisk diskussion kring åtskillnaden mellan begreppen kön och genus som har samband med utvecklingen av queerteori (Ambjörnsson, 2006).

Kritiken går ut på att åtskillnaden mellan kön och genus riskerar att slå fast de egenskaper man hänför till biologin (könet) som fasta och naturgivna. Att prata om genus som en uppsättning socialt konstruerade normer ger även det man kallar kön betydelse eftersom deras betydelse står i relation till varandra. Förflyttas gränserna för vad man uppfattar som biologiskt kommer gränserna för vad man uppfattar som kulturellt röra sig på motsvarande sätt. Att då på ett oproblematiskt sätt prata om genus som kulturellt kommer att låsa fast föreställningar om kön som biologiskt och naturgivet. På så sätt kan bruket av begreppet genus resultera i ett fastlåsande av just de betydelser man önskar luckra upp (Butler, 2007).

Judith Butler (2007) menar att vi aldrig kommer kunna titta på kroppens anatomiska materialitet utan en blick impregnerad av de kulturella föreställningar som skapar villkoren för hur det vi ser ska tolkas. Det gör att det aldrig går att prata om kön på ett sätt som enbart handlar om biologi. Biologin, eller kunskapen om biologin, kan inte sägas existera före vår kulturella förståelse. Biologin är inte åtkomlig för oss på något annat sätt än i det kulturella sammanhang vi befinner oss i, och är därmed präglad av detta sammanhang (Butler, 2007).

Distinktionen mellan kön och genus bär även på en föreställning som kan få oss att tro att genus är något som förhåller sig oberoende till en persons kön. Om kön syftar på det fasta, orubbliga, och genus något kulturellt konstruerat, föränderligt, så framstår det som att ett genus på ett oproblematiskt sätt skulle kunna fästas vid vilken kropp som helst. I själva verket är normerna kring att det kön man antas ha och det genus man praktiserar ska vara koherenta mycket starka. Att det är så tyder på att det biologiska könet inte är en neutral yta varpå vi kan skriva kulturella normer (Butler, 2007). Genus och kön kommer mot bakgrund av detta användas som mer eller mindre synonyma begrepp i uppsatsen.

Vårdrelation

Inom ramen för denna uppsats som skrivs i ämnet omvårdnad kommer de begrepp som tidigare introducerats, framför allt makt, kön och heteronormativitet, befinna sig inom en viss kontext-vården. Sättet dessa normer praktiseras kommer att påverkas av denna specifika kontext. Den främsta arenan för maktrelationer i denna uppsats är vårdrelationen.

Vårdrelationen är en relation mellan vårdare och patient. Patienten har sökt vårdaren för att få hjälp, och vårdaren är där med en uppgift att hjälpa. Patienten befinner sig i en utsatt position eftersom hen är sjuk och beroende av vårdaren för att må bättre. Trots att vårdarens uppgift är att hjälpa kan vårdrelationen föra med sig både positiva och negativa erfarenheter för patienten, den kan vara både vårdande och icke vårdande. En indikation som visar att patienter ibland tycker att vårdrelationerna har fört med sig erfarenheter som varit negativa är det stora antalet anmälningar om dåligt bemötande som kommer in till patientnämnden (Snellman, 2009).

Det finns många anledningar till att patienter beslutar att anmäla ett dåligt bemötande från vården. Det kan handla om att inte ha blivit lyssnad på, att inte ha fått en medicinsk förklaring till sina symtom, eller ha blivit missförstådd och ovänligt bemött. Vårdarens förklaringar är ofta stress, tidsbrist eller att enheten är underbemannad. Gemensamt för många av de möten som inte blir lyckade är att vårdaren och patienten inte har delat samma syn på vad som ska konstituera deras relation (Snellman, 2009).

Forskning visar att sjuksköterskor har synen på relationen till patienten som instrumentell, den har i sig inget värde. De tvivlar på relationens betydelse och använder sin maktposition i situationer som är konfliktfyllda. Patienter däremot vill bli tröstade och bekräftade. Mer anmärkningsvärt är kanske att de även önskar lära känna sjuksköterskan, och att deras relation mer ska likna en vänrelation. De efterfrågar en ”äkthet” hos sjuksköterskan som gör att de känner sig bekräftade och sedda. Det kan handla om upplevelsen av att sjuksköterskan har tid, tittar i ögonen och är engagerad. Patienter är ofta mycket medvetna om de situationer där sjuksköterskan använder sin makt, och känner sig pressade att anpassa sig till sjuksköterskans agenda för att inte bli sedda som besvärliga (Shattell, 2004).

Personcentrerad vård

Som ett sätt att förbättra relationen mellan vårdare och patient har personcentrerad vård introducerats. Personcentrerad vård innebär att patienten är mer delaktig i vård och behandling, bland annat genom ett större inflytande över planering och utförande. Istället för att vara en måltavla för medicinsk behandling ses patienten som en kompetent medaktör. Ytterligare en aspekt som finns i personcentrerade vård är ett skifte från att se patienten som en sjuk patient med behov till en person med resurser (Vårdhandboken, 2013). Det handlar om att gå från vad till vem. Att gå från vad till vem innebär en omställning i hela synen på vad vårdverksamhet ska gå ut på. På frågan vad en människa är kan en rad organ och kemiska substanser räknas upp, lever, hjärta, hjärna, zink, selen osv. I takt med utvecklingen av vetenskapen har vi blivit allt mer precisa i svaren på frågan vad en människa är, ändå verkar det inte räcka för att kunna bedriva god vård. Frågar man sig istället vem en människa är förflyttas fokus (Kristensson Ugglå, 2014). Det gör att det blir viktigt för vårdaren att få förståelse för hur personen själv uppfattar sin sjukdom och vilken betydelse sjukdomen har i den specifika personens liv. För att kunna ge de perspektiven betydelse i vårdandet är relationen mellan sjuksköterska och patient viktig (Bergbom, 2013). Varje persons liv är präglad av en genustillhörighet (Ambjörnsson, 2006), det bör göra att ett genusperspektiv är centralt i att kunna utföra en personcentrerad vård.

Centralt i det praktiska arbetet med personcentrerad vård är patientberättelsen som sätter personens livssituation i centrum. Berättelsen lägger grunden för vårdandet som skapar möjligheter för ett partnerskap. I partnerskapet mellan patienten som person och vårdpersonalen växer en gemensam förståelse fram som kan ligga till grund för den framtida planeringen av vård och behandling. En tredje viktig punkt i den personcentrerade vården är dokumentationen. Den är en del i att ge patientens perspektiv legitimitet och underlätta partnerskapet (Kristensson Ugglå, 2014).

I linje med att det finns en betydelseskillnad mellan att använda begreppet person och att använda begreppet patient (Bergbom, 2013) kommer begreppet patient användas i denna uppsats. Det på grund av att begreppet patient använts i samtliga artiklar som utgör resultatet. Att begreppet patient istället för person använts i studierna måste ha präglad artiklarnas resultat, att då använda begreppet person i återgivandet av artiklarna kan antas riskera att förvränga de betydelser som informanter och författare skrivit fram.

Profession och professionalitet

Begreppet profession är centralt i denna uppsats. Begreppet profession går att definiera på många olika sätt. Ett vanligt sätt är att säga att en profession har ett eget kunskapsområde och en systematisk teori. Det ger utövaren av professionen auktoritet att uttala sig (Schuster, 2006). Sjuksköterskans profession kan definieras genom socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor som syftar till att tydliggöra sjuksköterskans profession och arbetsområde. I kompetensbeskrivningen beskrivs sjuksköterskans profession sammanfattat innehålla tre huvuddelar; omvårdnadens teori och praktik, forskning utbildning och utveckling samt ledarskap

(Socialstyrelsen, 2005).

Det finns fler angreppssätt för att beskriva sjuksköterskans profession än att undersöka offentliga dokument. Marja Schuster (2006) använder i sin avhandling att begreppet professionalitet som ett sätt att titta på det mer konkreta mötet mellan sjuksköterska och patient. I det konkreta mötet är det egna kunskapsområdet och den systematiska teorin som skapar professionen inte så vägledande för om professionalitet kan upprätthållas. Genom intervjuer med sjuksköterskor identifierar Schuster olika teman som är centrala i sjuksköterskornas förståelse av vad det är att vara professionell, Schuster beskriver att begreppet professionell är ständigt närvarande i informanternas berättelser och självförståelse, men är ofta vagt definierat. Schuster sätter in professionalitet i ett sammanhang där det kan förstås i relation till det personliga och det privata. Det privata beskrivs som en sfär som inte kan eller bör tas med in i det professionella, medan det personliga kan röra sig mellan de båda sfärerna. I det professionella finns en rollfördelning där patienten är den behövande, och sjuksköterskan har som uppgift att möta och tillfredsställa patientens behov. I relationen till patienterna rör sig sjuksköterskorna i spänningen mellan närhet och distans. Närheten blir ett sätt att få ta del av patientens känslor, kunna känna empati och ibland igenkänning. Distansen blir ett sätt att kunna fortsätta förhålla sig rationell, att visa att relationen inte är en vänrelation (Schuster, 2006).

Ibland är den professionella relationen en teknifiering av en relation, sjuksköterskan har genom utbildning lärt sig att iscensätta specifika handlingar. Yrkesutförandet kan sägas handla om att praktisera, snarare än inneha, vissa egenskaper. Det gör att sjuksköterskan i mötet med patienten kan distansera sig. Därmed behöver sjuksköterskan inte visa sig, framträda som en person inför patienten. Det leder till att patienten inte heller kan relatera till sjuksköterskan som en person. Att vara professionell har även betydelser som att inte engagera sig för starkt känslomässigt, vilket blir ett skydd från att bränna ut sig. Att engagera sig för starkt känslomässigt anses kunna utgöra ett hinder från att vara rationell. Vid tillfällen då sjuksköterskan hamnar i lägen då det blir känslösamt blir det viktigt att sjuksköterskans känslor inte är de som är centrala i mötet för att kunna behålla professionaliteten. Här blir det även av vikt att inte bli vän med patienterna. Att bli vän med eller känna kärlek till patienter är något som beskrivs vara att "gå för långt" (Schuster, 2006, s 124) och även som något man som sjuksköterska kan välja bort genom sin professionalitet (Schuster, 2006).

Då begreppen profession och professionell används i resultatet är det ovanstående som avses. Begreppen har förekommit i ett par av artiklarna, men inte definierats tydligt, därmed har artiklarna tolkats mot bakgrund av Schusters (2006) definition.

PROBLEMFÖRMULERING

Normer kring sexualitet och genus är centrala i hur vi människor förstår varandra. De påverkar hur vårt beteende tolkas, hur vi interagerar med varandra och vilka identitetspositioner som är möjliga för oss (Butler, 2007). Sjukvården präglas av samhällets värderingar (van der Geest & Finkel 2004), vilket inbegriper genusrelationer. Samtidigt är omvårdnadsforskning med genusperspektiv ett eftersatt område (Öhman, 2009). Detta är ett problem då normer kring genus och sexualitet förmodligen har stor påverkan på vården utan att det finns kunskap om det. För att nå förståelse kring hur kön har betydelse i vården krävs att empiriska data tolkas med en teoretisk bakgrund (Socialstyrelsen, 2004). Vi är därför i behov av forskning som belyser på vilket sätt kön har betydelse i mötet mellan patient och vårdare.

SYFTE

Syftet är att belysa hur sjuksköterskor upplever att vårda patienter av motsatt kön, och vilka

praktiker som används i dessa vårdrelationer.

METOD

Syftet är inriktat på frågor av kvalitativ art snarare än kvantitativ, då det söker förståelse snarare än förutsägelser (Friberg 2012). För att fullfölja syftet har metasyntes använts. Friberg (2012) menar att metoden syftar till ”att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning” (s. 121).

Litteratursökning

Först gjordes en inledande informationssökning för att kunna utforma syftet på ett sätt som var lämpligt med tanke på mängden tillgänglig forskning. Sökningarna skedde då framförallt i de vetenskapliga databaser som sedan även användes i den egentliga informationssökningen. Den inledande informationssökningen hjälpte till att precisera vad som var möjligt att skriva om, samt gav information om vilka sökord som kunde vara gångbara i den egentliga informationssökningen.

Sökningarna gjordes i databaserna Cinahl och Scopus. Ämnet visade sig vara mer beforskat vad gäller läkar-patientrelationen än sjuksköterska-patientrelationen. Cinahl som är en mer omvårdnadsvetenskapligt inriktad databas valdes därför för att sortera ut för uppsatsen irrelevanta artiklar. På grund av uppsatsområdet tvärvetenskapliga karaktär valdes även databasen Scopus.

Det visade sig vara svårt att finna passande sökord för ämnesområdet, artiklarna kommer därför från en mängd olika sökningar. Sex av uppsatsens tio artiklar hittades genom sökningar i ovannämnda vetenskapliga databaser, dessa sökningar redovisas i en tabell i bilaga 1.

Fyra artiklar valdes på annat sätt än genom systematisk sökning i databaser, dessa redovisas nedan. Foss och Sundby (2003) hittades i en forskningsöversikt på Kunskapscentrum för jämlik vårds hemsida (Kunskapscentrum för jämlik vård, 2012). Då den sedan söktes upp i databasen Cinahl länkades även andra relaterade artiklar i databasen. På det sättet hittades Krumm, Kilian och Becker (2006). Den tredje artikeln, Persson och Määttä (2012) hittades genom en sökning på Määttä i Cinahl, vilket gjordes eftersom hon skrivit kapitlet ”Genuskull i omvårdnad” i *Omvårdnadens grunder* (Määttä & Öresland, 2009). Den fjärde artikeln Evans (2002) hittades i referenslistan på Inoue, Chapman och Wynadens (2006) artikel.

För att sortera bland träffarna och välja de artiklar som svarade mot syftet användes inklusions- och exklusionskriterier. De artiklar som sorterades bort berörde inte syftet, var skrivna på annat språk än ett nordiskt språk eller engelska, eller var inte forskningsartiklar. Andra kriterier artiklar valdes bort på var att de exempelvis enbart fokuserade på ojämlikhet i vårdresultat, att de enbart berörde ett mycket litet område, som exempelvis enbart fokusering på beröring. Ett par artiklar fick även väljas bort då de inte fanns att tillgå i fulltext från Göteborgs universitetsbibliotek. Det är svårt att bedöma hur mycket detta påverkat uppsatsens resultat. De artiklar som inte fanns att tillgå bedömdes dock vara liknande de som redan valts ut, varför detta val troligen haft liten inverkan på resultatet.

Artiklarnas kvalitet granskades enligt en modifierad variant av Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) modell för kvalitativa artiklar. Modellen kan återfinnas i bilaga 2. En sammanvägning av artiklarnas vetenskapliga kvalitet finns att ta del av i artikelöversikten i bilaga 3.

Metasyntes som metod & analysprocessen

Idén med en metasyntes är att sammanställa vetenskapliga artiklar med i huvudsak kvalitativ metod

till en helhet som blir bredare och djupare än varje enskild artikel för sig. På så sätt kan varje enskild artikel bidra med en liten del av en större helhet som skapas tillsammans med flera andra artiklar. Syftet är alltså inte att sammanfatta och sammanställa, utan snarare att skapa något nytt, att syntetisera (Friberg, 2012). Då syftet med denna uppsats är att försöka förstå ett fenomen, samt genom den teoretiska bakgrunden komma med nya infallsvinklar passar denna metod utmärkt.

Friberg (2012) beskriver att det ibland görs en skillnad mellan tolkande och beskrivande metasyntes. Skillnaden är att den beskrivande utförs med mycket liten grad av omtolkning av artiklarnas resultat och i den tolkande metasyntesen sker en omtolkning i linje med att söka större förståelse för artiklarnas helhet. Att arbeta med den tolkande metasyntesen är ett betydligt mer tidskrävande projekt (Friberg, 2012). Denna uppsats har tolkande inslag, men är i huvudsak beskrivande. De tolkande inslagen är grundade i den teoretiska bakgrunden.

Analysen gjordes genom att först läsa alla artiklar och markera de delar som var relevanta för syftet. De markerade styckena lästes sedan flera gånger för att hitta gemensamma teman, skillnader och likheter. Detta resulterade i ett huvudtema som var att hålla sig inom det professionellas gränser. Fyra subteman identifierades, dessa var risker med att röra sig utanför det professionella, när det professionella upplevs svåråtkomligt, praktiker för att hålla interaktionen professionell samt att tänja gränser och röra sig utanför de professionella ramarna.

Etiska överväganden

Alla artiklar i uppsatsens resultat innehåller explicita etiska resonemang utom tre. Dessa är Foss och Sundby (2003), Krumm, Kilian, och Becker (2006) samt Giuffre och Williams (2000). De etiska resonemangen består i att studien antingen blivit godkänd av en etisk kommitté (Evans, 2002; Higgins, Barker, & Begley, 2009; Edwards, 1998; Höglund & Holmström, 2008; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006), alternativt ett resonemang kring att ett sådant godkännande inte behövt inhämtas men att studien överensstämmer med Helsingforsdeklarationen (Persson & Määttä, 2012; Hibino, Ogino & Inagaki, 2006). Det var exempelvis fallet i Persson och Määttä (2012), där svensk lag säger att inget godkännande behöver inhämtas om ingen fysisk intervention ska genomföras samt om deltagarna lämnar skriftligt medgivande till deltagande. Samtliga studier tar upp att deltagande i studien var frivilligt och att ett skriftligt eller muntligt medgivande inhämtats, detta även i de studier som i övrigt saknar etiska resonemang (Foss & Sundby, 2003; Giuffre & Williams, 2000; Krumm, Kilian, & Becker, 2006).

De etiska ställningstaganden som måste finnas i en uppsats kan dock inte begränsas till att enbart handla om etiska resonemang i de analyserade studierna. På grund av den nära koppling som finns mellan samhälle, politik, kultur och vetenskap måste vetenskapen ses som delaktig i strider om betydelser av kön, sexualitet, ålder och andra betydelsebärande kategorier (Lykke, 2009). Därmed finns ett ansvar hos mig som författare för de fastlåsningar eller ifrågasättanden som sker inom ramen för min uppsats. Därmed är frågan om denna uppsats ifrågasätter heteronormativa strukturer eller låser fast dem central för om den kan ses som etiskt försvarbar. Intentionen har dock varit att genom att problematisera de heteronormativa interaktioner som äger rum mellan sjuksköterska och patient skapa förståelse och verktyg för förändring. För att formulera ett syfte som berör dessa frågor har syftet formulerats med en implicit tvåkönsförståelse, vilket reproducerar föreställningen om att det enbart finns två kön. Detta kan tyckas vara en etiskt tveksam del av uppsatsen.

RESULTAT

Att hålla sig inom det professionellas gränser

Huvudtemat som framkom under analysen av artiklarna var vikten av att hålla sig inom det

professionellas gränser. Utifrån detta tema identifierades olika subteman som kort kommer att återges nedan och sedan ges mer ingående beskrivningar under nästkommande rubriker.

Att hålla sig inom professionens gränser var viktigt på grund av de föreställningar man som sjuksköterska har av sin profession. Det var även viktigt på grund av de upplevelser av risker som var förknippade med att överskrida professionens gränser (Higgins, Barker, & Begley, 2009; Evans, 2002; Edwards, 1998; Giuffre & Williams, 2000). Olika sjuksköterskor har olika självklar tillgång till det som uppfattades som professionellt, där manliga sjuksköterskor exempelvis hade svårare att få tillgång till rollen som professionell vid intimhygien av kvinnliga patienter (Evans, 2002; Edwards, 1998; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006). Sjuksköterskorna behövde använda olika praktiker för att hålla relationen till patienten inom det som ansågs vara det professionella. Där var sätt att avsexualisera kontakten och föra samtalen bort från sjuksköterskans privatliv viktiga (Giuffre & Williams, 2000).

Normen om att hålla relationen på ett strikt professionellt, avsexualiserat plan är dock inte helt genomgående utan motstånd finns både från patienter och sjuksköterskor. Patienter ifrågasätter ibland den professionella relationen genom frågor om privatliv och sexuella anspelningar (Higgins, Barker, & Begley, 2009; Hibino, Ogino & Inagaki, 2006). Sjuksköterskor beskriver ibland män som roligare att vårda (Persson & Määttä, 2012; Foss & Sundby, 2003), ibland ses det heteronormativa förhållandet mellan en patient och en sjuksköterska som en förutsättning för vården (Krumm, Kilian, & Becker, 2006). Detta är tillfällen då sjuksköterskor utmanar de betydelser den professionella relationen ges.

I vissa studier har författarna könat upplevelser och praktiker, medan vissa har presenterat dem oberoende av kön. I de fall författarna könat resultaten kommer de presenteras så. Då begreppen ”patient” eller ”sjuksköterska” används utan att vara preciserat med ett visst kön avses både kvinnor och män.

Risker med att röra sig utanför det professionella

Normen att sjuksköterska-patientrelationen ska vara professionell och avsexualiserad är stark. Detta gäller både från sjuksköterskornas och patienternas perspektiv. Sjuksköterskorna förväntas förvänta sig att bli behandlade på ett sätt som är fritt från sexuella anspelningar (Higgins, Barker, & Begley, 2009) och patienterna som upplever det som en risk att interaktionen med sjuksköterskan ska ha sexuella konnotationer (Evans, 2002; Edwards, 1998).

Sexuella anspelningar och trakasserier från patienter uppfattas av sjuksköterskorna som en indikation på att den etablerade relationen inte ses som professionell från patienternas sida. Detta utgör en svårighet för sjuksköterskorna i interaktionen med patienten (Giuffre & Williams, 2000). Kvinnliga sjuksköterskor uppfattar sexuella anspelningar eller förslag från manliga patienter som ett hot mot deras egen säkerhet (Higgins, Barker, & Begley, 2009). Männerna bland sjuksköterskorna uppfattar risken att få sexuella anspelningar från kvinnliga patienter framförallt som en risk för att själva bli missuppfattade och få falska anklagelser om sexuellt utnyttjande riktade mot sig (Higgins, Barker, & Begley, 2009). För sjuksköterskorna ses sexuella anspelningar från patienter som ett tecken på att patienten inte uppfattar sjuksköterskan som inom sin profession (Higgins, Barker, & Begley, 2009).

Patientinitierad beröring har stor risk att bli tolkad som sexuell och upplevs hotande (Edwards, 1998; Hibino, Ogino & Inagaki, 2006). Det finns inget utrymme för att tolka den beröringen som inom den professionella relationen då patienten inte har något vårdande uppdrag. Den tolkas då istället som social vilket kan utgöra en förklaring till att den kan upplevas hotande (Edwards, 1998).

Att som kvinnlig sjuksköterska utsättas för sexuella anspelningar av manliga patienter verkar vanligare än att som manlig sjuksköterska utsättas för det av kvinnliga patienter. Flera studier tar

upp risken att som kvinna utsätts (Higgins, Barker, & Begley, 2009; Hibino, Ogino & Inagaki, 2006; Giuffre & Williams, 2000), medan endast en tar upp risken att som man utsätts (Higgins, Barker, & Begley, 2009). I Giuffre och Williams (2000) studie ser de kvinnliga sjuksköterskorna det som en del av jobbet att bli utsatt. Något man får lära sig hantera och inte bli upprörd över. Ibland upplevs det dock hotande och obehagligt (Giuffre & Williams, 2000).

När det professionella upplevs svåråtkomligt

Möjligheten att bli sedd som professionell ser olika ut för kvinnliga och manliga sjuksköterskor. I vissa moment är det professionella svåråtkomligt, dessa moment är olika för kvinnliga respektive manliga sjuksköterskor. För manliga sjuksköterskor är hjälp med personlig hygien ett kritiskt moment. Detta både i relation till manliga och kvinnliga patienter (Evans, 2002; Edwards, 1998). Detta kritiska moment uttalas genom att patienter ibland nekar manliga sjuksköterskor att få utföra viss vård (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006) samt genom sjuksköterskornas egen rädsla för att bli misstolkade som sexuella i sitt vårdande (Higgins, Barker, & Begley, 2009; Evans, 2002; Giuffre & Williams, 2000). Att bli nekad att få utföra vård på en kvinna ses som ett tecken på att man blir sedd med misstanke i sin roll som sjuksköterska (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006). De manliga sjuksköterskorna uppger att de kan uppleva intima omvårdningsmoment som generande och obekväma (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006), framförallt om kvinnan är i samma ålder (Edwards, 1998).

Att som manlig sjuksköterska få utföra intim vård på en manlig patient är delvis beroende av patientens föreställning om den manliga sjuksköterskans sexualitet. Det är viktigt att den manliga sjuksköterskan inte uppfattas som homosexuell (Evans, 2002; Edwards, 1998), därför det kan bli viktigt att manifesteras heterosexualitet som en väg in till att bli uppfattad som professionell (Evans, 2002; Giuffre & Williams, 2000). Ett annat sätt som manliga sjuksköterskor upplever exkludera dem från professionen är de tilltal som används av både kollegor och patienter om sjuksköterskan som kvinna. Det med ord som "sister" och "girl" (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006, s. 563).

När kvinnliga patienter nekar manliga sjuksköterskor att få utföra vård uppfattas detta alltså bero på risken att interaktionen ska vara sexuell. När manliga patienter nekar kvinnliga sjuksköterskor är dock orsaksförklaringen en annan. Det beskrivs bero på att de manliga patienterna känner sig tveksamma överlag inför att någon exempelvis ska kateterisera dem, och speciellt om det ska utföras av en kvinna eftersom "they feel their pride" (Giuffre & Williams, 2000, s. 466). Män har alltså i både fallet med att vårda kvinnor och män risk att bli tolkade som sexuella, medan kvinnor inte har det i relation till kvinnor.

Att vårda och hantera människors kroppslighet i arbetet är en syssla som är mer tillgänglig för kvinnliga sjuksköterskor än för manliga. Det finns ett större utrymme för dem att bli tolkade som professionella i det utförandet än för männen. I Giuffre och Williams (2000) studie beskrivs det bero på att kvinnor i sitt privatliv har fler vårdande interaktioner där de hanterar exempelvis nakenhet utan att det har sexuella konnotationer. Män har inte på samma sätt traditionellt haft samma vårdande uppdrag i privatlivet. Istället har nakenhet i mäns privatliv ofta varit förknippat med sexualitet. Detta gör att den vårdande, ickesexuella rollen är mer tillgänglig för kvinnliga sjuksköterskor i arbetslivet. Män blir inte lika trovärdiga då de antas plocka med sig sexualiteten in i yrkesutförandet (Giuffre & Williams, 2000). Samma tolkning antyds av Inoue, Chapman och Wynaden (2006) som i sin studie visar att manliga sjuksköterskor uppfattar att rollen som vårdare är mer otillgänglig för dem då kvinnliga patienters nakenhet kan uppfattas ha sexuella konnotationer.

Det finns även tillfällen då kvinnor inte blir erkända professionalitet i sitt yrke. Detta oftast i kontakt med manliga patienter. Det framkommer i Höglund och Holmströms (2008) studie i vilken kvinnliga sjuksköterskor i telefonrådgivning uppger att de blir ifrågasatta i sin kompetens av män. Det är då framförallt i sin position som just sjuksköterska de blir ifrågasatta, där mannen kan

insistera på att få tala med en läkare istället (Höglund & Holmström, 2008). Ett annat sätt är då kvinnliga sjuksköterskor får sexuella inviter av manliga patienter, vilket kan ses som ett ifrågasättande av den kvinnliga sjuksköterskan som professionell (Giuffre & Williams, 2000).

Praktiker för att hålla interaktionen professionell

Det är som vi sett tidigare viktigt att relationen till patienten uppfattas som en professionell relation, och kvinnliga och manliga sjuksköterskor riskerar att falla ur den professionella rollen på olika sätt. För att hålla relationen professionell använder sjuksköterskorna praktiker som kommer beskrivas nedan.

Framförallt handlar praktikerna om att avsexualisera interaktionen med patienten. De praktiker som används av både manliga och kvinnliga sjuksköterskor vid undersökningar eller omvårdningsmoment är att träffa patienten påklädd innan, både män och kvinnor kan använda ett medicinskt språk för att på så sätt kontinuerligt visa på att relationen är professionell och inte av sexuell eller privat natur (Giuffre & Williams, 2000). Att samtala med patienten under undersökning eller omvårdningsmomentet samt att använda icke-sexuell humor fungerar även det som sätt att avsexualisera (Giuffre & Williams, 2000; Edwards, 1998). Att humorn ska vara icke-sexuell är dock något som inte behöver gälla interaktionen mellan manliga sjuksköterskor och manliga patienter, vilket jag återkommer till senare.

En annan praktik som användes av både kvinnliga och manliga sjuksköterskor var att objektifiera patienten. Det innebar att de ser på patienten på ett annat sätt än som en person. Sättet sjuksköterskorna objektifierar skiljer sig dock något beroende på sjuksköterskans kön. I Giuffre och Williams studie (2000) skiljer sig männen och kvinnorna åt genom att männen liknar patientens kropp vid en maskin eller bil som ska undersökas och kvinnorna omnämner patientens kropp som ”just another body” (Giuffre & Williams, 2000, s. 468). Ett hinder för att kunna använda sig av denna praktik är att bevittna själva avklädningsmomentet innan en undersökning eftersom det stör bilden av kroppen som en maskin (Giuffre & Williams, 2000).

De praktiker som används av manliga sjuksköterskor i vården av kvinnliga patienter handlar mycket om att den manliga sjuksköterskan måste förhålla sig till föreställningar av sin sexualitet. En praktik handlar om att använda sig av en kvinnlig bisittare, som antingen assisterar eller bara finns i rummet (Giuffre & Williams, 2000). Bisittaren beskrivs användas för kvinnans bekvämlighet, men den främsta anledningen är sjuksköterskans egen säkerhet från att bli falskt anklagad för sexuella trakasserier (Giuffre & Williams, 2000; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006). Att den kvinnliga bisittaren kan fungera på detta sätt beskrivs av Giuffre och Williams (2000) vara föreställningen om att mannen agerar på sin sexualitet medan kvinnan är i kontroll över den. Sjuksköterskorna får frågan av intervjuaren om bisittare skulle kunna användas för att öka även manliga patienters känsla av bekvämlighet. Sjuksköterskorna nekar till detta med en förklaring författarna tolkar som att undersökningsmomentet är en del av en avmaskulineringsprocess. Att använda en extra bisittare skulle skapa ytterligare ett vittne till denna process, vilket antas upplevas som skamligt för mannen. Kvinnor antas alltså bli skyddade av en bisittare, medan manliga patienter måste skyddas från bisittaren (Giuffre & Williams, 2000).

Andra praktiker som används av manliga sjuksköterskor i vården av kvinnliga patienter är att vara formella i kontakten och till exempel hälsa i hand (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006), bygga tillit (Evans, 2002; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006), att lämna draperiet öppet (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006), att täcka så mycket av kvinnans kropp som möjligt för att visa på att sjuksköterskan inte har något sexuell intresse av kvinnans kropp, eller låta en kvinnlig kollega ta över uppgiften (Evans, 2002; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006). Dessa praktiker visar att kön har stor betydelse i hur manliga sjuksköterskor förhåller sig i sitt vårdande. En praktik som står i konflikt med detta är att de manliga sjuksköterskorna under omvårdningsmoment försöker intala sig

att kön inte spelar någon roll (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006).

De praktiker som används mellan manliga sjuksköterskor och manliga patienter skiljer sig som nämnts tidigare något från praktiken att använda icke-sexuell humor. För att den manliga sjuksköterskan ska kunna visa på att kontakten inte har några homosexuella förtecken kan han använda sig av heterosexuellt sexistiska skämt om kvinnor som ett sätt att förmedla en bild av att han är heterosexuell. Att förmedla heterosexualitet gör att han sedan kan fortsätta sitt jobb utan att bli misstänkliggjord (Evans, 2002; Giuffre & Williams, 2000).

De praktiker som används av kvinnliga sjuksköterskor i vården av manliga patienter handlar framförallt om att parera sexuella anspelningar från männen för att på så sätt bibehålla relationen som professionell. Ett sätt att förebygga att få sexuella anspelningar är att inte använda traditionella feminina markörer så som smink, smycken och fixat hår eftersom det utgör hinder för att se professionell ut och potentiellt sett kan väcka sexuella känslor hos patienterna (Giuffre & Williams, 2000). Här blir alltså den kvinnliga sjuksköterskans potentiellt visade sexualitet en risk för henne själv genom att hon lättare kan bli utsatt för sexuella trakasserier av manliga patienter. Detta skiljer sig från den manliga sjuksköterskan, vars sexualitet utgör ett hot både för kvinnliga (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006; Evans, 2002) och manliga (Evans, 2002; Giuffre & Williams, 2000; Edwards, 1998) patienter.

Om en kvinnlig sjuksköterska upplever att en manlig patient kommer med en sexuell anspelning finns ett antal praktiker som hon beskrivs ta till. Dessa kan vara att lämna över arbetet till en kollega (Hibino, Ogino & Inagaki, 2006), låtsas som att inget hänt (Hibino, Ogino & Inagaki, 2006), att markera med hjälp av humor och skämta bort det patienten gjort eller sagt (Giuffre & Williams, 2000; Higgins, Barker, & Begley, 2009), verbalt påpeka att detta är en professionell relation (Higgins, Barker, & Begley, 2009), eller att säga ifrån på ett mer aggressivt sätt (Hibino, Ogino & Inagaki, 2006). I Hibino, Ogino och Inagakis studie (2006) framkommer att sjuksköterskorna tycker att det är av vikt att inte markera för hårt för att inte skada patienternas stolthet. Även i Higgins, Barker och Begleys studie (2009) framkommer vikten av att inte markera på ett för otrevligt sätt. Att vara en bra sjuksköterska och att vara en bra kvinna är på många sätt lika uppgifter (Hibino, Ogino & Inagaki, 2006; Giuffre & Williams, 2000). I det ingår att vara tolerant och varmhjärtad, vilket sätter normerande ramar för hur en markering kan se ut (Hibino, Ogino & Inagaki, 2006). Överrapportering mellan sjuksköterskor om patienter där risken för sexuella trakasserier upplevs stor av sjuksköterskorna sker i huvudsak informellt (Higgins, Barker, & Begley, 2009).

Att tänja gränser och röra sig utanför de professionella ramarna

Den professionella relationen mellan patient och sjuksköterska är alltså viktig, som sjuksköterska står mycket på spel. Ett antal praktiker används för att undvika de riskerna. Bilden av den professionella relationen som praktiserad norm är dock inte helt genomgående i studierna. Det finns en spänning mellan praktikerna som syftar till att avsexualisera relationen och det motstånd som utövas mot denna norm. Motståndet utövas både från patient (Higgins, Barker, & Begley, 2009; Hibino, Ogino & Inagaki, 2006) och personal (Persson & Määttä, 2012; Foss & Sundby, 2003; Krumm, Kilian, & Becker, 2006).

En av de sprickor som finns i normen om den professionella relationen är sjuksköterskornas upplevelser av att vårda män respektive kvinnor. I en studie (Persson & Määttä, 2012) som handlar om att vårda i flerbäddsrum beskriver sjuksköterskorna att det är lättare att vårda männen då atmosfären i deras salar är mer öppen och positiv. En annan studie tar upp att sjuksköterskorna känner sig mer uppskattade då de vårdar män. Kvinnliga patienter upplevs förekomma sjuksköterskornas arbete med önskingar och krav, de har redan hunnit be om ett glas vatten innan sjuksköterskan tänkt ge det. Detta relateras till kvinnliga patienters kunskaper om vårdande de förvärvat och praktiserar i sitt privatliv. Sjuksköterskorna upplever sig därmed bli mer av

servicepersonal än vårdare (Foss & Sundby, 2003). Sjuksköterskorna beskriver att de i kontakten med männen känner sig uppskattade och i kontakten med kvinnor känner att de endast gör sitt jobb (Foss & Sundby, 2003). Dessa upplevelser kan sägas vara avsteg från normen om den strikt professionella relationen.

Kvinnliga patienter beskrivs även som mer krävande. Dels tidsmässigt och sjuksköterskorna bedömer tiden de vårdat de kvinnliga patienterna som längre än den faktiska tiden. Tiden de vårdat manliga patienter skattar de relativt korrekt (Foss & Sundby, 2003). Kvinnorna upplevs dessutom mer krävande i att de uppfattas beskriva sina symtom på ett ospecifikt och onödigt tidskrävande sätt (Foss & Sundby, 2003). De manliga patienterna däremot upplevs lättare kunna prata om annat än sjukdomar, och är precisa i sina beskrivningar när samtalen handlar om sjukdom. De kvinnliga sjuksköterskorna kan skämta med de äldre manliga patienterna, sjuksköterskorna beskriver att de manliga patienterna uppskattar att ha "lots of girls running in and doing things for them" (Foss & Sundby, 2003, s. 49).

I vissa fall beskrivs en viss könskonstellation som en förutsättning för att en specifik interaktion ska kunna ske. I en studie på en psykiatrisk avdelning menar sjuksköterskorna att samma kön på personal och patient är en förutsättning vid hjälp med intimhygien. När en manlig patient ska ges en komplimang för sitt utseende kan det dock enbart göras av en kvinnlig sjuksköterska. Att en manlig sjuksköterska skulle göra det skulle vara helt otänkbart. Kvinnliga sjuksköterskor beskrivs även kunna använda sin charm för att få manliga patienter att göra något de är svårmotiverade till (Krumm, Kilian, & Becker, 2006).

De sätt patienterna beskrivs ifrågasätta normen om den professionella relationen på är genom att ge sexuella förslag och antydningar. Det försätter sjuksköterskorna i situationer där de på olika sätt måste använda praktiker för att upprätthålla normen om vårdrelationen som professionell (Giuffre & Williams, 2000).

DISKUSSION

Metoddiskussion

För en litteraturbaserad uppsats är urvalet av studier viktigt för vilket resultatet blir. För denna uppsats var väl avgränsande sökord svåra att finna. Det ledde till att artikelutbudet i sökningarna blev brett. I den processen kan relevanta artiklar ha missats, vilket kan ha påverkat resultatet. Dessutom kan sökord som ringat in ämnesområdet bättre ha missats vilket även det kan ha haft inverkan på resultatet.

De sökord som använts fokuserar på interaktionen mellan sjuksköterska och patient ur ett genusperspektiv. Sökorden är delvis valda med den teoretiska bakgrunden för uppsatsen som utgångspunkt. Det gäller sökord som "heteronorm*" och "sexual harassment". Den teoretiska bakgrunden gör att dessa sökord blir relevanta att använda utan att det kan sägas vara att förutsätta svaret på syftet. Samtidigt kan både urvalet av artiklar, resultatet i uppsatsen samt tolkningen blivit annorlunda med en annan teoretisk bakgrund. Det är därför viktigt att som läsare vara medveten om att den teoretiska bakgrunden haft påverkan på hela uppsatsens innehåll. Ett exempel på hur den teoretiska bakgrunden haft inverkan på resultatdelen i uppsatsen är i indelningen av subteman. Det teoretiska perspektiv som använts på makt kommer från Foucault, han menar att makt inte existerar utan motstånd. Därför blir motstånd viktigt att studera (Ambjörnsson, 2006). Det sista subtemat som berör motstånd kan ses som ett resultat av den teoretiska utgångspunkten.

Sökordet harassment, och möjligen även heteronorm* kan dock ha bidragit till en vinkling av uppsatsen till att handla mycket om anspelning och kontroll av sexualitet som markörer för om relationen ska ses som professionell. I Schusters (2006) avhandling finns inte alls samma fokus på

avsexualisering som betydelsefullt i den professionella relationen, där läggs fokus på andra aspekter. Denna uppsats beskrivning av vad det är att uppfattas som professionell ska därmed inte tolkas som en fullständig och uttömmande beskrivning av begreppet professionalitet, utan behandlar endast en liten del.

Metoden som använts i uppsatsen är metasyntes. För att kunna göra en metasyntes måste studierna som används handla om samma fenomen (Friberg, 2012). Som Friberg (2012) skriver ”*torde [det] vara skillnad mellan en studie som handlar om upplevelsen av att föda barn, respektive en studie som handlar om upplevelsen av att leva med ett amputerat ben.*” (s. 121). Studierna i denna uppsats kommer dels från olika geografiska platser, och dels från olika vårdområden. Syftet i studierna har varit delvis eller helt skilt från syftet i uppsatsen även om studierna även tagit upp områden som haft relevans för uppsatsen. Därmed kan artiklarna sägas ha berört samma fenomen och då möjliggjort utförandet av en metasyntes. Eftersom studierna kommer från både olika vårdområden samt olika platser i världen har ingen fördjupning kunnat göras i skillnader mellan exempelvis somatisk och psykiatrisk vård, eller skillnader mellan olika kulturella kontexter. Därför får resultatet snarare ses som en översikt över området, där behov finns av mer material till ytterligare fördjupning för att nå större förståelse även kring skillnader. Den beskrivning av professionalitet som återfinns i bakgrunden måste ses som präglad av en svensk kulturell kontext, då den avhandling som ligger till grund för definitionen skrivits i Sverige om en svensk kontext. Detta gäller även kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska. Detta måste ses som en brist.

I uppsatsen har begreppet patient använts istället för begreppet person. Ett val som kan riskera att än en gång låsa fast patienten som ett ständigt objekt. Detta kan anses vara etiskt tveksamt, men risken att förskjuta betydelser från de ursprungliga artiklarna bedömdes som värre. Detta möjligen etiskt tveksamma val vägs eventuellt upp med en kritisk diskussion av sjuksköterskorna i artiklarnas praktiker i relation till personcentrerad vård som återfinns i resultatdiskussionen.

Urvalet av artiklar har även begränsat möjligheterna till intersektionell analys. Kön och sexualitet är långt ifrån de enda betydelsebärande kategorier som strukturerar sättet att förstå oss själva och varandra. Även etnicitet, klass, ålder osv. har stor betydelse. Dessa kategorier samverkar med varandra. Förståelse för vilka föreställningar som är förbundna med att vara kvinna kan därmed inte enbart adderas till förståelse för vad det är att exempelvis vara arbetarklass, de olika kategorierna ingår i samspel med varandra. Därför bör kön inte användas som enda förståelseram (Lykke, 2009). Denna uppsats berör kön, sexualitet och till viss del ålder, men utelämnar analys av andra betydelsebärande kategorier. Detta måste ses som en brist.

En annan brist är att materialet begränsat möjligheten att identifiera tillfällen då sjuksköterskor eller patienter ifrågasätter heteronormativiteten i sjukvården. Som beskrivits tidigare existerar inte makt utan motstånd (Ambjörnsson, 2006), i det artikelmaterial som använts för denna uppsats framgår inte hur heteronormativiteten ges motstånd av patienter och personal. Det har gjort att en sådan analys inte kunnat göras.

Kanske har det språkbruk som kommer från det mer genusvetenskapliga sättet att skriva inneburit en krock med det sätt att skriva som traditionellt finns i omvårdnad. Det kan därför vara viktigt att påpeka att när begrepp som heterosexualitet och homosexualitet använts är det föreställningar om heterosexualitet och homosexualitet som avses, inte de sexuella orienteringarna i sig. Missförstås detta riskerar uppsatsen att låsa fast, snarare än ifrågasätta normer kring sexualitet.

Resultatdiskussion

Under sjuksköterskeutbildningen har personcentrerad vård och etik varit ständigt närvarande

begrepp. Personcentrerad vård innebär kortfattat ett skifte från att se patienten som en sjuk människa/person i behov av vård och medicinska interventioner till en person med egna resurser, förmåga och vilja att vara central i den vårdande processen. Här ingår att värdera autonomi, medbestämmande, att personen ska bli lyssnad på och känna sig sedd (Vårdhandboken, 2013). Även de etiska diskussioner som funnits under sjuksköterskeutbildningen har präglats av vikten av respekt för patientens självbestämmande och värdighet (Öresland & Lützén, 2009). Denna uppsats har visat hur sjuksköterskor kan använda motsatta praktiker som medel för att upprätthålla relationen till patienten som professionell. Dessa praktiker kan handla om att se på patienten som något annat än en person (Giuffre & Williams, 2000), lämna draperiet öppet för att behålla vårdssituationen mer offentlig (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006), eller att använda ett medicinskt språk för att markera att interaktionen inte är av sexuell karaktär (Giuffre & Williams, 2000). Dessa praktiker fyller viktiga funktioner i sjuksköterskornas dagliga arbete för att navigera i relationer med stora risker. Därmed inte sagt att de är bra och gagnar patient och personal. Att vårda i ett heteronormativt samhälle är dock ett komplicerat projekt, vilket synliggörs i studierna. En förståelse för de funktioner objektifieringen av patienter, användandet av ett medicinskt språk etc. har kan skapa en djupare bild av vad som ligger bakom de handlingar som inom den personcentrerade vården ses som oacceptabla. Den förståelsen pekar även på att ett oproblematiserat fördömande av dessa praktiker gör att det inte finns något utrymme för att hitta bättre vägar att komma runt de befintliga svårigheter som nu hanteras med tveksamma praktiker.

Det är tydligt i studierna hur samhällseliga normer om heteronormativitet även finns i sjukvården. Heteronormativiteten skapar föreställningar kring vilka betydelser interaktionen mellan personal och patient av olika kön får. Den sätter upp gränser för när betydelsen av interaktionen mellan sjuksköterska och patient riskerar att falla ur det professionella. Till stora delar är detta beroende av kön. Det gör att det är otänkbart för en manlig sjuksköterska att ge en manlig patient en komplimang för hans utseende (Krumm, Kilian, & Becker, 2006). Det kan göra det genant och obekvämt för en manlig sjuksköterska att tvätta en kvinnlig patient (Inoue, Chapman & Wynaden, 2006). Det gör att manliga patienter uppfattas tycka att det är trevligt att ha unga, kvinnliga sjuksköterskor runt sig (Foss & Sundby, 2003). Här är det även tydligt hur ålder spelar in. Då sjuksköterska och patient är i samma ålder uppfattas interaktionen som mer riskabel (Edwards, 1998). Då ålderskillnaden är stor blir utrymmet för att använda den heteronormativa interaktionen större, kvinnliga sjuksköterskor kan exempelvis i högre utsträckning skoja med äldre, manliga patienter (Foss & Sundby, 2003). Detta är i enlighet med det Ambjörnsson och Bromseth (2010) kallar det heteronormativa livsmanuset. För att prestera ett heteronormativt livsnarrativ är ålder en viktig faktor. Vissa aktiviteter i det heteronormativa livet är förknippade med en viss ålder, sexualitet är exempelvis något som antas bli mindre framträdande vid högre ålder. För att en heterosexuell relation ska falla inom det normativa förutsätts även att ålderskillnaden inte är för stor (Ambjörnsson & Bromseth, 2010). Detta gör att utrymmet att spela på heteronormativa interaktioner i vårdande relationer är större när patienten är äldre och sjuksköterskan yngre. Tilltalet sker till en patient vars sexualitet inte längre antas vara central, med det förgivettagandet blir utrymmet för heteronormativ interaktion inom den professionella rollen större.

Detta visar att relationerna mellan patient och personal i vården är strukturerade kring vissa normer. Både patientens och personalens kön är viktigt för vilka föreställningar som finns om hur vårdandet kan utövas. Samhällseliga, kulturellt skapade normer (Ambjörnsson, 2006) är viktiga i interaktionen mellan patient och personal. Att man som sjukvårdspersonal är en aktör inom de normerna måste göra att det finns ett ansvar för vilka normer man reproducerar i interaktionen med patienter. Inte minst med tanke på att det i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska anges att sjuksköterskan har ansvar för att värna om etiska aspekter i vården (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Foucault är vi alla aktiva i vårt utforskande av handlingsmöjligheter (Ambjörnsson, 2006), det

utforskandet sker mellan sjuksköterska och patient också. Interaktionen dem emellan kan inte ses som ett passivt iscensättande av redan fastlagda normer och på förhand skapade behov.

Att använda en kvinnlig bisittare då en undersökning eller ett omvårdnadsmoment ska utföras av en manlig sjuksköterska på en kvinnlig patient (Giuffre & Williams, 2000) är ett exempel som visar hur föreställningar om kön och sexualitet används i vårdandet. Detta görs för att skapa bekvämlighet för den kvinnliga patienten och för att den manliga personalen ska kunna arbeta utan att riskera att bli misstänkliggjord. För att det ska kunna ske tar man här tillvara på föreställningar om den kvinnliga sexualiteten och låter den kvinnliga sjuksköterskan agera kvitto på att den manliga förmodat aktiva sexualiteten inte utövas. Att detta endast behöver göras med kvinnliga patienter är ett tecken på att den kvinnliga patienten antas vara sårbar och i behov av skydd.

Med Foucault till hjälp kan vi förstå att makt i exemplet ovan producerar möjliga positioner (Ambjörnsson, 2006) att träda in i för både sjuksköterskorna och den kvinnliga patienten. I denna situation finns inte en tydlig förtryckare och en tydlig förtryckt. Ett maktbegrepp som främst fokuserar på att makt är något som utövas av en part mot en annan, så som Määttä och Öresland (2009) och Öresland och Lützén (2009) beskriver det i Omvårdnadens grunder kommer inte kunna bidra till förståelse för denna typ av interaktioner. Ett maktbegrepp som istället fokuserar på makt som producerande av möjliga identitetspositioner kan hjälpa till att förstå hur interaktionen mellan människor tillskriver viss mening till vissa positioner (Ambjörnsson, 2006). Den kvinnliga patienten i exemplet ovan blir producerad som potentiellt sårbar och i behov av skydd, den manliga sjuksköterskan som potentiellt farlig i sin sexualitet och den kvinnliga sjuksköterskan som utan aktiv sexualitet. I samma stund som man önskar tillfredsställa ett förmodat behov låser man samtidigt fast traditionella föreställningar om kön. Detta blir än tydligare då Giuffre och Williams (2000) beskriver hur sjuksköterskorna resonerar kring om en manlig patient kan ha behov av en bisittare för sin trygghet där det framkommer att han snarare behöver skyddas från en sådan då den personen annars skulle blivit ytterligare ett vittne till en avmaskulineringsprocess. Sjuksköterskorna får även resonera kring ifall man skulle kunna använda en manlig bisittare till en kvinnlig patient, detta antas dock vara mer hotande och leda till föreställningar om att flera män utnyttjar en kvinna (Giuffre & Williams, 2000). Här sker en förhandling om betydelsen av kön och sexualitet som skapar möjliga identitetspositioner både för patient och personal. Dessa används sedan i sjuksköterskornas omvårdnadsåtgärder, och antas fungera trygghetsskapande (Giuffre & Williams, 2000) och värna en vårdande vårdrelation (Snellman, 2009).

Socialstyrelsen menar att en jämlik vård innebär att *”bemötande, vård och behandling ska erbjudas på lika villkor till alla oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning”* (Socialstyrelsen, 2013 s. 9). Det är dock något oklart hur denna definition kan hjälpa till att förstå hur situationen ovan bör hanteras. Samtidigt som det är tydligt hur kön spelar stor roll i vilka handlingar som är möjliga i en vårdkontext, så kan man som personal i sitt vårdande på ett aktivt sätt använda sig av etablerade föreställningar och på så sätt låsa fast dem. I exemplet ovan gör sjuksköterskorna ”high five” med heteronormen varje gång de använder sig av en kvinnlig bisittare som kvitto på att interaktionen mellan en manlig sjuksköterska och en kvinnlig patient inte är sexuell. Normer upprätthålls genom ett kontinuerligt handlande i enlighet med dem (Butler, 2007), och sjukvårdspersonal verkar inom en historiskt och kulturellt specifik kontext som påverkar vårdarbetet. Detta är inte en historisk företeelse att hälso- och sjukvården reproducerat och producerat normer kring sexualitet utan i allra högsta grad även en nutida företeelse. Vården kommer aldrig att kunna befinna sig utanför historiskt och kulturellt skapade normer, vårdandet är inget normneutralt entydigt gott projekt. Vart går då gränsen mellan att erbjuda vård som tar hänsyn till behov hos patienten som redan skapats av existerande normer och att som personal vara en del i

att reproducera ojämlika föreställningar?

För att hantera problematiken med att som vårdpersonal reproducera normer kan man kanske inspireras av queera projekt som handlar om att störa, förskjuta och ifrågasätta kategorier (Ambjörnsson, 2006) och på så sätt öppna upp fler möjliga positioner för både patient och personal. Det queera projektet bygger dock på att störa normer i en värld med grupper som står starka och är premierade av stora delar av samhället. Att som sjukvårdspersonal anta den rollen är mer komplext eftersom man gör det från en helt annan position. Som sjukvårdspersonal besitter man en maktposition gentemot patienten (Snellman, 2009), queera ifrågasättanden görs annars mot grupper som är i maktposition (Ambjörnsson, 2009). Det är intressant att fråga sig vad det skulle innebära för normpatientens redan utsatta position om normbrytande arbete skulle utföras av sjukvårdspersonal och hur detta ska viktas mot de fördelar för andra patientgrupper ett sådant arbete skulle kunna ha. För att tydliggöra denna frågeställning ges ett exempel som kanske kan framstå som banalt. Tänk att en sjuksköterska börjar fråga sina patienter om hen har en partner istället för att fråga om patienten har en fru eller man. Flera patienter kommer troligen reagera negativt på detta, särskilt om patienten har homofoba uppfattningar. Samtidigt öppnar det sättet att formulera frågan för fler sätt att organisera sitt liv på. Exemplet visar på komplexiteten mellan att tillgodose en normpatients bekvämlighet jämfört med att ha ett bemötande som inte är lika normerande. De patientgrupper som kan tänkas ha nytta av queera ifrågasättanden är de som inte lever i enlighet med vad heteronormativiteten föreskriver. Troligen skulle det även kunna öppna för att sjukvården i övrigt skulle kunna öppna möjligheter för fler sätt att organisera genus och sexualitet på och på det sättet avsäga sig lite av sin normerande roll.

Som framkommit i resultatet är sexualitet ett ämne som både sjuksköterskor och patienter försöker mota bort från den professionella relationen (Higgins, Barker, & Begley, 2009; Hibino, Ogino & Inagaki, 2006). Ibland för dock patienter in sexualitet genom sexuella anspelningar eller trakasserier, framförallt manliga patienter mot kvinnliga sjuksköterskor (Giuffre & Williams, 2000; Higgins, Barker, & Begley, 2009; Krumm, Kilian, & Becker, 2006). Detta hanteras till stor del genom undvikande från de kvinnliga sjuksköterskornas sida. Man undviker patienten, blir strikt formell i kontakten, lämnar över patienten till en vårdare med samma kön etc. (Hibino, Ogino & Inagaki, 2006; Evans, 2002; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006). Sällan är sättet att bemöta detta av mer konfronterande art och när det är det är sjuksköterskorna ändå fokuserade på att patienten inte ska bli stött (Hibino, Ogino & Inagaki, 2006; Higgins, Barker, & Begley, 2009). När överrapportering ska ske kring patienter som varit sexuellt utagerande sker det i huvudsak informellt (Higgins, Barker, & Begley, 2009). Detta visar att det finns en oförmåga att hantera frågor om sexualitet inom den professionella rollen. Detta blir intressant mot bakgrund av hur kvinnors sexualitet i övrigt skrivs fram i studierna som passiv eller icke existerande. Som diskuterats tidigare används bilden av den kvinnliga sexualiteten i vårdandet för att skapa trygghet för patienten (Giuffre & Williams, 2000). Kvinnliga sjuksköterskor kan dessutom vårda både kvinnliga och manliga patienter utan att riskera att uppfattas som sexuella (Evans, 2002; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006; Edwards, 1998). Det gör att en del av ens professionalitet och funktion som kvinnlig sjuksköterska består i att inte tolkas som sexuell. Att ta upp frågor som handlar om att ha blivit utsatt för sexuella trakasserier eller fått sexuella anspelningar från patienter kan antas vara synonymt med att förlora lite av den rollen. Att passera som en bra kvinnlig sjuksköterska är att uppfattas som icke sexuell. Att ta upp sexuella trakasserier innebär dessutom att ta upp sitt kön som betydelsefullt i interaktionen med patienten, vilket även det kan antas ses som oprofessionellt, det är inte i linje med idén om sjuksköterskan som neutral vårdare. Det kan göra att det finns incitament för kvinnliga sjuksköterskor att sköta frågor om sexuella trakasserier på ett informellt sätt.

Precis som diskuterats ovan är de interaktioner som finns mellan sjuksköterska och patient är på olika sätt präglade av normativa föreställningar om kön och sexualitet (Evans, 2002; Giuffre & Williams, 2000; Edwards, 1998; Krumm, Kilian, & Becker, 2006; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006). När sättet att interagera med patienter är präglat av normativa föreställningar, vad händer då med vården av personer som har en diskontinuitet jämfört med den normativa uppfattningen om relationen mellan kön, genus och sexualitet? Vad händer när den heteronormativa kontaktytan och de heteronormativa referensramarna sätts ur spel? Om kön, genus och sexualitet utgör viktiga punkter i hur en person blir begriplig (Butler, 2007) och interagerad med i vården, vad händer i vården när denna självklara begriplighet inte iscensätts av patienten sjuksköterskor möter? Vad händer när de heteronormativa script sjuksköterskor har för att interagera med patienter ruckas? Studier visar att ett heteronormativt tilltal i sjukvården gör att homosexuella patienter osynliggörs genom att de förutsätts vara heterosexuella (Röndahl, Innala & Carlsson, 2006), och att homosexuella upplever att sjukvårdspersonal är mer distanserade och har svårare att förhålla sig till dem än till heterosexuella (Röndahl, 2009). Detta kan ses som ytterligare bekräftande av den heteronormativitet som finns i vården. Det heteronormativa tilltal som finns i sjukvården upplevs troligen som tryggt för många patienter, att konfronteras med normbrott är obekvämt (Amjörnsson, 2006). För andra blir detta ytterligare en bekräftelse på den homofobi eller transfobi de dagligen möter och gör sjukvården till ytterligare en plats som inte är till för dem. Här kanske ett mer normbrytande sätt att skapa kontakt från sjukvårdspersonalens sida hade gjort mötet mer vårdande.

Implikationer för omvårdnad

Då uppsatsens syfte varit inriktad på att undersöka upplevelser och praktiker är det svårt att ge direkta implikationer för det praktiska arbetet. Ingen ansats har gjorts till att utvärdera praktikernas effektivitet eller användbarhet, istället har praktikerna granskats kritiskt med hjälp av begrepp som makt och heteronormativitet. Därmed bör beskrivningarna av praktikerna inte ses som någon uppmaning till praktisk användning. Resultatet bör istället ses som ett verktyg för att förhålla sig kritiskt till det egna vårdandet. I resultatdiskussionen har queera projekt diskuterats som sätt att ifrågasätta sjukvårdens roll som normerande institution. Materialet i uppsatsen ger dock inget underlag för att utveckla resonemang kring hur ett sådant projekt skulle kunna se ut. Däremot är det klart att sjukvårdspersonal är med och reproducerar normer om genus och sexualitet (Evans, 2002; Giuffre & Williams, 2000; Edwards, 1998; Krumm, Kilian, & Becker, 2006; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006). För att arbeta med detta bör man hitta strategier för att som sjukvårdspersonal öppna för fler sätt att organisera genus och sexualitet, och därmed avsäga sig lite av den normerande rollen.

Vad som är klart är att genus och sexualitet är frågor som är centrala för sjuksköterskor i deras arbete. Svårigheterna att vårda i ett heteronormativt samhälle kan göra att sjuksköterskor använder praktiker som står i motsats till de värderingar som eftersträvas i personcentrerad vård (Giuffre & Williams, 2000; Inoue, Chapman & Wynaden, 2006). För att kunna reflektera över det egna arbetssättet och utveckla alternativa strategier krävs att ett genusperspektiv implementeras på ett mer genomgripande sätt under sjuksköterskeutbildningen. Ett sådant perspektiv bör delvis vara inriktat på att skapa förståelse för vad normerande praktiker är samt problematisering av hur det egna vårdandet är normerande.

Det är dock viktigt att påpeka att dessa frågor inte kan lösas genom att lägga ansvar på den individuella sjuksköterskan utan att svårigheterna i arbetet erkänns som verkliga. Att arbeta i ett heteronormativt samhälle skapar specifika förutsättningar som en individuell sjuksköterska inte kan ställa sig utanför. Det gör att ansvar måste läggas organisatoriskt. På en organisatorisk nivå kan man i högre grad skapa förutsättningar för att arbeta ifrågasättande snarare än befastande av normer.

Slutsats

Denna uppsats har belyst hur hegemoniska normer upprätthålls och att belysa det som skrivs fram som det normala snarare än avvikaren. Det är en viktig strategi för att kunna visa på hur det som uppfattas som självklart och naturgivet är iscensättningar av historiskt och kulturellt specifika normer (Ambjörnsson, 2006). Det har visat hur sjuksköterskor i sitt dagliga arbete är med och förhåller sig till, upprätthåller och organiserar föreställningar om kön och sexualitet. Det sätt sjuksköterskorna gör det på innebär att de ”high fivear” traditionell heteronormativitet. Detta påverkar vården och sätter upp ramar för hur kontaktskapandet med patienten kan se ut, vilket gör det till en viktig omvårdnadsvetenskaplig fråga. Det är troligt att detta påverkar vården negativt för personer som inte har en kontinuitet i den förmodade relationen mellan kön, genus och sexualitet. Det skulle vara intressant att fortsätta studera vad ett aktivt normbrytande arbete i vården skulle ha för följder för olika patientgrupper samt vad det mer konkret skulle kunna innebära.

REFERENSER

Artiklar som använts i resultatet är markerade med *

Ambjörnsson, F. (2006). *Vad är queer?* Stockholm: Natur och kultur.

Ambjörnsson, F & Bromseth, J (2010) När du gifter dig och får barn... I Ambjörnsson och Jönsson (Red.) *Livslinjer Berättelser om ålder, genus och sexualitet.* (Sid. 204-231) Halmstad: Makadam.

Bergbom, I (2013) Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I Leksell & Lepp (Red.) *Sjuksköterskans kärnkompetenser.* (Sid. 111-134) Stockholm: Liber

Butler, J. (2007) *Genustrubbel, feminism och identiteternas subversion.* Göteborg: Daidalos.

Connell, R. (2009). *Om genus.* Göteborg: Daidalos.

* Edwards, S. C. (1998). An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 809-817. doi:10.1111/j.1365-2648.1998x.00706.x

* Evans, J. A. (2002). Cautious caregivers: Gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 441-448. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02392.x

* Foss, C., & Sundby, J. (2003). The construction of the gendered patient: Hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Education and Counseling*, 49(1), 45-52. doi:10.1016/S0738-3991(02)00039-3

Friberg, F (2012) Att bidra med evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I Friberg (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (Sid 121-132) Lund: Studentlitteratur

* Giuffre, P., & Williams, C (2000) Not just bodies: Strategies for desexualizing the physical examination of patients. *Gender & Society*, 14(3), 457-482. doi:10.1177/089124300014003006

* Hibino, Y., Ogino, K., & Inagaki, M. (2006). Sexual harassment of female nurses by patients in Japan. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 38(4), 400-405. doi:10.1111/j.1547-5069.2006.00134.x

* Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M. (2009). Clients with mental health problems who sexualize the nurse-client encounter: The nursing discourse. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 616-624. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04899.x

* Höglund, A. T. & Holmström, I. (2008). 'It's easier to talk to a woman'. aspects of gender in Swedish telenursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 2979-2986. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02345.x

* Inoue, M., Chapman, R., & Wynaden, D. (2006). Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 559-567. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03948.x

Kristensson Ugglå, B., (2014) Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I Ekman (red.) *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. (Sid. 21-68) Stockholm: Liber.

* Krumm, S., Kilian, R., & Becker, T. (2006). Attitudes towards patients gender among psychiatric hospital staff: Results of a case study with focus groups. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1528-1540. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.004

Kunskapscentrum för jämlik vård (2012). *Kunskapsbank - forskningsöversikt Översikt forskning om genus och jämställdhet i hälsosjukvården*. Hämtad 14-02-03 från http://jamlikvard.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Kunskapscentrum-for-Jamlik-var/d/jamlik_var/d/Forskning/Kunskapsbank/

Lykke, N. (2009). *Genusforskning: En guide till feministisk teori, metodologi och skrift*. Stockholm: Liber.

Määttä, S & Öresland, S (2009) Genuskoll i omvårdnad. I Friberg och Öhlén (Red.) *Omvårdnadens grunder, perspektiv och förhållningssätt*. (Sid. 89-108) Lund: Studentlitteratur

* Persson, E., & Määttä, S. (2012). To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(4) 663-670. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00976.x

Röndahl, G. (2009). Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 146-152. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00603.x

Röndahl, G., Innala, S., Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 373-381. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04018.x

Schuster, M. (2006). *Profession och existens. En hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet I sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter*. Göteborg: Daidalos.

Shattell, M. (2004). Nurse–patient interaction: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 714-722. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00965.x

Snellman, I (2009) Vårdrelationer – en filosofisk belysning. I Friberg och Öhlén (Red.) *Omvårdnadens grunder, perspektiv och förhållningssätt*. (Sid. 377-407) Lund: Studentlitteratur

Socialstyrelsen (2013) *Öppna jämförelser – Jämlik vård 2013* [elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* [elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2004). *Jämställd vård?: Könsperspektiv på hälso- och sjukvården* [elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen.

van der Geest, S., & Finkler, K. (2004). Hospital ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine*, 59(10), 1995-2001. doi:10.1016/j.socscimed.2004.03.004

Vårdhandboken (2013) *Personcentrerad vård*. Hämtad 2014-03-05 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-vard/Oversikt/>

Öhman, A (2004) Genuskodade kroppsideal i hälso och sjukvården. I Vetenskapsrådets *Medicinsk genusforskning – teori och begreppsutveckling*. (Sid. 70-75) Uppsala: Vetenskapsrådet.

Öhman, A., Sverige. Högskoleverket, & Nationella sekretariatet för genusforskning. (2009). *Genusperspektiv på vårdvetenskap*. Stockholm: Högskoleverket i samarbete med Nationella sekretariatet för genusforskning.

Öresland, S & Lützén, K. (2009) Etiska stigar och moraliska vandringar. I Friberg och Öhlén (Red.) *Omvårdnadens grunder, perspektiv och förhållningssätt*. (Sid. 357-376) Lund: Studentlitteratur

BILAGA 1

Litteratursökning

Datum Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
14-01-19 Cinahl	nurse-patient relation* AND stereotyping	Peer reviewed Research article	43	7	4	Höglund & Holmström, 2008
14-01-19 Cinahl	Nurse-patient relation* AND sex factor*	Peer reviewed Research article	138	11	6	Edwards, 1998 Higgins, Barker & Begley, 2009
14-01-19 Cinahl	Nurse-patient relation AND gender	Peer reviewed Research article	94	6	2	Inoue, Chapman & Wynaden, 2006
14-01-20 Scopus	Nurs* AND heteronorm*		17	2		
14-01-20 Scopus	Nurs* AND gender stereotype	Article	114	13	2	Giuffre & Williams, 2000
14-01-20 Scopus	Nurs* AND patient AND gender AND strateg*		291			
14-01-20 Scopus	Nurs* AND patient AND gender AND strateg*	Article Nursing	119	4	2	
14-02-03 Cinahl	Nurse-patient relation* AND sexual harassment	Peer reviewed Research article	10	5	1	Hibino, Ogino & Inagaki, 2006
14-02-03 Cinahl	Nurs* AND sexual harassment	Peer reviewed Research article	89	7	2	

BILAGA 2

Modell för granskning av kvalitet

Granskning av artiklar med kvalitativ metod enligt omarbetad version av Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011).

1. Finns det ett tydligt syfte?
2. Är informantkarakteristika så som ålder, kön och antal presenterat?
3. Är kontexten presenterad?
4. Innehåller artikeln etiska resonemang?
5. Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?
6. Är datainsamling tydligt beskrivet?
7. Är analys tydligt beskriven?
8. Redovisas resultatet tydligt och är logisk och begripligt?
9. Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?
10. Finns en metoddiskussion?

Varje ja-svar ger 1 poäng.

1-6 poäng = Låg kvalitet

7-8 poäng = Medelhög kvalitet

9-10 poäng = Hög kvalitet

BILAGA 3

Artikelöversikt

Författare: Edwards, S. C.

Titel: *An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch.*

Publiceringsår: 1998

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Land: England

Syfte: Att undersöka patienter och personals uppfattningar om användandet av utrymme och beröring i interaktionen med varandra.

Metod: Etnografisk metod med observationer och semistrukturerade intervjuer med patienter samt personal.

Resultat²: Personalen upplevde det som mer komplicerat att beröra patienter i samma ålder av motsatt kön. Alla sjuksköterskor uppgav att de kände sig hotade av beröring som initierats av patienter.

Kvalitet: Hög kvalitet.

Författare: Evans, J. A.

Titel: *Cautious caregivers: Gender stereotypes and the sexualization of men nurses' touch.*

Publiceringsår: 2002

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Land: Kanada

Syfte: Att undersöka manliga sjuksköterskors upplevelser av de genusifierade och könade relationer som skapar olika villkor för manliga och kvinnliga sjuksköterskor.

Metod: 8 manliga sjuksköterskor intervjuades i semistrukturerade intervjuer. Datan från de första intervjuerna användes för att sedan kunna göra en fördjupad andra intervju.

Resultat: De manliga sjuksköterskorna behövde förhålla sig till det potentiellt farliga i deras beröring av både manliga och kvinnliga patienter. De manliga sjuksköterskorna behövde förhålla sig till när det var okej med beröring utifrån varje individuell situation. Praktiker för att skydda sig själva mot falska anklagelser var att bygga tillit, vara formell i kontakten och att antingen lämna över uppgifter till en kvinnliga kollega eller ha en kvinnlig kollega närvarande i rummet.

Kvalitet: Hög kvalitet.

² Under "Resultat" återges en summering av det resultat som varit relevant för uppsatsens syfte. Detta kan skilja sig från det som är mest centralt i artikelns resultat.

Författare: Foss, C., & Sundby, J.

Titel: *The construction of the gendered patient: Hospital staff's attitudes to female and male patients.*

Publiceringsår: 2003

Tidskrift: Patient Education and Counseling

Land: Norge

Syfte: Att undersöka om könsstereotyper finns på sjukhusavdelningar. Om de visar sig finnas ämnade de även undersöka huruvida detta påverkar kvalitén på sjukhusvården.

Metod: Ostrukturerade intervjuer med 12 sjuksköterskor och läkare som arbetade på antingen en medicin- eller kirurgavdelning. Intervjuerna analyserades genom att forskarna identifierade hur informanterna i sina berättelser skapade genuskategorier.

Resultat: Kvinnliga patienter upplevdes som mer krävande. Informanterna menade att de var omständliga och ospecifika i beskrivningar av sina symtom. Männerna upplevdes kunna prata om annat än sin sjukdom. Manliga patienter upplevdes ha lägre smärtröskel samt var mer rädda. Detta omnämndes med ett leende och en moderlig ton.

Kvalitet: Medelhög kvalitet.

Författare: Giuffre, P., & Williams, C

Titel: *Not just bodies: Strategies for desexualizing the physical examination of patients.*

Publiceringsår: 2000

Tidskrift: Gender & Society

Land: USA

Syfte: Att undersöka hur genomförandet av den fysiska undersökningen är baserad på och reproducerar föreställningar om genus.

Metod: Djupintervjuer med 70 läkare och sjuksköterskor som regelbundet utför fysiska undersökningar av patienter. Intervjuerna transkriberades och teman identifierades.

Resultat: Alla informanter använde strategier för att avsexualisera den fysiska undersökningen. Dessa var exempelvis att vara formell i kontakten, att använda ett medicinskt språk, eller att använda en kvinnliga kollega som bisittare. Det var även viktigt för informanterna att förhålla sig till patientens bild av informanternas sexualitet, där de manliga informanternas sexualitet ofta uppfattades som hotande medan de kvinnliga informanternas sexualitet var icke närvarande. Att den kvinnliga sexualiteten sågs som icke närvarande kunde användas som verktyg i avsexualiserande strategier.

Kvalitet: Medelhög kvalitet.

Författare: Hibino, Y., Ogino, K., & Inagaki, M.

Titel: *Sexual harassment of female nurses by patients in japan.*

Publiceringsår: 2006

Tidskrift: Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing

Land: Japan

Syfte: Att fastställa förekomsten samt karaktären av sexuella trakasserier av kvinnliga sjuksköterskor av patienter och sjuksköterskors reaktioner på japanska sjukhus.

Metod: Enkätstudie, 600 enkäter delades ut, 473 svarade. Enkäten innehåller både kvantitativa och kvalitativa delar. De kvalitativa analyserades med hjälp av innehållsanalys.

Resultat: De kvinnliga sjuksköterskornas reaktioner på patienter som hade sexuellt trakasserat dem var överlag milda. Det kunde handla om att skämta bort det patienten sagt, att undvika patienten eller bete sig som om inget hänt. Ibland var reaktionen starkare och mer avvisande, så som att säga ifrån verbalt eller att anta en något överdrivet aggressiv attityd.

Kvalitet: Medelhög kvalitet.

Författare: Higgins, A., Barker, P., & Begley, C. M.

Titel: *Clients with mental health problems who sexualize the nurse-client encounter: The nursing discourse.*

Publiceringsår: 2009

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Land: Irland

Syfte: Artikeln återger en del av en större studie. Syftet i denna artikel var att undersöka psykiatrisjuksköterskors reaktioner på patienter som sexualiserar sjuksköterska-patientmötet.

Metod: Ostrukturerade intervjuer med 27 psykiatrisjuksköterskor som bandades. Intervjuerna transkriberades och analyserades med hjälp av principer från grounded theory.

Resultat: Kvinnliga sjuksköterskor upplever det som obehagligt när manliga patienter sexualiserar kontakten. För manliga sjuksköterskor är det rädsla för att själva bli uppfattade som sexualiserande som är mest centralt då de upplever att kvinnliga patienter agerar sexuellt. För att hantera patienter som sexualiserar kontakten används ett antal strategier. Dessa strategier kan vara att undvika patienten, att personal av samma kön utför vården, eller att öka annan personals insyn i vårdande moment.

Kvalitet: Hög kvalitet.

Författare: Höglund, A. T. & Holmström, I.

Titel: *'It's easier to talk to a woman'. Aspects of gender in swedish telenursing.*

Publiceringsår: 2008

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Land: Sverige

Syfte: Att beskriva och utforska genusaspekter av telefonbaserad sjuksköterskerådgivning som utifrån sjuksköterskornas perspektiv.

Metod: 12 sjuksköterskor intervjuades vid två tillfällen. Datan analyserades genom att forskarna identifierade teman i intervjuerna som sedan sammanställdes.

Resultat: Sjuksköterskorna upplevde att de stundtals blev ifrågasatta i sin kompetens av män som ringde in. De ville då hellre komma i kontakt med en läkare istället.

Kvalitet: Hög kvalitet.

Författare: Inoue, M., Chapman, R., & Wynaden, D.

Titel: *Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients*

Publiceringsår: 2006

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing.

Land: Australien

Syfte: Syftet var att undersöka och beskriva manliga sjuksköterskors strategier och erfarenheter av att utföra intimhygien på kvinnliga patienter.

Metod: 12 manliga sjuksköterskor intervjuades med semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor. Intervjuerna transkriberades och analyserades med innehållsanalys. Datasamling pågick tills datamättnad uppnåts.

Resultat: Informanterna beskrev att de var medvetna om genusskillnader då de utförde intimhygien på kvinnliga patienter. De upplevde att de av en del patienter inte blev sedda som sjuksköterskor. Även andra praktiker fungerande uteslutande ur professionen, så som att sjuksköterskor benämndes som "sister". De strategier de manliga sjuksköterskorna använde var att vara formell och fokusera på uppgiften eller med en kvinnlig kollega.

Kvalitet: Hög kvalitet.

Författare: Krumm, S., Kilian, R., & Becker, T.

Titel: *Attitudes towards patients gender among psychiatric hospital staff: Results of a case study with focus groups.*

Publiceringsår: 2006

Tidskrift: Social Science & Medicine.

Land: Tyskland

Syfte: Att undersöka psykiatripersonals uppfattningar av att vårda patienter på könsseparerade jämfört med könsintegrerade avdelningar. Syftet var även att mer allmänt undersöka attityder till patienter av olika kön.

Metod: Intervjuer i fokusgrupper genomfördes i två omgångar. En då två psykiatriska avdelningar var könssegregerade och en efter att de blivit könsblandade. Informanterna var sjuksköterskor, socialarbetare och läkare.

Resultat: Kvinnliga patienter upplevdes kräva mer av personalens tid. Manlig personal känner osäkerhet kring att de i kontakten med kvinnliga patienter ska bli falskt anklagade för sexuella trakasserier.

I vissa situationer uppges samma kön på personal och patient vara en förutsättning, exempelvis vid hjälp med personlig hygien. Ibland är motsatt kön en förutsättning, så som när en kvinnlig sjuksköterska ska ge en manlig patient en komplimang för hans utseende.

Kvalitet: Medelhög kvalitet.

Författare: Persson, E., & Määttä, S.

Titel: *To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room.*

Publiceringsår: 2012

Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences.

Land: Sverige

Syfte: Att belysa patienters upplevelser av att bli vårdade och sjuksköterskors upplevelser av att vårda i flerbäddsrum.

Metod: 16 patienter som vårdats längre än 3 dagar i ett fyrbäddsrum intervjuades. Tio sjuksköterskor intervjuades uppdelat i två fokusgrupper. Samtliga intervjuer transkriberades och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Flera sjuksköterskor upplevde att atmosfären i salarna där män vårdades var annorlunda jämfört med där kvinnor vårdades. Atmosfären i salarna med män upplevdes mer positiv. Vissa sjuksköterskor uttryckte att de tyckte bättre om att vårda i salarna med bara män.

Kvalitet: Hög kvalitet.